



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS,
SELECCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE PACIENTES.

CRUZ RAMIREZ ARLETT SOLANGE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS,
SELECCIÓN, CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE PACIENTES.

CRUZ RAMIREZ ARLETT SOLANGE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA
2018



UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA
SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

EXAMEN COMPLEXIVO

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE EMERGENCIAS, SELECCIÓN,
CLASIFICACIÓN Y ETIQUETADO DE PACIENTES.

CRUZ RAMIREZ ARLETT SOLANGE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MALDONADO ERREYES KATTY MARIBELL

MACHALA, 21 DE AGOSTO DE 2018

MACHALA
21 de agosto de 2018

Nota de aceptación:

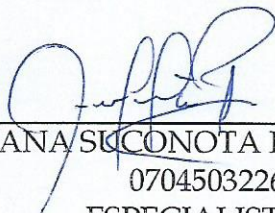
Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Actuación de enfermería en el área de emergencias, selección, clasificación y etiquetado de pacientes., hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



MALDONADO ERREYES KATTY MARIBELL

0704182690

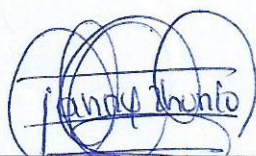
TUTOR - ESPECIALISTA 1



ANA SUSY CONOTA PINTADO

0704503226

ESPECIALISTA 2



ZHUNIO BERMEO FANNY ISABEL

0702419185

ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 28 de agosto de 2018 - 17:48

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TRABAJO PARA URKUND.docx (D40696329)
Submitted: 8/1/2018 6:37:00 PM
Submitted By:acruz_est@utmachala.edu.ec
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, CRUZ RAMIREZ ARLETT SOLANGE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Actuación de enfermería en el área de emergencias, selección, clasificación y etiquetado de pacientes., otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 21 de agosto de 2018



CRUZ RAMIREZ ARLETT SOLANGE
0706457835

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre que fue la primera persona que me motivó a seguir adelante impartíendome su ejemplo siendo mi amiga en todo momento y confiando en mí para salir adelante.

A mi familia, mi compañero de vida, mi hija que son la motivación más grande que tengo para salir adelante, que, con una mirada tierna, una sonrisa, un tú puedes vas a salir adelante, han hecho de mí una mujer luchadora, poniendo como meta el terminar y culminar mi carrera.

A la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y al Instituto de Fomento de Talento Humano (IFTH) por ayudarme económicamente a sustentar mis gastos económicos educativos y brindarme una alternativa para poder seguir estudiando y poder seguir adelante con mi carrera.

A mis amigos que me abrieron las puertas de sus casas brindándome apoyo espiritual, y una mano amiga que siempre estuvo extendida para mí cuando ya no podía seguir.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a Dios por regalarme la oportunidad de ser lo que hoy en día soy, por darme esa fuerza que necesite durante toda mi carrera y darme vida para lograr mi meta.

Agradezco a la Licenciada Katty Maribell Maldonado Erreyes porque fue quien me guió en todo el proceso de titulación y gracias a ella pude culminar mi trabajo con éxito y satisfacción.

A la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT) y al Instituto de Fomento de Talento Humano (IFTH) por su ayuda económica durante el transcurso de toda mi carrera.

Por último, agradezco a mi familia por brindarme su apoyo espiritual y financiero para cubrir mi carrera y el esfuerzo que tuvieron que hacer para poder continuar con mi formación académica.

RESUMEN

El triage nos ayuda a clasificar, seleccionar al individuo de acuerdo a la condición de salud que mantenga la persona, actuando el personal de enfermería como la pieza principal gracias a la valoración céfalo-caudal y a través de los signos vitales, priorizando siempre la afectación del paciente. El número de emergencias en el Ecuador durante el periodo del 2017 de enero-diciembre es de 6´ 695.284 casos según la página del Ministerio de Salud Pública (MSP). Utilizando herramientas como el Manual de Atención Integral de Salud (MAIS) se obtuvieron los niveles de prioridad que se maneja dentro del Ecuador, el trabajo se apoyó en la revisión de artículos científicos, con la finalidad de identificar como se da el proceso de atención de enfermería en las urgencias y emergencias y es a través de la teoría de Virginia Henderson de las 14 necesidades que se da respuesta a una de las urgencias más frecuentes a nivel hospitalario. El objetivo del trabajo investigativo fue valorar las necesidades de Virginia Henderson de acuerdo al triage hospitalario según la urgencia y emergencia que presentan los pacientes. Nos convertimos en educadoras al clasificar al paciente acorde a su necesidad en donde se le explica el tiempo de espera que tendrá su atención dependiendo de la demanda de los pacientes que se encuentran en la sala de triage y de acuerdo a la clasificación de niveles.

Palabras claves: Triage, urgencia, emergencia, proceso de atención de enfermería, niveles de prioridad.

ABSTRACT

The triage helps us to classify, select the individual according to the health condition that the person maintains, acting the nursing staff as the main piece thanks to the cephalo-caudal assessment and through the vital signs, always prioritizing the affectation of the patient. The number of emergencies in Ecuador during the period of January-December 2017 is 6'695,284 cases according to the page of the Ministry of Public Health (MSP). Using tools such as the Manual of Integral Health Care (MAIS), the priority levels that are managed within Ecuador were obtained, the work was based on the review of scientific articles, in order to identify how the care process of the nursing in emergencies and emergencies and it is through Virginia Henderson's theory of the 14 needs that one of the most frequent emergencies at a hospital level is given. The objective of the investigative work was to assess the needs of Virginia Henderson according to the hospital triage according to the urgency and emergency presented by patients. We become educators by classifying the patient according to their need, where the waiting time for their care will be explained depending on the demand of the patients who are in the triage room and according to the classification of levels.

Keywords: Triage, urgency, emergency, nursing care process, priority levels.

ÍNDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	6
DESARROLLO	8
Triage	8
Niveles de Prioridad	8
Concepto de Emergencia y Urgencia	9
Teoría de Virginia Henderson relacionadas a las urgencias y emergencias en el triage hospitalario	9
14 necesidades relacionadas a las urgencias y emergencias que se dan en el triage hospitalario	10
Proceso de Atención De Enfermería (PAE)	11
Valoración por dominios relacionado a las urgencias y emergencias en el triage hospitalario	12
Plan de cuidados de enfermería de crisis hipertensiva	14
CONCLUSIONES	20
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	21

INTRODUCCIÓN

El triage nos permite establecer una secuencia organizada de los pacientes, antes de diagnosticar y recibir su tratamiento en el servicio de emergencia, además se considera que la atención al paciente debe ser eficaz y apropiada, tratando de no causar daño y disminuir las secuelas, es por esto que los pacientes que necesitan de una atención inmediata de acuerdo a su condición son tratados en primer lugar (1). El proceso de atención de enfermería conocido como PAE, es el procedimiento científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar de forma ordenada los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia o comunidad a partir de los cuidados especializados del personal de enfermería (2). La urgencia es un evento o el estado que generan la necesidad de atención oportuna orientada a restringir el daño, o bien, mejorar la salud del paciente. Tomando en cuenta que la urgencia compromete el estado de salud de una víctima, pero esta puede ser atendida en un lapso de tiempo considerado sin comprometer su vida (3). Emergencia es aquella situación en la cual se deben tomar acciones y decisiones médicas en forma inmediata de acuerdo a la importancia o gravedad de la enfermedad o el evento ocurrido con el paciente exponiendo su vida en peligro (4).

En Cuba en el centro provincial de urgencias y emergencias médicas del Hospital Provincial de Cienfuegos, exhibe un total de 91.019 pacientes atendidos dentro del periodo de enero-agosto del 2014, de los cuales 65882 (70,9 %) tenían enfermedades que no requerían una atención de urgencia y que podían haber sido resueltas en la atención primaria (5). En Ecuador según el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2017 desde enero a diciembre se da un número de 6 millones 695.284 casos de emergencias registrados a nivel nacional siendo marzo el mes que contiene el número de emergencias más alto con 641.860 casos. Dentro de la provincia de El Oro los casos de emergencias fueron de 466.356 durante el año 2017 dentro del periodo de enero a diciembre siendo marzo el mes que más emergencias ha tenido dentro este periodo con 44.691 casos de emergencias. En la ciudad de Machala de acuerdo a los datos estadísticos de la página del MSP se registró 113.703 casos de emergencias durante todo el periodo de enero a febrero del 2017, en marzo se presentan 11.220 emergencias (6).

El presente trabajo está realizado con la finalidad de obtener información a través de la revisión bibliográfica en donde se realiza la búsqueda exhaustiva de datos estadísticos en el internet y en la página del Ministerio de Salud Pública (MSP) utilizando el método

retrospectivo donde pudimos encontrar información de hasta 5 años atrás en libros, Protocolos, Manuales del MSP y artículos científicos de revistas como Scielo, Medi Sur, Revista de Enfermería Castilla y León, Enfermería Actual en Costa Rica, Anales de la Facultad de Medicina, Enfermería Universitaria, Defensor del Pueblo y Revista CONAMED, validadas con el ISSN o ISBN, datos que son interpretados con criterio científico. Este escrito se basa en la teoría de Virginia Henderson que parte de las necesidades básicas del ser humano para la vida y la salud fundamentalmente en la actuación del personal de enfermería.

Palabras claves: Triage, urgencia, emergencia, proceso de atención de enfermería.

DESARROLLO

Triage

El término “triage” proviene del vocablo francés (trier) que significa “seleccionar o separar”, y se ha aprobado para el hecho de clasificar a los enfermos. El principal experto de la salud en emplear el término “triar” fue el doctor Dominique Jean Larrea (1766-1842), cirujano combatiente (7). Gracias al sistema de triage hospitalario nos ayuda a mejorar la atención en las salas de emergencia, separando a las personas por su nivel de complejidad (8). El triage es usualmente definido como un modo de trabajo sistematizado que admite una valoración ágil del peligro que muestra el enfermo, fijado de manera regular, accesible y multiplicable (9). El triage de salud se dio en el terreno de lucha para dar preferencia a los militares heridos con el propósito de saber la condición de salud de éstos y conocer cuándo serían capaces de volver al campo de lucha (10). Implementando un sistema de clasificación básico se pretende alcanzar el buen funcionamiento del servicio de emergencias, al beneficiar la atención de un usuario más complicado y complejo que un paciente con dolencias de menor grado (11).

Niveles de Prioridad

- Nivel I (**color rojo**) resucitación, se los atiende de forma inmediata sin tiempo de espera.

Pacientes con cambios espontáneos y graves de su estado de salud, en riesgo próximo a la muerte, y que necesitan atención rápida en la Sala de Reanimación. Con alteración de las constantes vitales estas pueden ser: shock hipovolémico, shock hemorrágico, shock anafiláctico, presenta también un infarto agudo de miocardio con presencia de hipertensión, luego hipotensión más alteración en la respiración ya sea esta apnea, taquipnea, bradipnea, con presencia de cianosis.

- Nivel II (**color naranja**) emergencia, tiempo de espera no mayor a 10 minutos.

Pacientes que presentan un cuadro clínico espontáneo, agudo con peligro de muerte o secuelas graves, donde será atendido en el área de emergencia ejemplo: Diabetes mellitus descompensada, convulsiones, crisis asmática, taquipnea (respiraciones mayores a 24 por minuto) signos de abdomen agudo.

- Nivel III (**color amarillo**) urgencia, tiempo de espera 60 minutos.

Pacientes que no muestran signos de peligro de muerte, ni secuelas graves. Atendido en box de emergencia, priorizando los casos del nivel I y II como, por ejemplo: otitis aguda, herida que no necesita sutura, vómitos, dolor abdominal acompañado de náuseas, intoxicación por alimentos, trastornos de ligamentos y músculos.

- Nivel IV (**color verde**) urgencia menor, tiempo de espera 2 horas.

Pacientes que no comprometen su vida y sus signos vitales, ni peligro de complicación urgente, se tratan de sintomatología y son referidos para ser atendido por Consulta Externa esta puede ser de Primer nivel o especializada del mismo Hospital que es atendido, como lo amerite el paciente ejemplos: sangrado en poca cantidad en pacientes que no estén embarazadas, enfermedades diarreicas aguda sin deshidratación, absceso sin signos de hipertermia, faringitis, amigdalitis, pacientes que se encuentre con sus signos vitales estables.

- Nivel V (**color azul**) sin urgencia, tiempo de espera 4 horas.

Pacientes que no comprometen su vida, y pueden ser atendidos en el centro de salud más cercano a su vivienda estos casos podrían ser: dolor de garganta sin disfagia, dolor de oído, hipertermia sin síntomas asociados, resfrío común (12).

Concepto de Emergencia y Urgencia

Emergencia: Estado de gravedad y complejidad de salud del paciente con riesgo de vida el cual requiere atención inmediata.

Urgencia: Según la Organización Mundial de la Salud define a la urgencia como “un suceso inesperado en cualquier parte, referente a la salud del individuo de causa diferente y gravedad alternante, que produce el sentido de la conciencia de una exigencia inmediata de cuidado por parte de la persona que lo padece o de algún familiar” (13).

Teoría de Virginia Henderson relacionadas a las urgencias y emergencias en el triage hospitalario

El uso particular del personal de enfermería es ayudar a la persona sana o que presente alguna patología, en el desarrollo de sus ocupaciones que colaboran a su salud o su mejoramiento (o a una muerte digna) y que él portaría a cabo sin asistencia si

mantuviera el vigor, la valentía o la sabiduría necesaria. Y emprender esto de tal forma que le contribuya a conseguir autosuficiencia lo más pronto posible (14).

Según los estudios realizados en el presente trabajo hace hincapié que el personal de enfermería está vinculado principalmente en el triage hospitalario siendo este el que valora al paciente como un todo viendo sus necesidades biológicas y cubriéndolas gracias al proceso de atención de enfermería. La teoría de Henderson se relaciona a las urgencias y emergencias hospitalarias por la manera de cubrir las principales necesidades del ser humano en este caso sería la salud, al momento de valorar al paciente los y las enfermeras pueden evidenciar los signos vitales de manera objetiva o subjetiva para poder llegar a priorizar el tiempo de espera (15). El personal de enfermería tiene la responsabilidad de entregar cuidados al paciente de forma segura con eficacia y eficiencia para llegar a la calidad y satisfacción del usuario (16).

14 necesidades relacionadas a las urgencias y emergencias que se dan en el triage hospitalario

1. Necesidad de respirar normalmente, se valora al paciente enfermo en la sala de emergencia si presenta disnea, apnea, taquipnea, bradipnea, o se encuentra su saturación de oxígeno menor a 88%.
2. Necesidad de comer y beber adecuadamente, si el paciente presenta anemia a través de la valoración nos daremos cuenta en su estado anímico, o si esta hidratándose bien en su piel, y las características de esta como la resequedad.
3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales, el individuo debe presentar alteración en la temperatura, si presenta diarreas, o infecciones de vías urinarias.
4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas, cuando el individuo presente riesgo de caídas o alguna fractura en su cuerpo.
5. Necesidad de dormir y descansar, el insomnio causado por otros factores como el dolor o cualquier evento adverso que altere el sueño.
6. Necesidad de usar ropa adecuada, vestirse y desvestirse, paciente presenta una herida de gran profundidad y extensión lo que causaría que utilice ropa adecuada para evitar la fricción de la ropa y la herida.
7. Necesidad de mantener la temperatura corporal de acuerdo a los parámetros normales, si presenta hipertermia o hipotermia.
8. Necesidad de Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, pacientes que presente heridas, quemaduras, úlceras por presión.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales, y lesionar a otras personas, se puede presentar pacientes con signos de violencia física, psicológica, social.
10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, personas que presenta signos de depresión, signos de agresión física.
11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores, el respeto hacia su cultura, su religión, su sexo.
12. Necesidad de ocupación para la autorrealización, personas que se encuentran sin un empleo y no disponen de los recursos económicos para su recuperación total.
13. Necesidad de participar en actividades recreativas, realizar algún deporte que forme parte de su vida cotidiana.
14. Necesidad de aprendizaje, los pacientes necesitan saber su estado de salud, y se educa cual es el estilo de vida que debe llevar para mejor su condición.

Proceso de Atención De Enfermería (PAE)

El PAE establece un propósito de trabajo diario en la práctica clínica, y se fundamenta, en las aptitudes cognitivas, técnicas e interpersonales, con el fin de satisfacer las necesidades de los seres humanos su familia y su interrelación con el contexto. Este está constituido de 5 etapas subsecuentes: valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación, las cuales nos ayudan a brindar un cuidado óptimo y humanizado al paciente de manera ordenada y organizada (17).

La Valoración: se fundamenta en la recolección de información importante del estado de salud de un individuo a partir de métodos como la observación y la entrevista. Desde este punto de la recopilación de hechos se da una interrelación enfermera-paciente, en la cual el personal de enfermería recolecta información a través de datos objetivos y subjetivos, siendo los datos objetivos lo que la enfermera evidencia a través de los signos vitales, lo que observa la enfermera.

Diagnóstico: se basa en el reconocimiento de los problemas de gestión sanitaria en enfermería fundamentado en los patrones funcionales alterados, basados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que comprende diagnósticos reales, potenciales y positivos.

Planificación: se basa en la decisión de las intervenciones o funciones que cumpla la enfermera con el paciente. En esta etapa se crean fines u objetivos concretando los resultados deseados, fijando prioridades de cuidado y se sistematizan y se registran en un propósito, que se puede dar en el ambiente de cuidado sea general o individual.

Ejecución: el equipo de salud interviene junto con los familiares y los servicios de apoyo, con la guía del profesional capacitado de enfermería realizando las actividades que se desglosan de las intervenciones.

Evaluación: es en donde se comparan los objetivos planteados con los resultados esperados es decir la mejora del paciente gracias a las actividades de enfermería para que su salud mejore (18).

Valoración por dominios relacionado a las urgencias y emergencias en el triage hospitalario

- **Dominio 1: Promoción de la salud**

Problema: Paciente no cumple con el tratamiento farmacológico, y los estilos de vida de acuerdo a su patología, la enfermedad llega a alterarse y la persona necesita cuidados. **Diagnóstico:** Gestión ineficaz de la salud (00078)

- **Dominio 2: Nutrición**

Problema: Paciente puede presentar anemia, deshidratación, Obesidad, Diabetes, consumo excesivo de carbohidratos, o sal, ocasionando Hipertensión, arritmias cardíacas. **Diagnóstico:** Obesidad (00232)

- **Dominio 3: Eliminación e Intercambio**

Problema: Paciente puede presentar hipertermia mayor a 38 grados centígrados, diarreas frecuentes en el día líquidas y abundantes, poliurias, polaquiurias, disnea, taquipnea, bradipnea, apnea. **Diagnóstico:** Deterioro del intercambio de gases (00030)

- **Dominio 4: Actividad/Reposo**

Problema: Pacientes que presenten hipertensión arterial, hipotensión arterial, bradicardia, taquicardia, pacientes cuadripléjicos, parapléjicos. **Diagnóstico:** Disminución del gasto cardíaco (00029)

- **Dominio 5: Percepción/Cognición**

Problema: Paciente inconsciente, deterioro de la memoria, deterioro de la comunicación. **Diagnóstico:** Control emocional inestable (00251).

- **Dominio 6: Auto percepción**

Problema: Pacientes con depresión, problemas de aislamiento social, baja autoestima.

Diagnóstico: Baja autoestima crónica (00119)

- **Dominio 7: Rol/Relaciones**

Problema: Problemas de disfunción familiar, familias extensas sin apoyo emocional de parte de la familia, comunicación pasiva entre los miembros de la familia, divorcio, muerte de algún familiar. **Diagnóstico:** Procesos familiares disfuncionales (00063)

- **Dominio 8: Sexualidad**

Problema: Disfunción sexual, maternidad ineficaz. **Diagnóstico:** Proceso de maternidad ineficaz (00221)

- **Dominio 9: Afrontamiento y Tolerancia al estrés**

Problema: Personas que presentan temor, ansiedad, impotencia, bipolaridad.

Diagnóstico: Ansiedad (00146)

- **Dominio 10: Principios Vitales**

Problema: Personas que tengan dificultad para tomar decisiones en su vida, problemas en reconocer su religión. **Diagnóstico:** Conflicto de decisiones (00083)

- **Dominio 11: Seguridad y Protección**

Problema: Pacientes que presentan signos de infección de heridas quirúrgicas, quemaduras. **Diagnóstico:** Deterioro de la integridad cutánea (00046)

- **Dominio 12: Confort**

Problema: Pacientes que presentan dolor agudo o crónico, náuseas, aislamiento social.

Diagnóstico: Dolor agudo (00132)

- **Dominio 13: Crecimiento y Desarrollo**

Problema: Pacientes con Síndrome de Down, con alteraciones en el desarrollo como el gigantismo, o enanismo. **Diagnóstico:** Riesgo en el retraso en el desarrollo (00112)

Plan de cuidados de enfermería de crisis hipertensiva

Valoración de enfermería en crisis hipertensiva

- **Presión arterial**

Es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias ocasionando un sonido de inicio que sería el de presión arterial sistólica y el último sonido que se escucha es el de la presión arterial diastólica.

- **Hipertensión arterial**

La presión arterial (PA) sistólica-diastólica se debe mantener o debe ser similar o mayor a 140/90 mmHg, pertinentemente cogida en circunstancias adecuadas al menos tres tomas de elección en tres días distintos o cuando la PA originaria sea muy alta y/o cuando la persona entrega cifras habituales bajo régimen terapéutico antihipertensivo (19).

- **Crisis hipertensiva**

Es el incremento agudo, repentino de la presión arterial, particularmente con presión diastólica mayor a 109 mmHg o sistólica mayor a 179 mmHg.

- **Emergencia hipertensiva**

Es el ascenso de la presión arterial, con cambios agudos, estructurales o funcionales, que involucra a órganos blancos (cerebro, corazón, riñones, retina y aorta) y pone en riesgo la vida del individuo.

- **Urgencia hipertensiva**

Ascenso de la presión arterial en individuos que son sintomáticos sin prueba de signos o síntomas de daños de órganos blancos (20).

Priorización de problemas

Problema	Categoría	Fundamento
Hipertensión arterial	1	Es la elevación de la presión arterial si los valores en un paciente con hipertensión son mayores de 179/89 mmHg puede causar complicaciones como Insuficiencia Renal, Accidentes Cerebrovasculares, Infarto Agudo de Miocardio entre otros.
Adhesión al tratamiento	2	La adherencia al tratamiento se debe considerar como una conducta difícil, donde el ser humano debe entender la importancia que conlleva el tratamiento que está tomando para la evolución favorable de su enfermedad y sobre todo debe ser educado para que éste no abandone el régimen terapéutico.

Valoración de enfermería de acuerdo al SOAPIE (Emergencia)

Valoración De Enfermería: Crisis Hipertensiva	Dominio 4: Actividad/ reposo Clase 4: Respuesta Cardiovascular pulmonar
S= Datos Subjetivos	No hay datos subjetivos por pérdida de la consciencia.
O= Datos Objetivos	Edema, Presión arterial de 200/85 mmHg, Hipotensión 60/ 40 mmHg, Cianosis, Frecuencia cardiaca 150 latidos por minuto, Diaforesis profusa, palidez.
A= Análisis	Disminución del gasto cardiaco (00029)
P= Planificación	Objetivo: Estado circulatorio. Intervenciones: <ul style="list-style-type: none">• Cuidados cardiacos agudos (4044)• Cuidados circulatorios: Insuficiencia arterial (4062)
I= Intervención	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados cardiacos agudos (4044) Realizar una evaluación exhaustiva del estatus cardíaco, incluida la circulación periférica. Monitorizar el ritmo y la frecuencia cardíacos. Auscultar los sonidos cardíacos. Reconocer la frustración y el miedo causados por la incapacidad de comunicación y la exposición a unos aparatos y entorno extraños. Auscultar los pulmones para ver si hay sonidos crepitantes o adventicios. Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia, si es adecuado.

	<p>Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno (p. ej., PaO2, niveles de hemoglobina y gasto cardíaco), según corresponda.</p> <p>Monitorizar el estado neurológico. Monitorizar las entradas/salidas, la diuresis y el peso diario, si correspondiera.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados circulatorios: Insuficiencia arterial (4062) <p>Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (p. ej., comprobar los pulsos periféricos, edemas, relleno capilar, color y temperatura).</p> <p>Determinar el índice tobillo-brazo, según corresponda.</p> <p>Evaluar los edemas y los pulsos periféricos</p> <p>Colocar la extremidad en posición declive, según sea conveniente</p> <p>Animar al paciente a realizar ejercicio según su tolerancia.</p>
E= EVALUACIÓN	<p>Estado circulatorio (0401)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador 1: (40137) Saturación de Oxígeno <p>Grave 1 (x) Sustancialmente Moderado 2-3 () Leve 4() Ninguno 5 ()</p> <p>Paciente presenta una puntuación de 1 que es grave se pretende aumentar a 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador 2: (40120) Edema periférico <p>Grave 1 () Sustancialmente Moderado 2-3 (x) Leve 4() Ninguno 5 ()</p> <p>Paciente presenta una puntuación de 3 se piensa aumentar a 4.</p>

Valoración de enfermería de acuerdo al SOAPIE (Urgencia)

Valoración De Enfermería: Crisis Hipertensiva	Dominio 1: Promoción de la Salud Clase 2: Gestión de la Salud
S= Datos Subjetivos	Paciente refiere que no toma el tratamiento de hipertensión arterial todos los días, desconoce estilo de vida saludable, dolor de cabeza, sensación de mareo, falta de respiración
O= Datos Objetivos	Presión arterial de 170/85 mmHg.
A= Análisis	Gestión Ineficaz de la Salud (00078)
P= Planificación	Objetivo: Conducta de cumplimiento. (1601) Intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con el paciente (4420) • Enseñanza dieta prescrita (5614)
I= Intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo con el paciente (4420) <p>Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.</p> <p>Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.</p> <p>Establecer objetivos como conductas fácilmente distinguibles.</p> <p>Establecer objetivos en términos positivos.</p> <p>Disponer un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.</p> <p>Animar al paciente a que elija un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente importante como para mantener la conducta.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza: dieta prescrita (5614) <p>Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. Informar al paciente acerca de cuánto tiempo se debe seguir la dieta. Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.</p>
E= EVALUACIÓN	<p>Conducta de cumplimiento (1601)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador 1: (160112) Controla la respuesta al tratamiento. <p>Nunca demostrado 1 () A veces demostrado 2-3 (x) Frecuentemente demostrado 4 () Siempre demostrado 5 ()</p> <p>Paciente ingresa con una puntuación de 2 se pretende aumentar a 5.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicador 2: (160108) Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción. <p>Nunca demostrado 1 () A veces demostrado 2-3 (x) Frecuentemente demostrado 4 () Siempre demostrado 5 ()</p> <p>Paciente ingresa con una puntuación de 2 se pretende aumentar a 5.</p>

CONCLUSIONES

Gracias a la teoría de Virginia Henderson evidenciamos que el personal de enfermería valora al paciente de acuerdo a su estado de salud proporcionándole un cuidado íntegro, cubriendo sus necesidades, trabajando en conjunto enfermera paciente.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene una gran importancia en el saber diario de enfermería porque promueve el razonamiento crítico y flexible, gracias a su percepción humanista incrementa el entusiasmo del personal de enfermería.

La información recogida hasta ahora nos muestra cómo el personal de enfermería puede intervenir eficazmente en los servicios de urgencias y emergencias para el uso de los sistemas de Triage. El triaje es una secuencia que tiene como meta optimizar el tiempo de espera de los pacientes según el nivel prioridad de urgencia, con el deseo de reconocer oportunamente a los pacientes graves y clasificar, en niveles de prioridad. Obtuvimos que lo que se estableció a nivel de triaje se vinculaba con los años de edad, la experiencia, el turno y el número total de individuos escogidos por enfermería.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Gómez E, Miró Ó, Bragulat E, Santaliestra A, Sanchez M. Relación entre la asignación del nivel del triaje y las características y experiencia del personal de enfermería. 2018; XXX(3): p. 163-168.
2. Duque PA. Factores relacionados con la aplicabilidad del Proceso Atención de Enfermería en una institución de salud de alta complejidad en la ciudad de Medellín, Colombia. 2014; XVI(1): p. 93-104.
3. Cubero Alpizar C. Los sistemas de triaje: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. Enfermería Actual de Costa Rica. 2014 Octubre 27;(27): p. 1-12.
4. Vasquez R, Tineo AJ, Ramírez Calderon F, Velasquez Velasquez R, Huari Pastrana R. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. 2016; LXXVII(4).
5. Rodríguez Amada C. Reflexiones sobre el Sistema de Urgencias Médicas. 2015; XIII(1): p. 1-3.
6. Dirección Nacional de Estadística y Análisis de la Información de Salud. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2017 [cited 2018 Junio 26. Available from: https://public.tableau.com/profile/tatya#!/vizhome/BASEDEPRODUCCION2017_0/MEN.
7. Ayuso Raya M, Pérez López J, Simarro Herráez M, Escobar Rabadána F. Valoración de un proyecto de “traje” de urgencias por enfermería en atención primaria. 2013; VI(3).
8. Molina-Álvarez RA, Zavala Suárez E. Conocimiento de la Guía de Práctica Clínica de triaje por personal de enfermería. CONAMED. 2014 Enero-Marzo; XIX(1): p. 11-16.
9. Estudio conjunto de los defensores del pueblo. Las urgencias hospitalarias en el Sistema Nacional de Salud; derechos y garantías de los pacientes. 2015.
10. Cubero Alpizar C, Medina Arias K. Los procesos de clasificación de usuarios y su impacto en la atención en las salas de urgencias a nivel hospitalario. 2013;(24): p. 1-12.
11. Schmitz G. Resultados cuantitativos de la implementación de la Escala Canadiense de Triaje y Severidad en el servicio de emergencias de un hospital nacional. 2016; LVIII(3): p. 110-114.
12. Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2014 [cited 2018 Junio 27. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2012/10/Modelo-de-Atencio%CC%81n-Integral-de-Saludu-MAIS.pdf>.
13. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. 2013; V(1): p. 42-49.
14. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN España: Ilustre Colegio de Enfermería de Jaén.
15. Ramírez E. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. Scielo. 2016; XIII(2).
16. Landman Navarro C, Canales Gómez S, Garay Schmitt V, García Figueroa P, López Araya C, Pérez Toro J, et al. Cuidado Humanizado desde la perspectiva del enfermero de emergencia en un hospital de Quillotoa, Chile. 2014; III(2).

17. Jara-Sanabria F, Lizano-Pérez A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. 2016; XIII(4).
18. Potter P, Griffin Perry A, Stockert P, Hall A. Fundamentos de Enfermería Barcelona: Elsevier; 2015.
19. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Protocolo clínico terapéutico en urgencias extrahospitalarias Madrid-España: Ingesa; 2013.
20. Protocolos de Atención Prehospitalaria para Emergencias Médicas. Ministerio de Salud Pública. [Online]. [cited 2018 Julio 2. Available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20PREHOSPITALARIA%20PARA%20EMERGENCIAS%20M%C3%89DICAS.pdf>.