



Paciente urgente, Paciente crítico

Real Academia Española (RAE) – urgente. De *urgir* y *-nte*; lat. *urgens*, *-entis*

1. adj. **Que urge.**

Sinónimos: *apremiante, perentorio, inaplazable, impostergable, acuciante, inminente, imperioso, precisado.*

Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME) - urgente

1 [ingl. **urgent**] adj. Que urge o corre prisa.

2 [ingl. **urgent, emergency**] adj. De las urgencias médicas o relacionado con ellas.

3 [ingl. **emergency**] adj. Aplicado a una enfermedad: que es preciso atender y resolver cuanto antes.

4 [ingl. **emergency patient**] adj. Aplicado a un enfermo: que padece una enfermedad urgente.

Real Academia Española (RAE) – crítico. Del lat. *criticus*, y este del gr. κριτικός *kritikós*; la forma f., del lat. *critica*, y este del gr. κριτική *kritiké*.

Acepciones de la RAE de crítico:

2. Adj. Perteneciente o relativo a crisis.

3. Adj. Muy difícil o de mucha gravedad. “Estado crítico del herido.” *Crucial, decisivo, delicado, gave*

Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME) – crítico/ca.

2 [ingl. **critical**] adj. Aplicado a un momento, circunstancia o situación: delicado o sumamente grave.

Concepto de Paciente Urgente/Crítico

Nos llama la atención en esta aproximación a los conceptos de paciente urgente y crítico, la diferencia significativa de las acepciones que refiere la RANME con uno u otro término, ya que el término “urgente”, lo relaciona directamente con el ámbito sanitario, tanto con el área de urgencias médicas, enfermedades o enfermo; mientras que el término crítico, lo relaciona con una circunstancia o situación, a la que también califica de grave; pero no relaciona con la medicina o situación de un enfermo; sin embargo en la bibliografía científica de las ciencias de la salud, el paciente crítico y el paciente urgente están referenciados y diferenciados.

Paciente urgente.

Con relación a paciente urgente, se conceptualiza relacionando con la denominación “urgencias” que hace referencia a:

Urgencias: *Toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia o quien quiera que asuma la responsabilidad de llevar a un paciente al hospital, requiere una atención sanitaria inmediata* Asociación americana de medicina (AMA).

Urgencias:

“aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y de gravedad variable que produce la conciencia de una necesidad inminente de atención tanto por parte del sujeto como de su familia o allegados”. Organización mundial de la Salud (OMS)

Ambas definiciones, hacen referencia a la urgencia desde la percepción del usuario, ya que la demanda asistencial urgente, viene determinada en este sentido, aunque posteriormente y tras la valoración profesional el concepto de urgencias y/o emergencias se traslada a **una clasificación del nivel de gravedad** y viene definido por el **riesgo vital, la complejidad del problema que presenta el paciente y por el requerimiento en tiempo de manejo o terapéutica por parte de los profesionales sanitarios.**

Aunque hay diferentes tipos de clasificación, hemos creído oportuno referenciar por 5 niveles de acuerdo con los criterios mencionados (tiempo máximo de espera, requerido para la asistencia relacionado con el riesgo vital y la situación clínica del paciente con parámetros hemodinámicos y funcionales: (5)

- **Nivel I:** prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- **Nivel II:** situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- **Nivel III:** urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- **Nivel IV:** urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- **Nivel V:** no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos.

Al respecto, podemos realizar la inferencia con **paciente urgente**, entendiendo aquel que requiere una atención sanitaria inmediata o mediata, para atender un problema de salud que se produce de forma imprevista, fortuita o circunstancia inesperada, aguda o reagudizada.

La **calificación de emergencia** viene dada por el requerimiento de tiempos cortos de asistencia, así como el nivel de gravedad bien determinado por la complejidad y el nivel de riesgo para la vida del paciente.

En las unidades de urgencias ya sean extrahospitalaria como intrahospitalaria, se debe asistir a pacientes de cualquier nivel de gravedad, incluyendo pacientes críticos, que exigirá unos determinados recursos y una atención determinada y decisiones clínicas con relación al destino del paciente en función de la terapéutica y cuidados de enfermería que requieren, principalmente.

Paciente crítico.

Por su parte, la conceptualización de paciente crítico tiene que ver con el nivel de gravedad, a la vez que la complejidad terapéutica.

Paciente crítico: “El enfermo en estado crítico es el que padece una alteración de las funciones vitales que amenazan su vida, pero con posibilidades de recuperación; entre ellas se pueden señalar los episodios de insuficiencia respiratoria aguda, fracasos orgánicos cardíacos, hepáticos o renales, traumatismos severos, estado de shock y alteraciones metabólicas importantes” (6)

Paciente crítico: “Podríamos definir el paciente crítico como aquel que se encuentra en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/sistemas vitales poniéndole así en potencial o real compromiso vital. (7)(8)

Esta conceptualización la podemos ver recogida en la siguiente tabla (Tabla 1) que plantea una taxonomía o clasificación de niveles de gravedad, (5 niveles), por la AACN de los pacientes críticos, en relación a diferentes variables o criterios como la **estabilidad del paciente, la complejidad del proceso o problema, la vulnerabilidad del paciente, la capacidad de resiliencia del paciente, la capacidad de predicción de la evolución del problema, la disponibilidad de recursos** (7), para hacer frente al problema por parte del paciente y la capacidad del paciente para la toma de decisiones y la participación en los cuidados (7).

Los criterios establecidos en la tabla, nos permite inferir que el término “paciente crítico” no hace referencia únicamente al individuo ingresado en la unidad de enfermería intensiva, con un problema específico de salud, sino que puede extenderse a pacientes tratados en urgencias y emergencias.

En las unidades de cuidados intensivos, se establece una clasificación, en función de hallazgos clínicos y de laboratorio, para dar como resultado un puntaje, que tiene como finalidad predecir la mortalidad dada la gravedad y el pronóstico del paciente, y generalmente se aplican escalas como la APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*); por otra parte, es importante tener en cuenta que a nivel de cuidados de enfermería, en las unidades de cuidados intensivos, se utiliza escalas como la TISS (*Therapeutic Intervention Scoring System*), en la que valoración de las intervenciones terapéuticas que requiere el paciente calificado como crítico, da un nivel de cuidados determinado.

TABLA 1. Características del paciente crítico. Niveles de gravedad.

Criterios de clasificación	Definición	Nivel 1	Nivel 3	Nivel 5
Estabilidad	Habilidad para mantener el estado de equilibrio	Minimamente estable	Moderadamente estable	Muy estable
Complejidad	Compromiso de dos o más sistemas	Extremadamente complejo	Moderadamente complejo	Minimamente complejo
Vulnerabilidad	Susceptibilidad de desarrollar un problema en relación a factores de riesgo reales o potenciales	Extremadamente vulnerable	Moderadamente vulnerable	Minimamente vulnerable
Resiliencia	Capacidad de recuperación y de reestablecimiento de la funcionalidad a través de la puesta en marcha de mecanismos de compensación y afrontamiento	Minima capacidad de resiliencia	Moderada capacidad de resiliencia	Alta capacidad de resiliencia
Capacidad de predicción	Capacidad de crearse expectativas o de intuir la trayectoria o evolución que va a seguir el problema	Nula capacidad de predicción	Moderada capacidad de predicción	Alta capacidad de predicción
Disponibilidad de recursos	Existencia y disponibilidad de recursos para el abordaje del problema (recursos técnicos, fisiológicos, personales, psicológicos, sociales...) a nivel individual, familiar y de la comunidad.	Pocos o escasos recursos	Recursos moderados	Muchos recursos
Participación en el cuidado	Capacidad de implicación del individuo y la familia en los cuidados	No participación	Moderada participación	Completa participación
Participación en la toma de decisiones	Capacidad del individuo y la familia en la toma de decisiones con respecto a la gestión del problema de salud	No participación	Moderada participación	Completa participación

Fuente: AACN Certification Corporation (1997) Resource Booklet to be use in connection with AACN Certification Corporation Study of Practice Survey Booklet. AACN Certification Corporation, 101 Columbia, Aliso Viejo, CA 92656 (2).

<https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2152.pdf>

Por ello, consideramos que la identificación de un paciente crítico viene determinada por indicadores clínicos de requerimiento de actuación en un entorno en el que debe ser vigilado y controlado por la gravedad de sus alteraciones con relación a funciones corporales básicas y una necesidad de intervenciones terapéuticas en cortos espacios de tiempo, que de forma temporal puede ser en urgencias para ser derivado a UCI cuando así lo requiere sus necesidades en el tiempo, o altable a otra unidad si mejoran sus condiciones, desde la misma urgencias

Concepto de paciente crítico en urgencias

Desde el punto de vista de las definiciones establecidas, en una situación de urgencias y/o emergencias extra/intrahospitalaria, la valoración del estado clínico y el pronóstico con relación al riesgo vital, y la complejidad que supone el manejo el episodio, éste puede tener la calificación de **paciente crítico**, ya que requiere intervenciones rápidas y constante, como es el control hemodinámico, la perfusión de drogas vasoactivas, ventilación mecánica asistida, drenaje torácico, entubación endotraqueal, etc.,

Es indiscutible, que la atención del paciente crítico, en urgencias y emergencias o en unidades de cuidados intensivos, tienen, como no puede ser de otra manera, claras coincidencias, teniendo en cuenta los posibles diagnósticos, las intervenciones y los resultados que se pretende desde el punto de vista de enfermería.

La identificación de un paciente crítico, y su derivación desde la extrahospitalaria o intrahospitalaria directamente, tiene que ver la necesidad de una continuidad de cuidados, ya que el manejo inicial, y durante la asistencia en urgencias determina de manera importante en la evolución y el desenlace de aquellos pacientes de mayor gravedad (2)(10)(11)

La continuidad en la atención requiere de colaboración estrecha entre ambas áreas de actuación, para optimizar los resultados en la condición de salud de los pacientes (11). La enfermería de urgencia y la enfermería intensiva comparten una aproximación terapéutica enfermera, tanto en la valoración como en la planificación de estos pacientes críticos.

De hecho, al comparar los planes de cuidados de pacientes que son considerados críticos en urgencias y emergencias, así como en las unidades de enfermería intensiva, nos damos cuenta de que prácticamente el 90-95% de las intervenciones, y actividades y tareas son las mismas, lo cual conduce a pensar que las competencias de enfermería deben ser las mismas.

Al respecto, pensamos pues que deberíamos establecer dos tipos de nomenclatura, una que es la consecuencia de un triage (por requerimiento y tiempos de actuación), y otra por nivel de cuidados y complejidad clínica del paciente.

La utilización de protocolos asistenciales comunes, especialmente en pacientes cronodependientes y críticos,

abre una puerta a la atención intensiva en urgencias, tanto para urgenciólogos como para enfermería (que pretende la especialidad); hay datos que demuestran que pacientes con alta necesidad de cuidados, atendidos en urgencias, y que no tienen la consideración de paciente crítico, tienen más alta mortalidad; sin embargo, pacientes que han sido tratados precozmente en UCIs, han recuperado antes y mejor.

Extrayendo los datos del artículo *Medicina de urgencias y unidades de cuidados intensivos*. (2016) (10), queremos hacer referencia al estudio de Cardoso et al (11), que estudiaron 401 pacientes en UCI y la relación entre mortalidad y retraso en el traslado. La mortalidad del grupo de pacientes trasladados entre las 2 y 12 h desde su llegada a urgencia tuvieron una mortalidad de 43,4 versus 46,2% si la demora era de entre 12 a 18 y de 52% con entre 18 a 24 h de retraso. Los autores estimaron que, por cada hora de atraso de traslado a UCI, la mortalidad aumentaba 1,5%.

En el mismo artículo (10), se significa otros estudios (13); pero nos parece muy interesante, los resultados del estudio de cohorte con 619 pacientes con insuficiencia respiratoria o renal agudas, hospitalizados en UCI dentro de las primeras 24h de su ingreso al SU, ya que se encontró que existe un aumento en el RR de 6% por cada hora de demora en traslado. (14)

Por ello, y de acuerdo con los autores del artículo *referido*, extrapolamos al campo de la enfermería y consideramos que un manejo eficaz de pacientes críticos, considerados como tal, permitiría un área específico dentro de las urgencias, un mejor afrontamiento del cuidado, y un mejor flujo hacia las UCIs, ya que se establecería una misma línea terapéutica con los médicos de urgencias extra – intrahospitalaria, hasta la decisión de ser derivado a los intensivista, donde la enfermería continuaría con los cuidados del mismo paciente crítico, independientemente que la terapéutica fuera distinta.

Conclusión

El concepto de paciente urgente y crítico son diferentes; la urgencia y/o emergencias atiende a criterios de temporalidad en la atención prestada y en la complejidad de los requerimientos terapéuticos.

El paciente crítico es una calificación de una estado de salud, que puede incluirse dentro de la atención urgente, de emergencias o cuidados intensivos, ya que viene determinada por el requerimiento de vigilancia y control constante de la situación clínica y la aplicación de cuidados específicos, para lo que se requiere una competencia determinada.

Discusión

Amparados por esta tesis, y teniendo en cuenta que Enfermería trata al paciente crítico desde el punto de vista de la cobertura de las AVD, por las consecuencias biopsicosociales, de las patologías que presenta, y por los riesgos potenciales derivados de las alteraciones y

terapéutica requerida por el paciente; habría una continuidad de cuidados garante de calidad y seguridad clínica

Cambia la terapéutica médica, no cambian los cuidados de enfermería en este paciente crítico.

Bibliografía

1. Versión electrónica 23.7 del «Diccionario de la lengua española» de la Real Academia Española. <https://dle.rae.es/diccionario>
2. Diccionario de términos médicos, versión electrónica de acceso libre, en la unidad de terminología de la web oficial de la Real Academia nacional de la Medicina de España. <https://www.ranm.es/area-de-prensa/4717-nuevo-acceso-libre-al-diccionario-de-terminos-medicos-dtm-de-la-ranme.html>.
3. American Medical Association (AMA). Definition of "Emergency". Chicago: AMA; 2020 [citado 2 Mar 2025]. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1492§ionid=98857196#:~:text=As%C3%AD%2C%20la%20Asociaci%C3%B3n%20M%C3%A9dica%20Americana,%2C%20requiere%20atenci%C3%B3n%20m%C3%A9dica%20inmediata%C2%BB>.
4. Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos. OMS, web difusión. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513081> 2018.
5. Society of Critical Care Medicine (SCCM). What is critical care? [Internet]. 2023 [citado 2 Mar 2025]. Disponible en: <https://www.sccm.org/communications/critical-care-statistics>.
6. Consejo General de Enfermería. Actuación de la Enfermera/o en el ámbito de los cuidados en situaciones de Urgencias y Emergencias. Documento de trabajo. Edita el Instituto español de investigación enfermera y Consejo general de Enfermería de España. Noviembre 2020. Versión electrónica. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competencias-enfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1392-actuacion-de-la-enfermera-o-en-el-ambito-de-los-cuidados-en-situaciones-de-urgencias-y-emergencias>
7. Teresa González Gil. Introducción al paciente crítico. Editorial Universitaria Ramón Areces. la Universidad book-attachment-2152, <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-2152.pdf>
8. Oscar Vera-Carrasco. Los enfermos en estado crítico y las medidas de soporte vital en las unidades de cuidados intensivos. Cuad. - Hosp. Clín. [Internet]. 2022 Jun [citado 2025 Mar 10]; 63(1): 76-82. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762022000100011&lng=es.
9. AACN Standars for Stablishing and sustaining Healthy Work Enviroments. AACNAmerican A Journet too Excellence, 2ª edition 2005. Columbia Disponible en: https://www.aacn.org/wd/hwe/docs/hwestandard_s.pdf
10. Soler, W., Gómez Muñoz, M., Bragulat, E., & Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(Supl. 1), 55-68. Recuperado en 14 de mayo de 2018, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es&tlng=es
11. Bárbara A. Lara, Alejandro Cataldo, Ricardo Castro, Pablo R. Aguilera, Carolina Ruiz, Max Andresen. Medicina de urgencia y unidades de cuidados intensivos. Una alianza necesaria en busca de la mejoría de la atención de pacientes críticos Rev. méd. Chile vol.144 no.7 Santiago jul. 2016 <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000700014>
12. Nguyen HB, Rivers EP, Havstad S, Knoblich B, Ressler JA, Muzzin AM, et al. Critical care in the emergency department: A physiologic assessment and outcome evaluation Acad Emerg Med 2000; 7 (12): 1354-61.
13. Lucienne TQ Cardoso, Cintia MC Grion*, Tiemi Matsuo, Elza HT Anami, Ivanil AM Kauss, Ludmila Seko, Ana M Bonametti, et al. Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. Crit Care 2011; 15 (1): R28. DOI: 10.1186/cc9975. Epub 2011. <http://ccforum.com/content/15/1/R28>
14. Cline SD, Schertz RaK, Feucht EC. Expedited admission of patients decreases duration of mechanical ventilation and shortens ICU stay. Am J Emerg Med 2009; 27 (7): 843-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.04.018>
15. Duke G, Green J, Briedis J. Survival of critically ill medical patients is time-critical. Crit Care Resusc. 2004 Dec;6(4):261-7. PMID: 16556104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16556104/>
16. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Impact of delayed transfer of critically ill patients from the emergency department to the intensive care unit. Crit Care Med 2007; 35 (6): 1477-83. DOI: [10.1097/01.CCM.0000266585.74905.5A](https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000266585.74905.5A)
17. Nicolás, J. M.a., Ruiz Moreno, Javier., Jiménez Fábrega, Xavier. Enfermo crítico y emergencias. 2ª edición – libro electrónico. España: Elsevier, Diciembre 2020. https://books.google.com.pa/books?id=NeALEAAAOB-AJ&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false