



Nombre del Alumno: Juan Manuel Jiménez Alvarez.

Nombre del tema: Atención Al Paciente En Situación De Amenaza Vital Inmediata.

Nombre de la Materia: Práctica Clínica De Enfermería II.

Nombre del profesor: Alfonso Velázquez Ramírez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 7°

Parcial: 1°

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

CONCEPTO:

La atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata se define como el conjunto de acciones urgentes, sistemáticas y coordinadas que el personal de salud, especialmente el equipo de enfermería y urgencias, proporciona a una persona cuya vida se encuentra en peligro inminente debido a una alteración crítica en sus funciones vitales (respiración, circulación o estado neurológico). Su finalidad es mantener la vida, preservar la función de órganos vitales, estabilizar al paciente y prevenir complicaciones, mediante intervenciones rápidas y efectivas basadas en la valoración inicial (ABCDE), protocolos de reanimación y priorización en el triaje.



CRITERIOS DE AMENAZA VITAL:

Los criterios identifican condiciones que comprometen la supervivencia inminente, tales como:

- Ausencia o obstrucción de la vía aérea, con signos como estridor, cianosis o respiración silenciosa.
- Insuficiencia respiratoria, evidenciada por frecuencia respiratoria <8 o >30/min, saturación de O₂ <90%, uso de musculatura accesoria o asimetría torácica.
- Alteraciones circulatorias, incluyendo pulso débil o ausente, hipotensión (<90/60 mmHg), taquicardia (>120 lpm) o signos de shock como palidez y sudoración fría.
- Discapacidad neurológica grave, con Glasgow <8, pupilas fijas o convulsiones.
- Exposición a hipotermia o hipertermia, o hemorragias masivas no controladas.

OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN:

- Preservar la vida** del paciente mediante intervenciones rápidas y efectivas.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea** para asegurar un adecuado intercambio gaseoso.
- Garantizar la oxigenación y ventilación** suficientes para prevenir hipoxia y daño cerebral irreversible.
- Asegurar una circulación eficaz**, estabilizando el gasto cardíaco y la perfusión tisular.
- Identificar y tratar la causa subyacente** de la amenaza vital (ejemplo: shock, paro cardiorrespiratorio, trauma, intoxicación).
- Prevenir complicaciones secundarias** asociadas a la condición crítica (hipotermia, úlceras por presión, infecciones).
- Restablecer la estabilidad hemodinámica y neurológica** para evitar el deterioro progresivo.
- Priorizar la atención** de acuerdo con la gravedad clínica (sistemas de triaje).
- Favorecer la seguridad del paciente** durante todos los procedimientos.
- Brindar apoyo emocional** al paciente y a la familia durante la emergencia.



PRINCIPIOS FUNDAMENTALES:

- Rapidez y eficacia:** Actuar de forma inmediata y precisa, ya que cada segundo puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte.
- Atención sistemática (método ABCDE):**
 - Evaluar y tratar en orden de prioridades:
 - A:** Airway (vía aérea).
 - B:** Breathing (respiración).
 - C:** Circulation (circulación).
 - D:** Disability (estado neurológico).
 - E:** Exposure (exposición y control ambiental).
- Valoración y revaloración continua:** El estado del paciente crítico puede cambiar en segundos; se debe monitorizar de manera constante.
- Actuar según prioridades vitales:** Primero salvar la vida, luego estabilizar funciones, después tratar la causa.
- Trabajo en equipo y comunicación efectiva:** La coordinación con médicos, enfermería y otros profesionales es esencial para una atención integral.
- Seguridad del paciente y del personal:** Usar equipo de protección, técnicas seguras y prevenir riesgos (ej. bioseguridad, traslado correcto).
- Estabilización antes del traslado:** Siempre estabilizar lo más posible al paciente antes de su traslado a otra unidad o área de mayor complejidad.
- Uso adecuado de recursos:** Priorizar intervenciones y material en función de la urgencia y la disponibilidad.
- Registro y documentación precisa:** Anotar todas las acciones realizadas, constantes vitales y evolución clínica en tiempo real.
- Apoyo humano y ético:** Tratar al paciente con dignidad, brindar contención emocional a él y a su familia, y respetar principios éticos en todo momento.



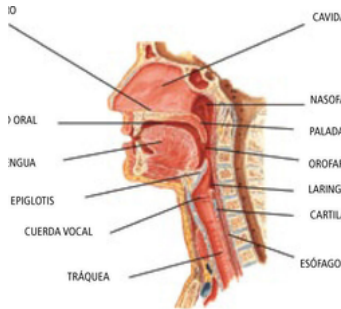
VALORACIÓN INICIAL – MÉTODO ABCDE:

El **ABCDE** es una guía sistemática, rápida y prioritaria para identificar y tratar problemas que comprometen la vida del paciente en urgencias. Se aplica de forma secuencial, resolviendo cada paso antes de continuar con el siguiente. Se aplica en pacientes conscientes o inconscientes, excluyendo paros cardiorrespiratorios donde se inicia RCP.

◆ A – Airway (Vía aérea):

Objetivo: Garantizar una vía aérea permeable.

- Observar signos de obstrucción (ronquidos, incapacidad para hablar).
- Maniobras básicas:
 - Frente-mentón.
 - Tracción mandibular (en caso de trauma cervical).
- Retirar cuerpos extraños, vómito o secreciones mediante aspiración.
- Utilizar cánulas orofaríngeas o nasofaríngeas si es necesario.
- Preparar intubación orotraqueal en casos graves.



◆ B – Breathing (Respiración):

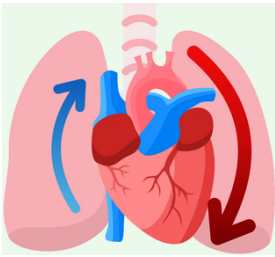
Objetivo: Asegurar una ventilación y oxigenación adecuadas.

- Evaluar frecuencia respiratoria, amplitud y simetría torácica.
- Escuchar ruidos respiratorios (sibilancias, ausencia de murmullo).
- Administrar oxígeno suplementario (mascarilla, cánula nasal o según necesidad).
- Si no respira: ventilación con bolsa-válvula-mascarilla.
- Considerar intubación endotraqueal o ventilación mecánica en casos graves.
- Detectar emergencias como neumotórax a tensión o hemotórax masivo.

◆ C – Circulation (Circulación):

Objetivo: Mantener perfusión y circulación efectivas.

- Palpar pulso central (carotídeo o femoral), valorar frecuencia cardíaca, ritmo y calidad del pulso, medir tensión arterial y llenado capilar.
- Identificar hemorragias externas → control inmediato con compresión o torniquete.
- Canalizar acceso venoso periférico o intraóseo.
- Iniciar fluidoterapia (soluciones cristaloides).
- Preparar administración de fármacos de emergencia (adrenalina, amiodarona, etc.).
- Monitorizar con ECG si es posible.



◆ D – Disability (Estado neurológico):

Objetivo: Valorar estado neurológico y prevenir deterioro cerebral.

- Evaluar nivel de conciencia con Escala de Glasgow.
- Valorar pupilas (tamaño, simetría, reactividad).
- Medir glucemia capilar.
- Identificar convulsiones, déficit motor o signos de focalización.
- Proteger vía aérea si el Glasgow ≤ 8.



◆ E – Exposure (Exposición y control ambiental):

Objetivo: Detectar lesiones ocultas y prevenir hipotermia.

- Exponer completamente al paciente para búsqueda de lesiones, hemorragias, quemaduras o fracturas.
- Retirar ropa si es necesario.
- Mantener control de la temperatura (cobijas, mantas térmicas, ambiente cálido).
- Revisar el dorso del paciente (maniobra de rotación en bloque si trauma).

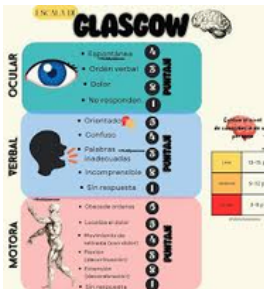


✔ Una vez completado el ABCDE, se vuelve a revalorar de manera continua, ya que el estado del paciente crítico puede cambiar en segundos.

ESCALAS UTILIZADAS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN AMENAZA VITAL INMEDIATA:
En la atención de un paciente en situación de amenaza vital inmediata se usan varias escalas clínicas estandarizadas que permiten evaluar y priorizar rápidamente la gravedad del paciente.

1. Escala de Glasgow (GCS – Glasgow Coma Scale):

- Evalúa el nivel de conciencia según:
 - Apertura ocular (1–4).
 - Respuesta verbal (1–5).
 - Respuesta motora (1–6).
- Puntaje total: **3 a 15 puntos**.
- Interpretación:
 - 13–15: lesión leve.
 - 9–12: lesión moderada.
 - ≤ 8: lesión grave → riesgo vital, requiere protección de la vía aérea.



2. Escala AVPU:

- Más rápida que la Glasgow, evalúa conciencia:
 - **A:** Alerta.
 - **V:** Responde a estímulos Verbales.
 - **P:** Responde a estímulos Dolorosos (Pain).
 - **U:** Inconsciente (Unresponsive).
- Útil en valoración inicial del ABCDE.



3. Triage de Urgencias (sistemas de clasificación por colores):

- Clasifica a los pacientes según la gravedad y tiempo de atención:
 - **Rojo:** Emergencia vital (atención inmediata).
 - **Naranja:** Muy urgente (≤ 10 min).
 - **Amarillo:** Urgente (≤ 60 min).
 - **Verde:** Menor urgencia (≤ 120 min).
 - **Azul:** No urgente (atención diferible).



TRIAJE (TRIAGE) EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS:

Concepto: El triaje es un proceso de clasificación y priorización de pacientes que llegan a un servicio de urgencias o a una situación de desastre, con el fin de determinar el orden de atención según la gravedad clínica y el riesgo vital, optimizando así los recursos disponibles.

- En el caso de un paciente en amenaza vital inmediata, el triaje permite identificar de inmediato a quienes requieren atención sin demora.



Objetivos del Triage:

1. Garantizar que los pacientes más graves reciban atención prioritaria.
2. Evitar retrasos en el tratamiento de emergencias vitales.
3. Optimizar recursos humanos y materiales.
4. Clasificar a los pacientes según gravedad y tiempo máximo de espera.
5. Establecer un orden lógico y seguro de atención en situaciones de múltiples víctimas.

Clasificación por Colores (sistema más utilizado):

- **Rojo – Emergencia vital: Atención:** inmediata.
 - Situaciones: paro cardiorrespiratorio, shock, obstrucción de vía aérea, hemorragia masiva, EVC grave, politrauma inestable.
- **Naranja – Muy urgente: Atención:** en ≤ 10 minutos.
 - Situaciones: dolor torácico, disnea moderada, hemorragia controlada pero significativa, alteración neurológica aguda sin paro.
- **Amarillo – Urgente: Atención:** en ≤ 60 minutos.
 - Situaciones: fracturas estables, dolor abdominal intenso, fiebre con riesgo de sepsis, heridas que requieren sutura.
- **Verde – Menor urgencia: Atención:** en ≤ 120 minutos.
 - Situaciones: lesiones leves, dolor controlable, síntomas crónicos reagudizados sin compromiso vital.
- **Azul – No urgente / Atención diferible: Atención:** puede esperar o derivarse a consulta externa.
 - Situaciones: cuadros banales, consultas administrativas o médicas no urgentes.



Tipos de Triage:

- **Hospitalario:** en servicios de urgencias para clasificar pacientes según prioridad clínica.
- **Prehospitalario:** en accidentes o desastres masivos, para organizar la evacuación y traslado.
- **De desastre (START, mSTART):** prioriza por capacidad de supervivencia en escenarios de múltiples víctimas.

Rol de Enfermería en el Triage:

- Realizar una valoración rápida y objetiva al ingreso.
- Aplicar protocolos y escalas de clasificación (Ej. Manchester, ESI).
- Identificar signos de amenaza vital inmediata.
- Priorizar y dirigir al paciente al área adecuada (shock room, reanimación).
- Comunicar al equipo médico la gravedad de inmediato.
- Revalorar periódicamente mientras el paciente espera.

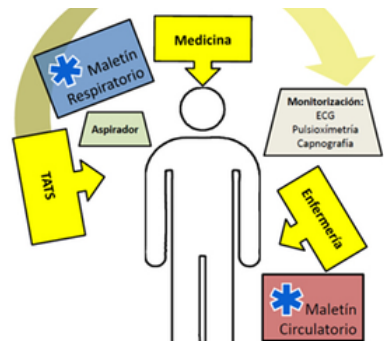


✓ En un paciente con **amenaza vital inmediata**, el triaje lo clasifica siempre en **color ROJO**, lo que significa **atención inmediata y sin espera**, ya que su vida está en riesgo si no se interviene de forma urgente.

SITUACIONES CLÍNICAS DE AMENAZA VITAL INMEDIATA:

- **Paro cardiorrespiratorio:** Ausencia pulso/respiración; iniciar RCP.
- **Shock hemorrágico/hipovolémico:** Sangrado masivo, taquicardia.
- **Anafilaxia:** Estridor, hipotensión; adrenalina IM.
- **Trauma mayor:** Politrauma con ABC alterados.
- **SCA:** Dolor torácico, ECG alterado.
- **Estado de convulsiones:** >5 min sin parar.
- **Hipoglucemia grave:** GCS bajo, glucemia <70 mg/dl.
- **Insuficiencia respiratoria aguda.**
- Hemorragia masiva, grandes quemaduras
- **Traumatismos graves / politraumatismo:** Accidentes con lesiones múltiples o compromiso de órganos vitales.
- **Accidente cerebrovascular agudo (EVC):** Isquémico o hemorrágico.
- **Hemorragia postparto masiva:** Eclampsia, Prolapso de cordón umbilical.

✓ Todas estas situaciones deben considerarse como **color rojo en el triaje** → requieren **atención inmediata sin demora**.



MANEJO INICIAL POR PATOLOGÍA:

- **Obstrucción Vía Aérea:** Maniobras de desobstrucción (golpes espalda, Heimlich), RCP si inconsciencia.
- **Insuficiencia Respiratoria:** Oxígeno, VNI o intubación; tratar causa (ej. broncoespasmo con salbutamol).
- **Choque:** Fluidos IV, elevación de piernas, vasopresores si refractario; identificar tipo (cardiogénico: dobutamina).
- **Neurológico:** Benzodiacepinas para convulsiones, tiamina en alcoholismo.
- **Trauma:** Inmovilización, control sangrado, ABCDE adaptado.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA:

- **Valoración rápida (ABCDE):** identificar signos críticos (vía aérea, paro, shock, alteración neurológica) y reevaluar continuamente.
- **Funciones vitales:** asegurar vía aérea, administrar oxígeno, canalizar accesos venosos y controlar hemorragias.
- **Protocolos de urgencia:** aplicar RCP básica/avanzada y realizar triaje según gravedad.
- **Monitorización y registro:** controlar signos vitales y estado neurológico; documentar intervenciones en tiempo real.
- **Material y equipo:** preparar desfibrilador, monitor, ventilador, carro rojo y fármacos de urgencia.
- **Trabajo interdisciplinario:** comunicación efectiva, apoyo en decisiones y traslados seguros.
- **Apoyo humano:** brindar contención al paciente y familiares, con trato ético y digno.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA:

- **Vía aérea y respiración:**
 - Asegurar permeabilidad con maniobras básicas, aspiración y dispositivos.
 - Administrar oxígeno suplementario y apoyar en intubación.
 - Vigilar signos de dificultad respiratoria (SpO₂ < 90%, cianosis, uso de músculos accesorios).
- **Circulación y control hemodinámico:**
 - Canalizar accesos venosos (preferir dos gruesos).
 - Administrar líquidos IV según protocolo, Controlar hemorragias externas.
 - Administrar medicamentos de urgencia bajo indicación médica.
- **Estado neurológico:**
 - Valorar nivel de conciencia con Glasgow o AVPU.
 - Detectar signos de deterioro neurológico y proteger vía aérea en inconscientes.
- **Soporte vital y reanimación:**
 - Iniciar RCP básica en paro.
 - Colaborar en RCP avanzada (desfibrilación, fármacos, vía aérea avanzada).
 - Coordinar acciones del equipo.
- **Monitorización y registro:**
 - Vigilar ECG, SpO₂, TA, diuresis.
 - Documentar cronológicamente intervenciones y evolución.
- **Preparación y apoyo en procedimientos:**
 - Verificar carro de paro y equipos.
 - Preparar material para intubación, ventilación, accesos centrales, drenajes.
 - Asistir en procedimientos invasivos.
- **Intervenciones psicológicas y éticas:**
 - Comunicación clara y calmada con paciente, contención emocional a la familia y mantener trato digno y ético.
- **Traslado y continuidad del cuidado:**
 - Garantizar traslado seguro con monitorización.
 - Entregar reporte claro y completo al siguiente equipo.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESPECÍFICOS:

- **Vía aérea y respiración:**
 - Colocar en posición adecuada (seguridad, Fowler/semifowler).
 - Vigilar permeabilidad de vía aérea y fijación de tubo/cánula.
 - Administrar oxígeno (humidificado en terapias prolongadas).
 - Aspirar secreciones de forma estéril y sólo si es necesario.
- **Circulación y perfusión:**
 - Vigilar color, temperatura y relleno capilar.
 - Control estricto de signos vitales cada 5–15 min.
 - Revisar accesos venosos y permeabilidad de soluciones.
 - Controlar hemorragias y mantener apósitos estériles.
- **Estado neurológico:**
 - Valorar conciencia (Glasgow/AVPU) y reflejos pupilares.
 - Vigilar signos de hipertensión intracraneal.
 - Implementar medidas de seguridad en caso de convulsiones.
- **Seguridad y confort:**
 - Cama en posición baja y barandales elevados.
 - Retirar objetos peligrosos y asegurar inmovilización en trauma.
 - Mantener ambiente tranquilo.
- **Apoyo terapéutico:**
 - Verificar y preparar monitor, ventilador y desfibrilador.
 - Administrar medicación de urgencia según indicación.
 - Documentar hora y dosis de fármacos.
- **Nutrición y metabolismo:**
 - Mantener ayuno hasta descartar cirugía.
 - Administrar líquidos IV según prescripción.
 - Vigilar diuresis con sonda vesical si está indicada.
- **Psicología y familia:**
 - Brindar apoyo emocional al paciente y familiares.
 - Explicar procedimientos de forma breve y clara.
 - Favorecer comunicación con la familia.
- **Traslado y continuidad del cuidado:**
 - Verificar monitorización y soporte vital antes del traslado.
 - Asegurar oxígeno y accesos permeables.
 - Entregar reporte completo y preciso al personal receptor.



Los cuidados específicos de enfermería en amenaza vital inmediata se centran en mantener funciones vitales, vigilar continuamente, prevenir complicaciones, apoyar terapias médicas y brindar seguridad física y emocional, asegurando siempre una atención ética y humana.

PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CRÍTICOS:

La prevención en estos pacientes es fundamental, ya que cualquier complicación puede agravar el estado crítico. El personal de enfermería juega un rol esencial en la vigilancia continua, intervención temprana y aplicación de medidas preventivas.

1. **Respiratorias:**
 - Mantener vía aérea permeable y aspirar secreciones.
 - Evitar atelectasias con cambios posturales y fisioterapia respiratoria.
 - Prevenir broncoaspiración con posición lateral y ayuno en riesgo de intubación.
2. **Circulatorias:**
 - Prevenir shock con líquidos y fármacos vasoactivos.
 - Controlar hemorragias con apósitos y vendajes.
 - Evitar TEV con cambios de posición, compresión neumática y movilización temprana.
3. **Neurológicas:**
 - Prevenir hipertensión intracraneal (cabecera elevada, normotermia, evitar hipoxia).
 - Vigilar signos de convulsiones y administrar anticonvulsivantes.
 - Monitorizar estado neurológico con Glasgow o AVPU.
4. **Infecciosas:**
 - Uso de técnica estéril en dispositivos invasivos.
 - Prevenir neumonía asociada a ventilación con higiene bucal y posición semi-Fowler.
 - Lavado de manos y vigilancia de signos de sepsis.
5. **Metabólicas:**
 - Control de glucemia capilar frecuente.
 - Balance hídrico estricto y vigilancia de diuresis.
6. **Dérmicas y musculoesqueléticas:**
 - Prevenir úlceras por presión (cambios posturales, colchón antiescaras).
 - Movilización pasiva y fisioterapia para evitar contracturas.
7. **Psicológicas:**
 - Reducir ansiedad con ambiente tranquilo y comunicación clara.
 - Apoyo emocional a familiares para prevenir estrés postraumático.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001927.htm>.
2. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762022000100011.
3. https://consejo.unam.mx/comisiones/CES/docs/protocolos/Protocolo_para_la_atencion_de_urgencias_medicas_en_Ciudad_Universitaria.pdf.
4. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>.
5. <https://www.superdesalud.gob.cl/difusion/572/w3-printer-10007.html>.
6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008.
7. https://revistaemergencias.org/wp-content/uploads/2023/08/Emergencias-1995_7_6_284-289-289.pdf.
8. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/bec-quick-cards/becp-edu30-pdf-sp-frst.pdf?sfvrsn=2532d61b_2](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/bec-quick-cards/becp-edu30-pdf-sp-frst.pdf?sfvrsn=2532d61b_2).
9. <https://metroдораenfermeria.com/blogs/blog-enfermeria/beneficios-valoracion-inicial-paciente-mediante-sistema-abdcde>.
10. <http://www.somiucam.org/activos/enlaces/Scores.pdf>.