

EDITORIAL

La permanencia innecesaria en urgencias: una amenaza silenciosa para la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario*Unnecessary stays in the emergency department: a silent threat to patient safety and healthcare system efficiency*Roberto Gómez Pescoso^{1,2}

Los servicios de urgencias (SUH) fueron concebidos como espacios de atención inmediata para condiciones agudas y potencialmente letales. Sin embargo, en las últimas décadas, en algunos hospitales han evolucionado –o más bien involucionado– hacia unidades de atención prolongada, donde los pacientes permanecen innecesariamente durante horas o incluso días, a la espera de decisiones diagnósticas, terapéuticas o administrativas. Este fenómeno, conocido como *boarding* o “estancia prolongada en urgencias previa a la hospitalización”, se ha normalizado en muchos sistemas sanitarios, a pesar de su asociación directa con peores resultados clínicos y mayor mortalidad¹.

Numerosos estudios norteamericanos han documentado que la estancia prolongada en urgencias se correlaciona con un aumento significativo en eventos adversos, infecciones nosocomiales, errores de medicación y mortalidad hospitalaria²⁻⁴. La falta de privacidad, el estrés ambiental, la sobrecarga de los profesionales y la escasa capacidad para poder hacer un seguimiento clínico adecuado incrementan los riesgos, sobre todo en los pacientes más vulnerables.

En este número de EMERGENCIAS se publican 2 trabajos sobre esta estancia prolongada y sus efectos sobre la mortalidad intrahospitalaria y otros eventos adversos. El trabajo de Fernández Castro *et al.*, retrospectivo y unicéntrico, presenta un SUH y un hospital cercano al funcionamiento ideal, donde los 8,5% pacientes que precisaron ingreso (21.984) lo hicieron en 23 horas de media, y solo un 6,3% superó las 24 horas⁵. Por el contrario, en el estudio EDEN-18, de tipo multicéntrico y prospectivo (6.333 pacientes), si bien la mediana de estancia preingreso fue de 6 horas, presentaban una estancia en urgencias previa al ingreso superior a las 24 horas del 19,47%, lamentablemente una cifra más cercana a la cifra real en muchos SUH de España⁶. De forma similar, en un metanálisis reciente, Singer *et al.* encontraron que los pacientes que permanecen más de 6 horas en urgencias tienen un 34% más de probabilidades de morir durante la hospitalización

en comparación con aquellos que son admitidos rápidamente⁷. Además, la permanencia innecesaria de pacientes en urgencias impide la adecuada atención de nuevos casos urgentes, lo que constituye una amenaza en términos de seguridad clínica y salud pública^{8,9}.

El *boarding* no solo afecta a los pacientes. Los profesionales sanitarios de urgencias se enfrentan en muchas ocasiones a una sobrecarga crónica de trabajo que deteriora su bienestar físico y mental, favorece el *burnout* (agotamiento) y reduce su capacidad de tomar decisiones clínicas adecuadas¹⁰. Un entorno caótico y la presión por gestionar simultáneamente pacientes agudos y pacientes ya tratados, pendientes de decisiones administrativas o clínicas no urgentes, genera fatiga, frustración y errores evitables. El problema se convierte, así, en un círculo vicioso: la sobrecarga alimenta la ineficiencia, y la ineficiencia perpetúa la sobrecarga. El *boarding* en urgencias también plantea dilemas éticos. La justicia distributiva se ve comprometida cuando el acceso a atención depende del tiempo de espera y no de la gravedad clínica. Además, los grupos vulnerables son los más afectados por esta sobrepermanencia, perpetuando la inequidad en salud^{11,12}.

Como recientemente ha manifestado Carballo en esta Revista, la permanencia innecesaria en urgencias no es un fallo individual atribuible a un SUH, sino el reflejo de múltiples deficiencias sistémicas, un dato de ineficiencia del hospital y de sus gestores⁸.

Como causas estructurales de estas ineficiencias podemos citar la falta de camas hospitalarias disponibles para ingresos desde urgencias, las demoras en procesos administrativos o diagnósticos, la ausencia de protocolos de alta rápida en las plantas de hospitalización y el inadecuado acceso a atención primaria y especializada. Pero existe una situación especialmente preocupante dentro de la permanencia innecesaria en urgencias, los llamados pacientes sociales: personas que, tras haberse resuelto su cuadro clínico, no pueden ser dadas de alta por razones no médicas, como la ausencia de familia, la falta de recursos familiares o sociales para su cuidado

Filiación de los autores: ¹Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Departamento de Medicina Física y Farmacología, Universidad de La Laguna, Tenerife, 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: Roberto Gómez Pescoso. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Ctra. Gral. del Rosario, 145. 38010 Santa Cruz de Tenerife, España.

Correo electrónico: pescosor@gmail.com

Información del artículo: Recibido: 28-7-2025. Aceptado: 29-7-2025. Online: 5-9-2025.

Editor responsable: Oscar Miró.

DOI: 10.55633/s3me/080.2025

Avance online de artículo en prensa

en domicilio, el abandono, el hacinamiento, la falta de recursos para el autocuidado o la no disposición de plazas en centros sociosanitarios. Estos pacientes –frecuentemente ancianos frágiles, personas sin hogar, migrantes en situación irregular o individuos con trastornos mentales– permanecen días o semanas ocupando camillas de urgencias o camas hospitalarias, no por necesidad clínica, sino por falta de alternativas socioasistenciales. Este fenómeno refleja una peligrosa medicalización de los problemas sociales, que transforma las urgencias en “refugios de último recurso” ante la ineficacia o insuficiencia de los servicios sociales. Además del evidente colapso operativo que esto provoca, expone a estos pacientes a un ambiente clínicamente inapropiado, donde corren riesgo de sufrir iatrogenia, *delirium*, caídas y aislamiento emocional¹³.

La falta de coordinación entre sistemas sanitarios y sociales, junto con la escasa inversión en residencias, centros de estancia breve o programas de cuidado domiciliario, perpetúan esta situación. Es por ello urgente desarrollar protocolos de alta social, acuerdos intersectoriales y unidades de trabajo social con capacidad resolutoria, capaces de intervenir precozmente en estos casos para evitar que la solución médica se vea anulada por el abandono estructural.

Por otro lado, el uso ineficiente de las urgencias como áreas de hospitalización improvisada incrementa los costos de forma desproporcionada. Atender a un paciente en urgencias es más costoso que hacerlo en una unidad convencional, y al mismo tiempo se reduce la productividad del propio SUH y la capacidad de gestión de los responsables de urgencias¹⁴. Un estudio realizado en Canadá estimó que el costo adicional asociado al *boarding* superaba los 1.000 millones de dólares anuales¹⁵. En países con menos recursos, este impacto es aún más devastador, pues se traduce en pérdida de vidas por demoras evitables.

Uno de los factores clave para mejorar la calidad asistencial en urgencias y reducir la sobrepermanencia es contar con personal médico y de enfermería especializado en medicina de urgencias y emergencias¹⁶⁻¹⁸. Los profesionales con formación específica están mejor preparados para gestionar escenarios complejos¹⁹, tomar decisiones clínicas eficientes²⁰ y coordinar con otros niveles asistenciales. Los SUH de urgencias liderados por estos especialistas presentan menores tiempos de estancia, menos ingresos innecesarios y mayor eficiencia diagnóstica²¹. Además, estos equipos tienden a identificar precozmente a los pacientes con alta médica, pero sin red de apoyo social, por lo que facilitan su derivación temprana a trabajo social o unidades de continuidad asistencial. La profesionalización del equipo de urgencias no solo mejora los resultados clínicos, sino que disminuye el riesgo de cronificación del paciente social en urgencias, y contribuye a liberar recursos y proteger la función esencial del servicio.

Otro dato que aporta el trabajo de Miró *et al.* es el punto de corte de 12 horas como nuevo criterio de gestión de urgencias, en base al empeoramiento de los resultados clínicos a partir de este límite temporal, algo

que no hemos visto antes observado en la literatura y que, con estudios con mayor número de pacientes, puede aportar información valiosa, frente al paradigma actual de las 24 horas como estancia máxima aceptada en urgencias⁶. De hecho, en el trabajo de Fernández Castro *et al.*, un 38% de los pacientes presentaron una estancia preingreso superior a 12 horas⁵.

La permanencia innecesaria en urgencias no es solo una molestia logística: es un problema grave de salud pública. Sus consecuencias abarcan desde la mayor mortalidad hasta la sobrecarga del personal y el colapso del sistema. No actuar frente a esta situación equivale a aceptar un modelo de atención ineficiente, inseguro e injusto. Urge que las autoridades sanitarias, los gestores hospitalarios y los profesionales clínicos asuman un compromiso común para erradicar esta práctica y devolver a las urgencias su verdadero propósito: salvar vidas, no estancarlas.

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 al presente artículo.

Responsabilidades éticas: El autor ha 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 encargado y con revisión interna por el Comité Editorial.

Bibliografía

- Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS One*. 2018;13:e0203316.
- Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med*. 2011;18:1324-9.
- Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, et al. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 2013;61:605-611.e6.
- Alshyab MA, FitzGerald G, Dingle K, Ting J, Bowman P, Kinnear FB, et al. Developing a conceptual framework for patient safety culture in emergency department: A review of the literature. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34:42-55.
- Fernández Castro I, Mayán Conesa P, Franco Álvarez M, Barba Queiruga JR, Fernández Cambeiro M, Casariego Vales E. Influencia del tiempo de estancia en urgencias en la mortalidad hospitalaria en un hospital español de tercer nivel. *Emergencias*. 2025;37:353-9.
- Miró O, Rodríguez-Cabrera M, Alquézar-Arbé A, Piñol C, González del Castillo J, Burillo-Putze G. Tiempo de permanencia en urgencias de los pacientes hospitalizados y los resultados a corto plazo (Estudio EDEN-18). *Emergencias*. 2025;37:343-52.
- Singer AJ. The effect of emergency department crowding on outcomes in admitted patients: A retrospective cohort study. *BMJ Open*. 2021;11:e042226.
- Carballo Cardona C. Servicios de urgencias en situación crítica: hacia un marco de identificación y actuación estructural. *Emergencias*. 2025;37:301-3.
- Medina Ortega JA, Rivas Jáuregui I, Urrutia Beaskoa A, Álvarez-Rodríguez E. Uso de sujeciones físicas en ancianos atendidos en un servicio de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Urg Emerg*. 2023;2:24-9.
- West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. 2018;283:516-29.
- Hwang U, Morrison RS. The geriatric emergency department. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:1873-6.
- Claassen CA. Psychiatric emergency services and the boarding of psychiatric patients in emergency departments. *Psychiatr Serv*. 2008;59:741-5.
- Alonso-Babarro A. Alta médica sin alta social: el papel de los servicios sociales sanitarios. *Gac Sanit*. 2018;32:436-9.
- Baloesu C, Kinsman J, Ravi S, Parwani V, Sangal RB, Ulrich A, et al.

Avance online de artículo en prensa

- The cost of waiting: Association of ED boarding with hospitalization costs. *Am J Emerg Med.* 2021;40:169-72.
- 15 Canadian Institute for Health Information (CIHI). Overcrowded emergency departments: A cost analysis. Ottawa; 2021.
- 16 Llorens P. Me ilusionan las urgencias.... *Rev Esp Urg Emerg.* 2024;3:3-4.
- 17 Allande-Cussó R, Gómez-Salgado J. La especialización en enfermería de urgencias: un impulso esencial para la calidad y seguridad en la atención en urgencias y emergencias. *Emergencias.* 2024;36:389-90.
- 18 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.
- 19 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.
- 20 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 cardiaca aguda. *Emergencias.* 2023;35:176-84.
- 21 Miró O, Llorens P, Gil V, López Díez MP, Jacob J, Herrero P, et al. Decisión de hospitalización o alta en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda en urgencias, su adecuación con la gravedad de la descompensación e impacto pronóstico. *Emergencias.* 2023;35:261-9.