

EDITORIAL

Esperar para ingresar: la frontera crítica del servicio de urgencias*Waiting for admission: the emergency department's critical frontier*

César Carballo Cardona

Cuánto tiempo debe esperar un paciente en urgencias hasta disponer de una cama para su hospitalización es más que una cuestión organizativa. Es, en muchos casos, una cuestión de vida o muerte. En los últimos años, diversos estudios han analizado el impacto de las estancias prolongadas en urgencias sobre la evolución de los pacientes hospitalizados, con resultados dispares y limitaciones metodológicas. Sin embargo, los dos estudios que se publican en EMERGENCIAS –el estudio multicéntrico EDEN-18¹ y un análisis unicéntrico del CHUS de Santiago de Compostela²– arrojan nueva luz sobre este problema de creciente relevancia asistencial.

El estudio EDEN-18, desarrollado por Miró *et al.* desde la red SIESTA, analiza a más de 6.300 pacientes mayores de 65 años hospitalizados tras su paso por 52 servicios de urgencias hospitalarios españoles. Su principal hallazgo es que tanto una estancia corta (< 12 horas) como una prolongada (> 12 horas) en urgencias se asocian a una mayor mortalidad intrahospitalaria, describiendo una relación en la curva de supervivencia en forma de “U”. Además, en este estudio, las estancias prolongadas en urgencias se vinculan claramente con una mayor probabilidad de hospitalización posterior prolongada (> 7 días). Este hallazgo, que ha sido ajustado por comorbilidad, situación funcional y signos vitales, aporta evidencia sólida de que el tiempo que un paciente espera en urgencias no es un factor neutro, sino un factor determinante en su evolución. Particularmente relevante es que los efectos negativos son más pronunciados en subgrupos vulnerables como los pacientes con hipotensión, limitación funcional o edad menor de 80 años sin caídas previas, lo que permite señalar líneas de actuación prioritaria.

Este estudio destaca además por su diseño multicéntrico y representativo, pues abarca hospitales de todos los niveles asistenciales del sistema sanitario español, lo que otorga a sus conclusiones una alta validez externa. La colaboración multicéntrica de la red SIESTA pone de relieve la utilidad de los registros clínicos estructurados como base sólida para generar conocimiento útil y aplicable a la práctica asistencial en urgencias. Además, estos registros son fundamentales para el desarrollo de modelos de inteligencia artificial y aprendi-

zaje automático (*machine learning*), que permitirán en el futuro anticipar riesgos, optimizar circuitos asistenciales y apoyar la toma de decisiones en tiempo real. Otro punto fuerte del trabajo de Miró *et al.* es el enfoque centrado en la población geriátrica, un colectivo frecuentemente excluido o infrarrepresentado en estudios de impacto organizativo y asistencial, que es el que más puede beneficiarse de la reducción en los tiempos de ingreso. Este enfoque permite extraer conclusiones específicas para una población de alta prevalencia en urgencias, con implicaciones clínicas y de gestión directas.

Además, el uso de modelos multivariantes que tienen en cuenta la fragilidad, las comorbilidades y los signos clínicos iniciales permiten obtener resultados más fiables, al reducir el riesgo de que la gravedad previa del paciente distorsione las conclusiones. La forma en “U” hallada en la relación entre tiempo de estancia y mortalidad es un hallazgo original que merece atención. Este patrón se explica, en buena parte, por la implantación de circuitos asistenciales específicos para patologías tiempo-dependientes –como el infarto agudo de miocardio, el ictus o el tromboembolismo pulmonar– que conducen a una hospitalización muy rápida de pacientes con elevada gravedad clínica. Esta vía directa, aunque eficiente desde el punto de vista organizativo, agrupa en el extremo de estancias cortas a pacientes con alta morbimortalidad, lo que distorsiona la curva y genera ese perfil en “U”. Lejos de restar valor a los datos, esta peculiaridad pone de relieve la fiabilidad de los registros clínicos estructurados empleados, capaces de reflejar dinámicas asistenciales reales con un notable grado de precisión.

El segundo estudio, realizado en el CHUS de Santiago de Compostela, analiza más de 21.000 ingresos en especialidades médicas durante los años 2022-2023. Encuentra una estancia media en urgencias de 22,8 horas, con un 61% de ese tiempo destinado a procesos administrativos. Aunque en el análisis univariante se observa una mayor mortalidad en los pacientes con estancias prolongadas, esta asociación desaparece en el análisis multivariante, en el que la edad avanzada y el ingreso en camas “ectópicas” (fuera del

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Autor para correspondencia: César Carballo Cardona. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid, España.

Correo electrónico: ccarballo50@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 22-7-2025. Aceptado: 23-7-2025. Online: 26-8-2025.

Editor responsable: Òscar Miró.

DOI: XXXX

Avance online de artículo en prensa

servicio de destino) destacan como factores independientes de riesgo. Este hallazgo subraya que el problema no es solo el tiempo, el cuándo del ingreso, sino también el cómo y el dónde.

La principal fortaleza del estudio del CHUS reside en su tamaño muestral, muy superior al de otros trabajos publicados previamente en España. Con más de 21.000 pacientes incluidos, ofrece una visión cuantitativa potente del impacto de la espera en urgencias sobre los pacientes que ingresan en servicios médicos. Asimismo, el uso de datos reales del sistema de información hospitalario aporta una visión fiel del funcionamiento real de los servicios, y evita los sesgos propios de registros voluntarios o encuestas clínicas.

Un aspecto notable es la identificación del ingreso en camas ectópicas como factor independiente de mortalidad. Este hallazgo subraya una dimensión menos explorada del problema: no basta con reducir los tiempos de espera, sino que debe garantizarse una correcta asignación del lugar de hospitalización. La deslocalización asistencial, frecuente en contextos de saturación, puede conducir a una fragmentación del cuidado y a una menor adherencia a protocolos clínicos. Esta variable representa una oportunidad clara para mejorar los resultados mediante una gestión más racional de las camas disponibles.

La saturación de los servicios de urgencias es un problema bien conocido en España³ y Europa⁴. La falta de camas disponibles, el uso inadecuado de urgencias como vía administrativa de ingreso, o la infrautilización de alternativas como la hospitalización a domicilio³, son factores que contribuyen a este cuello de botella. En este escenario, los hallazgos de EDEN-18 son especialmente válidos: incluso sin complicaciones clínicas evidentes, la mera espera en urgencias puede incrementar la morbilidad.

Las consecuencias de estos estudios son directas. Primero, es necesario establecer tiempos máximos aceptables para la estancia en urgencias tras la decisión de ingreso. Segundo, deben priorizarse los traslados a planta de pacientes vulnerables (hipotensos, frágiles, ancianos). Tercero, urge replantear circuitos de hospitalización y liberar camas con estrategias como las altas antes del mediodía o la hospitalización a domicilio⁵. Cuarto, la implantación de unidades de atención al paciente institucionalizado (UAPI) ha demostrado su eficacia para reducir estancias en urgencias, mejorar la supervivencia y optimizar la atención a pacientes frágiles⁶. Estas unidades permiten una valoración geriátrica precoz, previenen complicaciones y facilitan transiciones seguras entre niveles asistenciales. Quinto, el uso de triaje estructurado y herramientas informatizadas ha demostrado ser útil para identificar precozmente a pacientes con mayor riesgo, lo cual favorece decisiones más ajustadas a la gravedad (por ejemplo, priorizando el ingreso) y mejora el pronóstico global de los pacientes atendidos en urgencias⁷.

El impacto del retraso no es solo clínico. También afecta a la experiencia del paciente, a la sobrecarga del personal y a la eficiencia del sistema. Como señala

Connolly⁸, alcanzar una medicina de urgencias de alta calidad en España requiere no solo el reconocimiento de la especialidad, sino que es imprescindible reforzar la dotación de recursos y profesionales. Conviene recordar que, según estimaciones recientes, los servicios de urgencias se encuentran entre los dispositivos más afectados por el déficit de médicos en el sistema público⁹. Este problema no hará sino agravarse cuanto más se retrase la reacción de los gestores, y solo podrá revertirse con una inversión decidida que garantice unos servicios de urgencias sostenibles y eficaces para el futuro del sistema sanitario en España.

Los dos estudios que se publican en EMERGENCIAS ofrecen claves para repensar los circuitos de hospitalización una vez tomada la decisión de ingreso, realizando una evaluación clínica (que con el desarrollo de la inteligencia artificial podrá ser automática), ajustada al perfil de riesgo, priorizando a los pacientes más frágiles en la asignación de cama y evitando demoras innecesarias¹⁰. Es decir, una vez decidido el ingreso hospitalario, los servicios deberían disponer de protocolos de priorización interna que aceleren el traslado de los pacientes de mayor vulnerabilidad, ayudados por los gestores del hospital. Y todo ello debe contar con el respaldo de las consejerías de sanidad, que deben implementar indicadores de demora clínica aceptable, ayudando a identificar precozmente cuellos de botella y a justificar decisiones organizativas a nivel macro. La incorporación de soluciones tecnológicas como tableros digitales de gestión de camas, predicción de altas o priorización de traslados podría mejorar la eficiencia sin requerir grandes recursos estructurales. Tal como demuestran Urbina *et al.*¹¹, los factores de complejidad en la atención deben estar presentes en la toma de decisiones también desde el punto de vista organizativo, y no solo clínico.

Por otra parte, ambos estudios presentan limitaciones. El estudio EDEN-18 es un análisis secundario de una cohorte con inclusión por episodios, y el estudio desarrollado en el CHUS se basa en datos administrativos de un solo centro. Sin embargo, la coincidencia de sus hallazgos refuerza la validez externa de sus conclusiones.

En definitiva, ambos trabajos suponen una llamada de atención. No se trata solo de mejorar los tiempos de espera en urgencias: se trata de repensar el modelo asistencial para una población más envejecida, frágil y con necesidades complejas. Como ha señalado Piñera Salmerón¹², el inicio de la residencia de Medicina de Urgencias debe acompañarse de reformas estructurales que permitan aprovechar su potencial. Con todo, la respuesta a la pregunta que plantea al inicio de este editorial no es sencilla, pero sí es urgente. En este sentido, estudios como el EDEN-18 y el análisis del CHUS aportan evidencia que indica que es necesario reducir las estancias prolongadas en urgencias una vez tomada la decisión de ingreso. Para lograrlo, resulta prioritario establecer tiempos máximos aceptables, optimizar los circuitos de hospitalización (o evitarlos con unidades de hospitalización a domicilio) y priorizar a los pacientes más vulnerables. Solo así podremos avanzar hacia un

Avance online de artículo en prensa

sistema sanitario más seguro, eficiente y humano, centrado en las necesidades reales de los pacientes.

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Financiación: El autor declara la no existencia de financiación en relación con el presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

Bibliografía

- 1 Sánchez Marcos C, Espinosa B, Coloma E, San Inocencio D, Pilarcikova S, Guzmán Martínez S, et al. Análisis de seguridad y eficiencia de la hospitalización a domicilio directamente desde urgencias en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda. *Emergencias*. 2023;35:176-84.
- 2 Petrino R, Morgans A, Derlet RW, Miró Ò. Emergency Department Crowding: A Global Perspective. *Eur J Emerg Med*. 2023;30:161-8.

- 3 Maestre-Orozco T, Ramos-Rincón JM, Espinosa B, Marín-Aparicio J, Botella Quijal F, Botella Rocamora P, et al. Mortalidad tras el alta desde el servicio de urgencias hospitalario: análisis de 453.599 episodios. *Emergencias*. 2024;36:168-78.
- 4 Comunidad de Madrid HU 12 de O. Impacto de las Unidades de Atención al Paciente Institucionalizado (UAPI) en los servicios de urgencias. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2023.
- 5 Llorens P, Miró Ò, Gil V, Jacob J, Herrero P, Martín-Sánchez FJ, et al. Utilidad del triaje estructurado en el pronóstico de los pacientes atendidos en urgencias. *Emergencias*. 2022;34:79-87.
- 6 Connolly J. La aprobación de la Medicina de Urgencias y Emergencias como especialidad en España: otro país más que se suma al interés por alcanzar una medicina de alta calidad siguiendo los estándares europeos. *Emergencias*. 2024;36:324-5.
- 7 Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Informe sobre déficit de médicos en los servicios de urgencias hospitalarios. CESM; 2023.
- 8 Miró O, Llorens P, Gil V, López Díez MP, Jacob J, Herrero P, et al. Decisión de hospitalización o alta en pacientes con insuficiencia cardíaca aguda en urgencias, su adecuación con la gravedad de la descompensación e impacto pronóstico. *Emergencias*. 2023;35:261-9.
- 9 Urbina A, Juvé-Udina ME, Romero-García M, Delgado-Hito P, González-Samartino M, Adamuz J. Factores de complejidad de cuidados asociados a la reconsulta en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2023;35:245-51.
- 10 Piñera Salmerón P. Impacto esperado del inicio de la residencia en Medicina de Urgencias y Emergencias en los hospitales españoles. *Emergencias*. 2024;36:334-6.