

## EDITORIAL

## Estancia en urgencias previa a la hospitalización: ¿una espera que mata?

*Time spent in the emergency department prior to hospitalization: a wait that kills?*

Pere Llorens

La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y la retención de pacientes pendientes de ingreso representan una crisis estructural global que compromete directamente la calidad y la seguridad asistencial<sup>1,2</sup>. Sin embargo, los médicos de urgencias se enfrentan a una apremiante paradoja: mientras la vivencia clínica diaria sugiere un claro deterioro del pronóstico en los pacientes retenidos en urgencias, grandes estudios epidemiológicos a este respecto muestran resultados aparentemente neutros o discordantes. Los tres trabajos publicados en este número de EMERGENCIAS<sup>3-5</sup> abordan esta contradicción desde perspectivas complementarias –metanalítica, observacional y de modelización clínica– ofreciendo un mapa conceptual imprescindible para redefinir el problema.

El riguroso metanálisis actualizado por Di Paolo *et al.*<sup>3</sup>, que sintetiza datos de 22 estudios y más de 9,3 millones de pacientes, concluye que no existe una asociación global estadísticamente significativa entre el tiempo de estancia en urgencias (TEU) y la mortalidad intrahospitalaria (OR = 1,02; IC 95%: 0,85-1,23). Este trabajo destaca por su exhaustividad metodológica y por la estratificación en múltiples puntos de corte temporales. No obstante, la gran lección de este estudio es demostrar que medir el tiempo total bruto desde la admisión en urgencias hasta el traslado a planta resulta insuficiente. Como reconocen los propios autores, la extrema heterogeneidad de la literatura y la imposibilidad de diferenciar el tiempo asistencial médico del tiempo que transcurre desde que se decide el ingreso hasta que el paciente sale del SUH (*boarding time*) diluyen el problema y las conclusiones. Agrupar bajo una misma métrica a sistemas con diferente disponibilidad de camas enmascara dos fenómenos de signo opuesto: mientras que el tiempo dedicado a la atención médica activa en urgencias podría tener un efecto protector –al garantizar la evaluación continua y la estabilización precoz del paciente agudo–, es la espera inerte por una cama o la necesidad de pernoctar en el SUH lo que verdaderamente compromete la seguridad. Aunque esta dicotomía constituye hoy una hipótesis razonable que deberá ser confirmada por futuros estudios o meta-

nálisis específicos que aislen ambas fases, se evidencia que el reloj de urgencias no mide una variable homogénea, sino dos realidades clínicas radicalmente distintas.

En esta misma línea de matización epidemiológica, Fernández-Cisnal *et al.*<sup>4</sup> analizan la cohorte MIMIC-IV en un hospital de Boston con baja saturación y una baja tasa de pernoctación. Su análisis principal no halló relación entre pernoctar en el SUH una vez decidida la hospitalización y la mortalidad intrahospitalaria (OR = 1,21; IC 95%: 0,56-2,60). La solidez de este estudio reside en una categorización temporal impecable que separa el tiempo hasta la decisión médica de la espera de cama, así como en el control del sesgo de tiempo inmortal mediante un análisis de referencia temporal (OR = 1,64; IC 95%: 0,75-3,59). Sin embargo, su debilidad clave es la baja representatividad de su cohorte: en un centro donde pernoctar es la excepción, la cama se asigna de forma prioritaria al paciente más grave, quedando en urgencias los casos más estables. Esto queda demostrado en su análisis de sensibilidad sin requerir orden formal de ingreso, donde pernoctar mostró un inverosímil efecto “protector” (OR = 0,68; IC 95%: 0,48-0,97) fruto del sesgo de selección clínica. Por tanto, sus hallazgos no pueden extrapolarse a sistemas con saturación sistémica como el español.

Pero todos conocemos que las demoras prolongadas no ocurren en el vacío, sino en espacios de urgencias frecuentemente “inadecuados”. En un reciente estudio multicéntrico prospectivo en 165 SUH del Reino Unido<sup>6</sup>, casi uno de cada cinco pacientes recibía asistencia en áreas de “escalada”, predominantemente pasillos y ubicaciones no clínicas. Esta práctica rutinaria despoja al enfermo de intimidad, genera privación de sueño y compromete gravemente la seguridad clínica y una monitorización correcta que añade un efecto no protector a estos pacientes con TEU prolongados.

Para superar las limitaciones de la epidemiología observacional, Carballo *et al.*<sup>5</sup> aportan en este número de EMERGENCIAS una herramienta disruptiva: la calculadora Límite 24 horas. Al aplicar la fracción atribuible en expuestos, esta herramienta convierte los riesgos relati-

**Filiación de los autores:** Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y Hospitalización a Domicilio, Hospital General Dr. Balmis, ISABIAL, Universidad de Alicante, Alicante, 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:** Pere Llorens. Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y Hospitalización a Domicilio. Hospital General Dr. Balmis. Av. Pinto Baeza 12. 03010 Alicante, España.

**Correo electrónico:** llorens\_ped@gva.es

**Información del artículo:** Recibido: 12-9-2026. Aceptado: 14-9-2026. Online: 15-9-2026.

**Editor responsable:** Òscar Miró.

**DOI:** 10.55633/s3me/110.2026

vos descritos en la literatura en un impacto absoluto y cuantificable sobre la población. Aplicado a una cohorte real de 8.439 pacientes de 75 o más años, el modelo estimó que reducir las estancias superiores a 24 horas evitaría 124 muertes anuales en el escenario base ( $RR = 1,3$ ) y hasta 239 en escenarios de mayor vulnerabilidad ( $RR = 1,8$ ). La gran virtud del modelo es convertir estimaciones abstractas en una métrica tangible para gestores y políticos sanitarios. Su limitación estriba en su naturaleza teórica basada en datos agregados, lo que exige prudencia al asumir causalidad individual directa.

Estos hallazgos cobran verdadero sentido al contrastarse con la evidencia previa en España. Fernández Castro *et al.*<sup>7</sup> demostraron en un hospital de tercer nivel que el 61,4% del tiempo total en el SUH se consume en procesos administrativos y de ubicación, y que el ingreso en cama ectópica es un predictor independiente de mortalidad. Asimismo, el estudio multicéntrico EDEN-18<sup>8</sup> evidenció que las estancias prolongadas en pacientes mayores incrementan significativamente el riesgo de hospitalización posterior superior a 7 días y de mortalidad. Debemos recordar la máxima: “El anciano no es el causante del colapso en urgencias, sino su víctima más vulnerable”<sup>9,10</sup>.

Como urgenciólogos, debemos proclamar una postura firme y original: el tiempo de estancia no mata por una constante biológica matemática, sino cuando la inercia organizativa convierte un área de diagnóstico y tratamiento agudo como son los SUH en un almacén de cuidados no estructurados<sup>11-13</sup>. La neutralidad de los metanálisis no es un salvoconducto para la inacción; es el reflejo de la incapacidad de la epidemiología “clásica” para medir la iatrogenia de la saturación en urgencias. Retener a un paciente geriátrico frágil en una camilla y en un área no adecuada durante más de 24 horas multiplica los eventos adversos. La “espera que mata” es el eufemismo con el que disfrazamos la falta de drenaje hospitalario.

Si en los SUH conocen con notable precisión matemática el flujo de pacientes que acuden diariamente y qué porcentaje que requerirá ingreso se mantiene extraordinariamente estable, se sabe de antemano cuántas camas de hospitalización se van a necesitar cada jornada. Salvo en situaciones verdaderamente excepcionales o catástrofes imprevisibles, la demanda de ingreso desde urgencias es plenamente predecible. La pregunta ética y organizativa que las direcciones hospitalarias deben responder no es si la espera mata, sino por qué los hospitales siguen negándose a adaptar su oferta de camas a una demanda que conocen con horas de antelación.

Frente a este escenario, la solución no pasa por resignarse a gestionar el colapso. Como demuestran Millán Soria *et al.*<sup>14</sup>, la necesidad de ingreso hospitalario es ampliamente predecible en tiempo real desde el mismo momento del triaje mediante inteligencia artificial y aprendizaje automático. Si la tecnología permite anticipar la demanda de camas con horas de antelación, la persistencia del *boarding time* pasa de ser un problema logístico a ser una falta de compromiso con la seguridad

del paciente. La gestión de camas debe dejar de ser la asignatura pendiente de los hospitales<sup>15-17</sup>. Limitar la estancia en urgencias a menos de 24 horas debe erigirse como un estándar ético y de calidad asistencial de obligado cumplimiento.

**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 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

- Gómez Pescoso R. La permanencia innecesaria en urgencias: una amenaza silenciosa para la seguridad del paciente y la eficiencia del sistema sanitario. *Emergencias*. 2025;37:326-8.
- Mòdol Deltell JM, Tudela P. Crowding, boarding, outlying y otros deportes de riesgo (a evitar en la medida de lo posible). *Emergencias*. 2025;37:332-4.
- Di Paolo CL, Boixeda C, Rangel C, Rodríguez-Cabrera M, Burillo G, Miró Ò. Análisis de la relación entre el tiempo de estancia en urgencias de los pacientes que precisan hospitalización y la mortalidad hospitalaria: revisión sistemática y metanálisis. *Emergencias*. 2026;38:339-46.
- Fernández-Cisnal A, Miró Ò, Boixeda C, Di Paolo CL, Rangel C, Villate Robles LF, et al. Impacto de la pernoctación en urgencias sobre la mortalidad intrahospitalaria y la estancia en pacientes mayores. *Emergencias*. 2026;38:330-8.
- Carballo Cardona C, Burillo-Putze G, Gallego Rodríguez P. Límite 24 horas: desarrollo de una calculadora que estima la mortalidad atribuible al retraso para ingresar de pacientes mayores de 75 años desde urgencias. *Emergencias*. 2026;38:325-9.
- Trainee Emergency Research Network (TERN). Understanding corridor and escalation area care in 165 UK emergency departments: a multicentre cross-sectional snapshot study. *Emerg Med J*. 2026;43:72-80.
- 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 Ò, 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 resultados a corto plazo (Estudio EDEN-18). *Emergencias*. 2025;37:343-52.
- Fernández M. ¿Es realmente el anciano responsable de la saturación de los servicios de urgencias?. *Emergencias*. 2025;37:247-8.
- Mora T, López-Valcárcel BG, Cabezas-Peña C. Factores que influyen las consultas de baja gravedad a urgencias de los pacientes de edad avanzada en Cataluña. *Emergencias*. 2025;37:259-66.
- Juan Pastor A. Gestión de camas de hospitalización y saturación de los servicios de urgencias: una asignatura siempre pendiente. *Emergencias*. 2026;38:85-6.
- Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, Balen F, Noizet M, Tazarourte K, et al. Overnight stay in the emergency department and mortality in older patients. *JAMA Intern Med*. 2023;183:1378-85.
- Lauque D, Khalemsky A, Boudi Z, Östlundh L, Xu C, Alsabri M, et al. Length-of-stay in the emergency department and in-hospital mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2022;12:32.
- Millán Soria J, Medina Álvarez J, Sánchez Suárez L, Cano Cerviño C, Serrano Lázaro L, García-Minguillán Castillo MC, et al. Predicción en tiempo real de los ingresos del servicio de urgencias mediante un modelo de inteligencia artificial y su integración en la planificación de las camas de hospitalización. *Emergencias*. 2026;38:098-106.
- Carballo Cardona C. Esperar para ingresar: la frontera crítica del servicio de urgencias. *Emergencias*. 2025;37:329-31.
- Miró Ò, Aguiló S, Alquézar-Arbé A, Fernández C, Burillo G, Martínez SG, et al. Overnight stay in Spanish emergency departments and mortality in older patients. *Intern Emerg Med*. 2024;19:1653-65.
- González Armengol JJ. Emergency care and patients waiting for hospital beds as a visible symptom of health care systems' overall functioning. *Emergencias*. 2025;37:323-5.