



SUPER NOTA

NOMBRE DEL ALUMNO: ALEXIS GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

NOMBRE DEL TEMA: ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA.

PARCIAL: 1º.

NOMBRE DE LA MATERIA: PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II.

NOMBRE DEL PROFESOR: LIC. ALFONSO VELÁZQUEZ RAMÍREZ.

NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

CUATRIMESTRE: 7º.

FECHA DE ELABORACIÓN:

PICHUCALCO, CHIAPAS, A 25 DE SEPTIEMBRE DEL 2025.

ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

CONCEPTO

La atención al paciente en situación de amenaza vital inmediata es un proceso prioritario y altamente protocolizado dentro de los servicios de urgencias, cuidados críticos y emergencias. Se centra en identificar rápidamente condiciones que ponen en peligro la vida y actuar de forma inmediata para preservar las funciones vitales (respiración, circulación, estado neurológico) y prevenir el deterioro.



PASOS PARA LA ATENCIÓN INMEDIATA

CLASIFICACIÓN TRIAGE			
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACIÓN	ROJO	ATENCIÓN DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

Evaluación Rápida (Triage):

El personal de salud, usando el sistema de triaje, realiza una valoración inicial para identificar a pacientes con riesgo vital inminente.

Clasificación:

Se clasifica al paciente según la gravedad, y si su condición es de riesgo vital (color rojo), se traslada inmediatamente a la sala de reanimación.

Acción Inmediata:

El paciente es atendido por todo el equipo médico listo para actuar en segundos, asegurando la vía aérea, respiración y circulación.

Estabilización:

Se inician las maniobras de reanimación necesarias para estabilizar al paciente y prevenir la progresión a un estado más grave.

IMPORTANCIA DEL TRIAJE Y LA ACCIÓN RÁPIDA

• Salvar vidas:

El tiempo es crítico; identificar la emergencia médica y actuar rápidamente puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

• Minimizar secuelas:

La intervención temprana puede reducir las consecuencias a largo plazo de enfermedades graves.

• Mejorar el flujo del servicio:

Un proceso de triaje bien ejecutado ayuda a organizar la atención, reduciendo la congestión y mejorando la eficiencia general del servicio de urgencias.

• Comunicación Clara:

Se debe informar al paciente o sus familiares sobre su estado y el tiempo de espera para la consulta, manteniendo una comunicación abierta y oportuna.



QUÉ ES EL TRIAJE

El término triage, de origen francés, es un proceso fundamental en la medicina de Urgencias y desastres que implica la evaluación y clasificación de los pacientes según la gravedad de su condición y la necesidad de atención médica inmediata.

- El objetivo principal del triage es optimizar el uso de los recursos disponibles para proporcionar la atención adecuada a la mayor cantidad posible de pacientes en situaciones en las que la demanda de atención médica supera la capacidad de respuesta del sistema sanitario.

SITUACIONES MÁS FRECUENTES DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

- Paro cardiorrespiratorio.
- Obstrucción grave de vía aérea.
- Shock (hipovolémico, séptico, anafiláctico, cardiogénico).
- Traumatismo grave (TCE, politraumatismo).
- Insuficiencia respiratoria aguda.
- Hemorragias masivas.
- ECV hemorrágico con compromiso de conciencia.
- Arritmias graves (FV, TV sin pulso, asistolia, AESP).



VALORACIÓN INICIAL

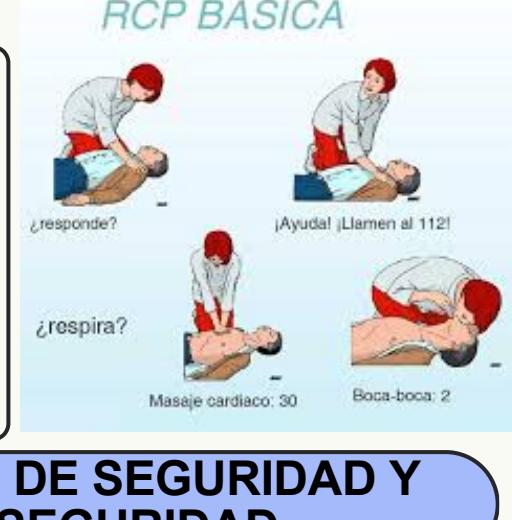
El enfoque ABCDE es un método sistemático utilizado en medicina de urgencias para la evaluación rápida y prioritaria de pacientes críticos o con lesiones graves:

Paso	Objetivo	Acciones de Enfermería / Médico
A - Airway (Vía aérea)	Garantizar vía aérea permeable	Maniobras de apertura (triple maniobra, aspiración), colocación de cánulas oro/nasofaríngeas, preparación para intubación si es necesario.
B - Breathing (Respiración)	Asegurar ventilación y oxigenación	Administrar oxígeno, ventilación con bolsa-válvula-mascarilla, monitorizar saturación (SpO ₂).
C - Circulation (Circulación)	Mantener perfusión	Control de hemorragias, canalización de vías IV, inicio de fluidoterapia, monitorización de TA, FC, ECG.
D - Disability (Estado neurológico)	Evaluar estado neurológico	Escala de Coma de Glasgow, reacción pupilar, identificar déficit focal.
E - Exposure (Exposición)	Detectar lesiones ocultas	Retirar ropa, evaluar heridas, quemaduras, hipotermia y aplicar medidas de protección térmica.

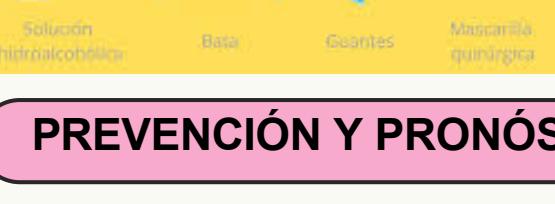
ATENCIÓN AL PACIENTE EN SITUACIÓN DE AMENAZA VITAL INMEDIATA

TRATAMIENTO INICIAL

- **Reanimación cardiopulmonar (RCP)** en caso de paro.
- **Soporte vital avanzado (SVA)** según guías (AHA/ILCOR).
- Administración de medicamentos de urgencia: adrenalina, amiodarona, fluidos IV, antibióticos (en sepsis).
- **Control de hemorragias:** compresión directa, torniquete si es necesario.
- **Desfibrilación/cardioversión** en arritmias graves.
- **Intubación orotraqueal** y ventilación mecánica si procede.



AISLAMIENTO PROTECTOR



MEDIDAS DE SEGURIDAD Y BIOSEGURIDAD

- Uso de equipo de protección personal (EPP).
- Aplicación de protocolos de aislamiento si hay sospecha de infección.
- Prevención de infecciones asociadas a dispositivos invasivos.

PREVENCIÓN Y PRONÓSTICO

- La detección temprana y el inicio rápido de maniobras de soporte vital mejoran la supervivencia.
- Capacitación continua del personal de salud en RCP básica y avanzada es fundamental.
- Mantener equipos y medicamentos de urgencia en condiciones óptimas (carro rojo).



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y CUIDADOS

- La atención de enfermería al paciente en situación de amenaza vital inmediata se basa en la aplicación rápida y ordenada de intervenciones siguiendo el ABC de la reanimación (Airway, Breathing, Circulation), priorizando siempre la vida y estabilizando al paciente hasta que se resuelva la causa.



1. A – Airway (Vía Aérea):

Objetivo: Mantener la vía aérea permeable y prevenir la obstrucción.

Intervenciones de Enfermería:

Valorar el nivel de conciencia (Escala de Coma de Glasgow).

Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino, cabeza en extensión si no hay trauma).

Realizar maniobras de apertura de vía aérea: frente-mentón o tracción mandibular si se sospecha lesión cervical.

Aspirar secreciones de cavidad oral y nasofaríngea.

Colocar cánula orofaríngea o nasofaríngea si es necesario.

Preparar y asistir en la intubación endotraqueal en caso de compromiso grave de vía aérea.

Vigilar signos de obstrucción (estridor, tiraje, cianosis).



2. B – Breathing (Respiración):

Objetivo: Garantizar una ventilación y oxigenación adecuadas.

Intervenciones de Enfermería:

Administrar oxígeno suplementario (mascarilla de alta concentración o bolsa-válvula-mascarilla).

Evaluando movimientos torácicos, frecuencia respiratoria, sonidos respiratorios y saturación de oxígeno (SpO₂).

Ventilar de forma manual con bolsa-válvula-mascarilla si el paciente no respira.

Notificar de inmediato si se requiere intubación o soporte ventilatorio avanzado.

Vigilar signos de insuficiencia respiratoria (cianosis, uso de músculos accesorios, disminución de SpO₂).



3. C – Circulation (Circulación):

Objetivo: Restaurar la perfusión tisular y prevenir paro cardiorrespiratorio.

Intervenciones de Enfermería:

Comprobar pulso central (carotídeo o femoral).

Iniciar compresiones torácicas de calidad si no hay pulso (RCP básica).

Canalizar una o dos vías venosas periféricas de calibre grueso.

Extraer muestras de laboratorio urgente (hemograma, electrolitos, gasometría).

Administrar líquidos IV según protocolo (cristaloides en shock hipovolémico).

Preparar y administrar medicamentos de urgencia indicados por el médico (adrenalina, amiodarona, vasopresores).

Vigilar signos vitales de forma continua.



4. D – Disability (Neurológico):

Objetivo: Detectar alteraciones neurológicas tempranas.

Intervenciones de Enfermería:

1. Traumatismo Craneoencefálico (TCE)

Manifestación neurológica: Disminución del nivel de conciencia, confusión, pupilas desiguales, convulsiones, déficit motor focal.

Valorar nivel de conciencia (Glasgow).

Controlar pupilas (tamaño y reactividad).

Proteger al paciente de lesiones (convulsiones, agitación).

Notificar cambios neurológicos inmediatamente.



5. E – Exposure (Exposición y Entorno):

Objetivo: Identificar lesiones ocultas y prevenir hipotermia.

Intervenciones de Enfermería:

Retirar ropa para inspeccionar lesiones, hemorragias o quemaduras.

Cubrir al paciente con mantas térmicas para evitar pérdida de calor.

Mantener entorno seguro y preparado para maniobras de reanimación.



FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.il3.ub.edu/blog/proceso-de-valoracion-de-pacientes-en-atencion-prehospitalaria/>.
2. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/triage.aspx>.
3. <https://www.mayoclinic.org/es/first-aid/first-aid-cpr/basics/art-20056600>.
4. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/triage>.
5. <https://vivolabs.es/10-sintomas-de-una-emergencia-medica/?srltid=AfmBOoqSEjdQVtStod7BlfErrW27obOF09AVNaNTCd6a20g4kU1jrjWL>.
6. <https://news.un.org/es/story/2019/01/1449582>.
7. https://consejo.unam.mx/comisiones/CES/docs/protocolos/Protocolo_para_la_atencion_de_urgencias_medicas_para_entidades_y_dependencias_externas.pdf.
8. https://revistaemergencias.org/wpcontent/uploads/2023/08/Emergencias-1995_7_6_284-289-289.pdf.
9. <https://www.umanresa.cat/es/comunicacion/blog/la-metodologia-abcde-como-herramienta-de-valoracion-del-paciente-en-emergencias>.
10. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008.