



UNR Universidad
Nacional de Rosario



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Carrera de Postgrado de Especialización en Clínica Médica
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario

Autor: Eugenio Cautures

Tutor: Prof. Dr. Roberto L. Parodi

Hospital Provincial del Centenario
Rosario, Santa Fe, Argentina

2025



CLÍNICA MÉDICA
Hospital Centenario

ÍNDICE

1. Resumen	I
2. Lista de abreviaturas	II
3. Introducción	1
4. Objetivos	3
5. Material y métodos	4
a. Diseño	4
b. Definiciones	5
c. Recolección de datos	7
d. Análisis estadístico	9
e. Consideraciones éticas	10
6. Resultados	11
a. Estadística descriptiva	11
b. Estadística inferencial	18
7. Discusión	30
8. Limitaciones	34
9. Conclusiones	35
10. Agradecimientos	36
11. Bibliografía	37

RESUMEN

Introducción: La investigación clínica es esencial para trasladar el conocimiento básico a la práctica médica. Los estudios epidemiológicos permiten conocer la frecuencia y distribución de eventos de salud. Son fundamentales para la toma de decisiones y la evaluación del impacto de intervenciones. El conocimiento obtenido permitirá mejorar la práctica profesional, la toma de decisiones y eventualmente, dirigir nuevos estudios más profundos. **Objetivos:** Describir las características clínicas de los pacientes internados, jerarquizar y clasificar las patologías según los diagnósticos de egreso. Analizar posibles factores relacionados con la evolución de los pacientes. **Material y métodos:** Estudio observacional de corte longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados durante un año a cargo del Servicio de Clínica Médica. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, y vinculadas a la evolución. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Las variables cuantitativas como medias y desvío estándar, o mediana y rangos intercuartilo (RIC) según corresponda. Se reportaron además valores mínimos y máximos. El riesgo se estimó utilizando *Odds Ratio* (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Valor de significación estadística para $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyeron 2304 casos de 2535 identificados. La mayoría fueron varones cis (60,9%). La mediana de edad fue de 48 años. Los motivos de internación más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, las enfermedades oncológicas y de cuidados paliativos, y los trastornos de la salud mental. Las principales comorbilidades fueron el sobrepeso u obesidad, el tabaquismo, la hipertensión arterial, y la diabetes mellitus. El 24,2% de los pacientes desarrolló alguna complicación, y el 18,7% requirió UTI. La mediana de internación fue de 7 días. La mortalidad fue de 4,5%. Se determinó asociación estadísticamente significativa entre la edad, el Score de Charlson y múltiples comorbilidades y hábitos, con el reingreso a los 30 días, las complicaciones y necesidad de procedimientos, la estadía hospitalaria prolongada, el requerimiento de UTI y la mortalidad. **Conclusiones:** La recolección y análisis de datos locales de forma sucesiva permiten mejorar la práctica diaria y la toma de decisiones, adecuándolas a las problemáticas más prevalentes. Asimismo, establecen la base para realizar comparaciones respecto de cambios en los procesos de atención a lo largo del tiempo.

Palabras clave: medicina interna, internación, hospitalización, epidemiología.

LISTA DE ABREVIATURAS

AR: artritis reumatoidea

CIE-10: clasificación internacional de enfermedades edición 10

CIRS-G: Escala de Calificación de Enfermedades Acumuladas en Geriatría

DM: diabetes mellitus

DRESS: síndrome de eosinofilia y síntomas sistémicos relacionado a drogas

EAP: edema agudo de pulmón

EII: enfermedad inflamatoria intestinal

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ERC: enfermedad renal crónica

HB: hemoglobina

HTA: hipertensión arterial

IAM: infarto agudo de miocardio

ICC: insuficiencia cardiaca congestiva

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IRA: insuficiencia renal aguda

LES: lupus eritematoso sistémico

NASH: esteatohepatitis no alcohólica

NEO: neoplasia

NET: necrólisis epidérmica tóxica

ORL: otorrinolaringología

OYT: ortopedia y traumatología

PAMO: punción aspiración de médula ósea

PM/DM: polimiositis / dermatomiositis

PMN: leucocitos polimorfonucleares

RIC: rango intercuartílico

SAF: síndrome antifosfolípidos

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

UBE: unidad de bebida estándar

UCIM: unidad de cuidados intermedios

UCO: unidad coronaria

UTI: unidad de terapia intensiva

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

La investigación tiene como objetivo generar nuevos conocimientos. Dentro de ella, la investigación clínica constituye el último paso en la secuencia de la investigación biomédica y es por ello imprescindible. Todo conocimiento generado en experimentación básica debe eventualmente ser trasladado al contexto de la investigación clínica y ser evaluado en dicho contexto, si verdaderamente se pretende tener un impacto en la práctica médica. ^(1,2)

Al llevar a cabo nuestra práctica médica, nos interesa conocer el comportamiento de un evento de salud; por ejemplo, una enfermedad o la muerte, en una población determinada. Para ello lo primero que debemos determinar es la frecuencia con la que este evento aparece, y su posible relación con determinadas características de dicha población. A partir de esto se pueden generar hipótesis que den lugar a un mejor entendimiento de estos eventos de salud. ^(3,4,5)

Los estudios epidemiológicos descriptivos se centran en examinar los estados de salud y enfermedad en una población, en un tiempo y lugar definidos; y se plantean como finalidad la descripción de la distribución, estimación de la prevalencia y tendencias de la enfermedad en las poblaciones; la búsqueda de asociaciones entre el evento de interés y factores relacionados, entre otros. Esta información es pertinente para crear indicadores de salud, y particularmente para generar hipótesis que puedan probarse en diseños más complejos. ⁽³⁾

La elaboración de indicadores no puede entenderse como una finalidad en sí misma, con una perspectiva contemplativa de su distribución espacial o temporal o exclusivamente documental. El uso de indicadores en el ámbito de la salud pública tiene como objetivo alimentar la toma de decisiones en el ámbito de la salud. La misión última es mejorar la salud de la población. ^(4,5)

Aun así, la simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas.

Además, dado que regularmente un estudio transversal se ejecuta para estimar la prevalencia de un evento determinado, es común que uno de sus propósitos centrales sea

proporcionar información para efectuar intervenciones de salud pública, medir los cambios y evaluar el impacto de las intervenciones. La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores, permiten su evaluación, y reflejan los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones. ⁽²⁾

El conocimiento de los motivos de internación y las comorbilidades más frecuentes, la tasa de reingreso, el desarrollo de complicaciones asociadas a la internación, como así también la tasa de mortalidad y su relación con la estancia hospitalaria representan herramientas invaluableles para la adecuada atención de los pacientes y es a su vez, un elemento que jerarquiza el juicio profesional.

Luego de haber realizado la búsqueda bibliográfica correspondiente, resultó difícil encontrar trabajos descriptivos sobre la población completa de pacientes internados en salas de internación de clínica médica o medicina interna. Se encontró un número escaso de este tipo de estudios, siendo la gran mayoría de ellos internacionales, y un número aún más reducido de resultados para trabajos a nivel local.

Por lo previamente comentado, consideramos necesario el conocimiento de la experiencia local, con el fin de entender el perfil clínico y las características más importantes de los pacientes hospitalizados en nuestra sala de internación de Clínica Médica, en un hospital de tercer nivel de atención, y obtener datos que ayuden a mejorar nuestra práctica profesional.

OBJETIVOS

Objetivo primario

- Describir las características clínicas de los pacientes internados consecutivamente y por cualquier motivo a cargo del Servicio de Clínica Médica en un hospital de tercer nivel de atención durante el periodo de tiempo elegido para el estudio.

Objetivos secundarios

- Clasificar las patologías según los motivos de internación.
- Analizar posibles factores relacionados con: el reingreso, las complicaciones intrahospitalarias, el requerimiento de diferentes procedimientos durante la internación, el tiempo de estadía hospitalaria, la necesidad de ingreso a cuidados críticos y la mortalidad hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se trata de un estudio observacional de corte longitudinal, retrospectivo, descriptivo y analítico, que se llevó a cabo de manera unicéntrica.

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes internados por cualquier motivo a cargo del Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. El período de estudio abarcó un año de tiempo consecutivo, comprendido entre el 01/03/2022 y el 28/02/2023.

Toda la información personal de los pacientes fue confidencial y protegida, tanto en la fase de la recolección de los datos como en este informe y para futuras publicaciones.

Criterios de inclusión:

- Pacientes internados consecutivamente por cualquier motivo a cargo del Servicio de Clínica Médica ingresados en el período de tiempo comprendido entre el 01/03/2022 y el 28/02/2023.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historias clínicas incompletas o no disponibles, y que no permitieran la recolección de datos necesarios.

Definiciones

Ingreso primario: aquella internación cuyo ingreso inicial es realizado por el Servicio de Clínica Médica luego de una interconsulta de la Guardia Externa, la sección de Consultorios Externos, o es realizado de forma programada por cualquier motivo.

Ingreso secundario: aquella internación cuyo ingreso inicial es realizado por otro Servicio de internación distinto a Clínica Médica y en cual se le da intervención al Servicio de Clínica Médica *a posteriori*.

Reingreso: aquella internación que se produjera antes de los 30 días de un alta hospitalaria previa. El motivo de internación puede o no estar relacionado.

Antecedentes: se recabaron los datos acerca de diversas patologías previas al momento del ingreso. A los fines de la realización de este trabajo se consideró la consignación realizada por el equipo médico al momento del ingreso sobre: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, sobrepeso u obesidad, cardiopatía, insuficiencia cardíaca, ataque cerebrovascular, arteriopatía periférica, demencia, úlcera gastroduodenal, asma, EPOC, enfermedad previa por SARS-CoV2, enfermedad tiroidea, VIH/SIDA, tuberculosis, enfermedad renal crónica, cirrosis hepática, neoplasia sólida, metástasis, neoplasia onco-hematológica, enfermedad autoinmune sistémica.

Hábitos: se recabaron los datos acerca del consumo de tabaco, alcohol, drogas inhaladas y endovenosas.

Inmunosupresión: uso de metotrexato, hidroxicloroquina, ciclofosfamida, azatioprina, tacrolimus, sirolimus, everolimus u otro inhibidor de calcineurina, micofenolato, medicamentos biológicos anti-IL o anti-TNF o anti-Linfocitarios, o tratamiento con otra quimioterapia, en los últimos 6 meses. Para este antecedente no se consideró el uso de corticosteroides de forma crónica, ya que se consideró como ítem separado.

Corticoterapia crónica: uso de prednisona a dosis ≥ 7.5 mg /día o su dosis equivalente de otro corticosteroide que se haya extendido por más de 10 días al momento del ingreso.

Score de comorbilidad de Charlson: sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en relación a la edad y las comorbilidades del sujeto. Se ha comprobado que influyen de una forma concreta en la esperanza de vida y se ha utilizado para otros muchos propósitos, entre ellos al cálculo de costos a causa del padecimiento de alguna enfermedad crónica.

Complicaciones intrahospitalarias: se definen como el desarrollo de eventos médicos clínicos o quirúrgicos en relación o no al motivo de internación, y que suceden durante la estancia hospitalaria. A los fines de la realización de este trabajo se consideró la consignación realizada en la historia clínica por el equipo médico tratante sobre: infecciones intrahospitalarias (infección urinaria intrahospitalaria, neumonía intrahospitalaria, neumonía asociada a ventilador, bacteriemia, sepsis y shock séptico, infección asociada a catéter, infección de herida quirúrgica, enfermedad por SARS-Cov2), insuficiencia renal aguda o progresión de falla renal crónica, trombosis venosa profunda, tromboembolismo de pulmón, edema agudo de pulmón, crisis asmática, exacerbación de EPOC, cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar no cetósico, hemorragia digestiva alta y baja, farmacodermia severa, desarrollo de focalidad neurológica, síndrome coronario agudo, paro cardiorrespiratorio que recibió reanimación cardio-pulmonar, anemia, neutropenia y plaquetopenia.

Cabe destacar que se consideró:

Para las infecciones intrahospitalarias; su desarrollo luego de las primeras 48 horas de internación. Para farmacodermia severa; anafilaxia, síndrome DRESS, síndrome de Stevens Johnson y necrólisis epidérmica tóxica (NET). Para anemia; el peor valor de laboratorio durante la internación, y leve (Hb 10.9 - 9.5 g/dl), moderada (Hb 9.4 – 8 g/dl), grave (Hb 7.9 - 6.5 g/dl), muy grave (Hb<6.5 g/dl). Para neutropenia; el peor valor de laboratorio durante la internación, leve (PMN: 1000-1500/mm³), moderada (PMN: 500-1000/mm³), grave (PMN: <500/mm³), agranulocitosis (PMN: <200/mm³). Para plaquetopenia; el peor valor de laboratorio durante la internación, y en cualquier momento por más de 48 horas de < 100.000/mm³.

Procedimientos invasivos: todo aquel procedimiento diagnóstico o terapéutico que implica la introducción de un agente externo al cuerpo. A los fines de la realización de este trabajo se utilizó la consignación realizada en la historia clínica por el equipo médico sobre la realización de: transfusión de hemoderivados, acceso venoso central, vinculación a diálisis, paracentesis, toracocentesis, punción lumbar, PAMO y cirugías de cualquier tipo.

Internación prolongada: no se encontró en la bibliografía un punto de corte que defina internación prolongada, independientemente de la patología que motivó la internación, a los fines prácticos de este trabajo se tomó como punto de corte 30 días.

Recolección de datos

Variables epidemiológicas

Se registró la edad en años, el género como varón o mujer, cis- o trans-, u otro.

Variables clínicas

Se registró la fecha de ingreso y egreso, el reingreso y cantidad de reingresos ocurridos en el año evaluado, la presencia de antecedentes patológicos previos y comorbilidades según el score de Charlson (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, sobrepeso, cardiopatía, insuficiencia cardíaca, ataque cerebrovascular, arteriopatía periférica, demencia, úlcera gastroduodenal, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad previa por SARS-CoV2, enfermedad tiroidea, VIH-SIDA, tuberculosis, enfermedad renal crónica, trasplante renal, cirrosis hepática, neoplasia sólida, enfermedad onco-hematológica, enfermedad autoinmune sistémica, tratamiento inmunosupresor previo y corticoterapia crónica previa), y hábitos tóxicos (consumo previo o al momento de la recolección de datos de alcohol, tabaco y drogas inhaladas o intravenosas).

Cabe destacar que además se consideró; para diabetes mellitus: tipo I, tipo II u otro tipo; para cardiopatía: causa isquémica, chagásica, hipertensiva u otra causa; para enfermedad tiroidea: hipotiroidismo, hipertiroidismo u otro tipo; para enfermedad renal crónica: necesidad de hemodiálisis o diálisis peritoneal; para cirrosis: CHILD de ingreso y causa de cirrosis como etílica, NASH, viral, autoinmune u otra; para enfermedad autoinmune sistémica: LES, AR, SAF, vasculitis sistémica, EII, esclerosis sistémica, PM/DM u otra.

Se registró el motivo de internación como aquel que figurara como diagnóstico principal de egreso, asumido por parte del equipo médico encargado de la internación y codificado en base al CIE-10.

Variables vinculadas a la evolución

Se registraron los días totales de internación, si cumplió criterios de internación prolongada, el requerimiento de procedimientos invasivos, la necesidad de cuidados críticos (UTI / UCIM / UCO), y el estado de egreso; como alta médica hospitalaria, fallecimiento, derivación a otra institución, alta voluntaria o fuga.

Se registró la necesidad y el tipo de procedimientos invasivos según lo expuesto previamente, y la realización de cirugía durante la internación, el desarrollo y el tipo de complicaciones intrahospitalarias según lo expuesto previamente.

Cabe destacar que un mismo paciente puede tener más de una patología crónica conocida previamente, recibir más de un diagnóstico y necesitar más de una intervención o tratamiento.

Análisis estadístico

El análisis de datos se realizó utilizando el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics versión 25 para Windows. Los gráficos y tablas fueron realizados con este programa y con Microsoft® Office® LTSC Profesional Plus 2021.

Las variables cualitativas o categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes o proporciones, y se compararon a través del test de Chi Cuadrado, o prueba exacta de Fisher cuando la primera no resultó aplicable.

La normalidad de las variables cuantitativas se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas de distribución normal se expresaron como medias $\pm$ desvío estándar, y se compararon a través de la prueba T de Student. Las de distribución no normal se expresaron como mediana y rangos intercuartiles (RIC) en sus percentilos 25 y 75, y se compararon a través de test no paramétricos (prueba U de Mann-Whitney). Se reportan además los valores mínimos y máximos.

A fin de controlar variables de confusión o interacción se realizó Regresión Logística Binaria Multivariante.

El riesgo se estimó utilizando la medida de Odds Ratio (OR), con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%).

El valor de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

El estudio se realizó de acuerdo con la “Declaración de Helsinki” sobre los principios éticos para la investigación médica que involucra a seres humanos. La confidencialidad de los datos de los pacientes fue salvaguardada en todo momento. En ningún caso tuvieron acceso a los datos personal no autorizado para tal fin, y no fue ni será revelada ninguna información que sea susceptible de permitir la identificación de los pacientes.

Previamente a la recolección de datos se obtuvo la aprobación pertinente por parte del Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario y del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Provincial del Centenario.

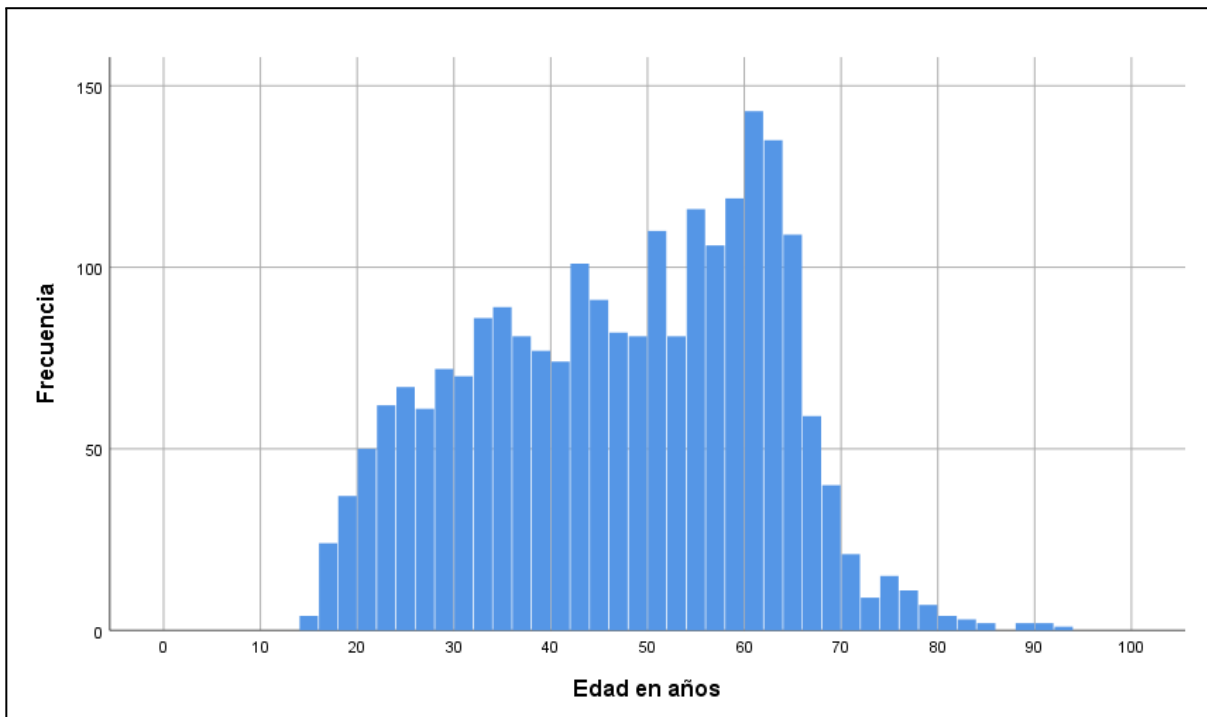
RESULTADOS

Se identificaron 2535 casos desde la base de datos de Clínica Médica y de Estadística durante el período evaluado, de los cuales se excluyeron a 231 (9,11%) por presentar información incompleta acerca de la evolución intrahospitalaria.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Se incluyeron 2304 casos. El 60,9% fueron varones cis (n=1404), el 38,7% fueron mujeres cis (n=892), y hubo 6 mujeres trans, 1 varón trans y 1 no binario. La mediana de edad fue de 48 años (RIC 34 - 59), con una edad mínima de 15 años y una edad máxima de 92 años. Se puede ver la distribución de las edades en el Gráfico 1.

Gráfico 1: *Distribución de la edad de los pacientes.*



El 83,55% (n=1925) constituyó un ingreso primario del Servicio de Clínica Médica y el 16,4% (n=379) constituyó un ingreso secundario. El 15,8% (n=364) correspondió a reingresos dentro de los 30 días, mientras que el 33,8% (n=778) correspondió a reingresos

luego de los 30 días. La media de ingresos por mes fue de 192 pacientes, siendo el mínimo de 146 en el mes de Agosto, y el máximo de 293 en el mes de Marzo.

Los motivos de internación más frecuentes fueron; la infección urinaria con un 7.2% (n=165), ingreso programado para realizar quimioterapia 6.7% (n=155), infección de piel y partes blandas 6.0% (n=138), neumonía 5.9% (n=136), tratamiento de deshabitación 4.7% (n=108), síndrome febril en estudio 3.2% (n=73), lesión renal aguda 3.0% (n=69), ataque cerebrovascular isquémico 2.4% (n=56), e intento de autolisis o ideación suicida 2.2% (n=50). El resto de los motivos de internación que representaron un porcentaje menor se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Frecuencia de los motivos de internación.

Motivo de internación	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Infección urinaria	165	7,2 %
Ingreso programado para quimioterapia	155	6,7 %
Infección de piel y partes blandas	138	6,0 %
Neumonía	136	5,9 %
Deshabitación / Dependencia a sustancias	108	4,7 %
Síndrome febril en estudio	73	3,2 %
Lesión renal aguda	69	3,0 %
Ataque cerebrovascular isquémico	56	2,4 %
Intento de autolisis o ideación suicida	50	2,2 %
Exacerbación de EPOC	41	1,8 %
Síndrome del pie diabético	38	1,6 %
Síndrome constitucional	38	1,6 %
Sepsis / Shock séptico	31	1,3 %
Masa ocupante del SNC	31	1,3 %
Hemorragia digestiva alta	29	1,3 %
Encefalopatía hepática	27	1,2 %
Anemia	27	1,2 %
Crisis asmática	25	1,1 %
Cetoacidosis diabética	24	1,0 %
Trasplante renal	22	1,0 %
Neutropenia febril	19	0,8 %
Meningitis	17	0,7 %
Síndrome ascítico edematoso	16	0,7 %
PBE	16	0,7 %
Osteomielitis	16	0,7 %
Infecciones asociadas a catéteres intravasculares	16	0,7 %
Infección asociada a material de osteosíntesis	15	0,7 %
Trastornos convulsivos	14	0,6 %

Cuidados de fin de vida	14	0,6 %
Nefrectomía	14	0,6 %
Infección de herida quirúrgica	13	0,6 %
Hiponatremia	13	0,6 %
Hemorragia subaracnoidea	13	0,6 %
Diarrea aguda infecciosa	13	0,6 %
Traumatismo de cráneo	12	0,5 %
Insuficiencia respiratoria aguda	12	0,5 %
Dolor en el enfermo oncológico	12	0,5 %
Colecciones intraabdominales	12	0,5 %
Psicosis	12	0,5 %
Artritis séptica	12	0,5 %
Síndrome nefrótico	11	0,5 %
Otros diagnósticos con frecuencia menor a 0,5/100	729	31,6 %
Total	2304	100 %

Una vez organizados por categorías los motivos de internación más frecuentes fueron; las enfermedades infecciosas con un 35.4% (n=816), enfermedades oncológicas y de cuidados paliativos 9.2% (n=211), trastornos de la salud mental 7.9% (n=181), enfermedades gastrointestinales y del hígado 6.9% (n=158), enfermedades neurológicas 5.8% (n=133), síndromes en estudio 5.3% (n=121), y las enfermedades renales y del medio interno 5.1% (n=118). El resto se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2: Frecuencia de los motivos de internación categorizados.

Categoría diagnóstica	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Infecciones	816	35,4 %
Oncología y cuidados paliativos	211	9,2 %
Salud Mental	181	7,9 %
Gastrointestinales	158	6,9 %
Neurológicos	133	5,8 %
Síndromes en estudio	121	5,3 %
Nefrología y medio interno	118	5,1 %
Respiratorio - Neumonología	108	4,7 %
SNC y SNP	104	4,5 %
Hematología	66	2,9 %
Urológicos	65	2,8 %
Endocrino-metabólicas	62	2,7 %
Cardiovasculares	40	1,7 %
Trasplante de órganos	33	1,4 %
Traumatismos	26	1,1 %
Dermatología	18	0,8 %
Reumatología y autoinmunidad	17	0,7 %
Intoxicaciones	10	0,4 %

Razón social	10	0,4 %
Misceláneas	7	0,3 %
Total	2304	100 %

Características clínicas de la población

De los 2304 casos, 2067 presentaron al menos una comorbilidad u hábito tóxico. Las principales comorbilidades fueron; el sobrepeso u obesidad en el 34.7% (n=792) de la población estudiada, el tabaquismo en el 30.3% (n= 698), la hipertensión arterial en el 29.7% (n=684), y la diabetes mellitus en el 22.8% (n=524). El resto de las comorbilidades y hábitos, que representaron un porcentaje menor se muestran en la Tabla 3.

El Score de comorbilidad de Charlson presentó una mediana de 2 puntos (RIC 0 - 4), con un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 13.

Se registraron 237 casos que no presentaban ninguna comorbilidades u hábito tóxico. Para este subgrupo de pacientes la mediana de edad era de 33 años, con un mínimo de 15 y un máximo de 71 años.

Tabla 3: *Frecuencia de las comorbilidades y hábitos.*

Comorbilidades y hábitos	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Sobrepeso u obesidad	792	34.7 %
Tabaquismo	698	30.3 %
Hipertensión arterial	684	29.7 %
Diabetes mellitus	524	22.8 %
Inmunosupresión previa	298	12.9 %
Enfermedad neoplásica	296	12.8 %
Presencia de metástasis	153	6.6 %
Uso de drogas de abuso	283	12.3 %
Etilismo	279	12.1 %
Dislipemia	273	11.9 %
Enfermedad renal crónica	252	10.9 %
Cardiopatía	176	7.6 %
Enfermedad tiroidea	158	6.9 %
Vinculación a diálisis	157	6.8 %
COVID-19 previo	145	6.3 %
Infección por VIH	118	5.1 %
Enfermedades onco-hematológicas	118	5.1 %
Corticoterapia crónica	115	5.0 %
Enfermedades autoinmunes	112	4.9 %
Cirrosis	105	4.6 %
Insuficiencia cardíaca	93	4.0 %

ACV / AIT	92	4.0 %
Asma	92	4.0 %
Arteriopatía periférica	85	3.7 %
EPOC	83	3.6 %
Tuberculosis	69	3.0 %
Trasplante renal	64	2.8 %
Úlcera gastrointestinal	26	1.1 %
Demencia	5	0.2 %

Nota: el ítem “Presencia de metástasis” se antepone al orden decreciente por su íntima relación con el ítem previo

Comparativamente se observó diferencia significativa según el género para ciertas comorbilidades y hábitos.

Las mujeres cis exhibieron mayor proporción de sobrepeso u obesidad ($p<0,001$), asma y EPOC (ambas categorías; $p<0,001$), enfermedades tiroideas ($p<0,001$), enfermedades autoinmunes y corticoterapia crónica (ambas categorías; $p<0,001$), insuficiencia renal crónica ($p=0,045$) y antecedente de trasplante renal ($p=0,001$).

Los hombres cis mostraron mayor proporción de cardiopatías ($p=0,013$) y neoplasias hematológicas ($p=0,001$). Además, los tres hábitos incluidos, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, resultaron más frecuentes en los hombres (las tres categorías; $p<0,001$).

Evolución durante la internación

De los 2304 casos incluidos, el 23.9% de los pacientes ($n=552$) desarrolló alguna complicación a lo largo de su internación, con un total de 820 eventos. Ratio anual de 0,36 complicaciones por paciente internado. Las más frecuentes fueron las infecciones intrahospitalarias, seguidas por la anemia y la injuria renal aguda como puede verse en el Gráfico 2.

Respecto de la necesidad de procedimientos durante la internación, el 44.3% de los pacientes ($n=1021$) requirió un total de 1584 procedimientos. Ratio de 0,69 procedimientos por paciente internado. Los más frecuentes fueron la colocación de un acceso venoso central, la necesidad de alguna cirugía, y la transfusión de hemoderivados como puede verse en el Gráfico 3.

Además, el 18,7% de los pacientes ($n=430$) cursó estadía en una Unidad de Cuidados Críticos en algún momento de su internación. De estos pacientes, 195 iniciaron su internación en la Sala General y luego fueron trasladados; y 235 ingresaron a una

Unidad de Cuidados Críticos en primera instancia y luego trasladados a la Sala General a cargo del Servicio de Clínica Médica.

Gráfico 2: *Complicaciones en la internación*

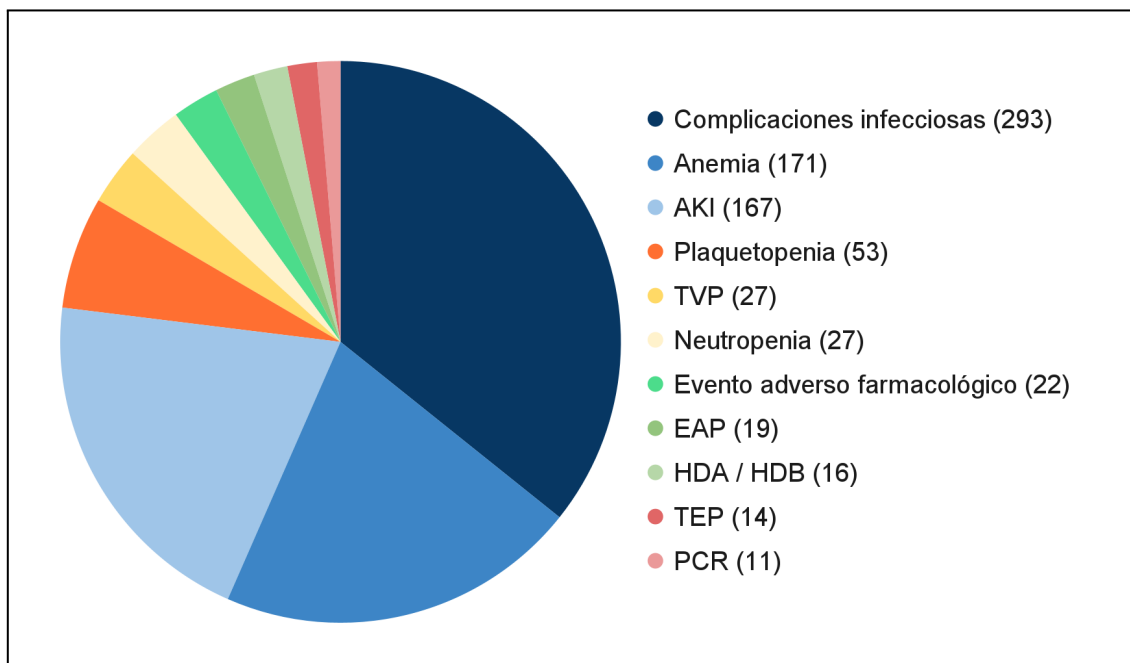
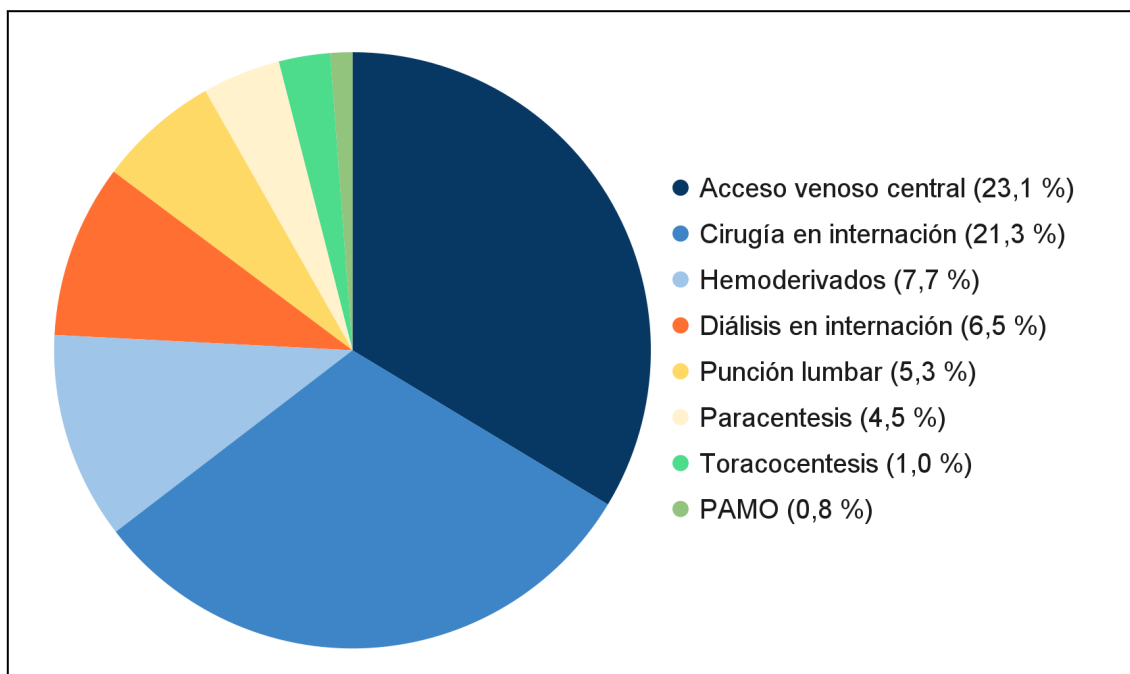


Gráfico 3: *Procedimientos en la internación*



La mediana de internación fue de 7 días (RIC 4-14), con un mínimo de <1 día y un máximo de 244 días. Se registró además que el 7,6% de los pacientes (n=175) tuvieron una internación prolongada más allá de los 30 días.

Del total de 2304 ingresos, el 85,3% de los pacientes (n=1965) recibió el alta hospitalaria con indicación médica, el 7,3% (n=168) solicitó el alta voluntaria y el 2,9% (n=67) fue derivado a otro efector o egresado con internación domiciliaria.

La mortalidad durante la internación para esta serie fue del 4,5% (n=104).

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Se compararon las variables epidemiológicas, hábitos y antecedentes con la necesidad de un reingreso, el desarrollo de complicaciones, la necesidad de procedimientos, estadía hospitalaria prolongada, el requerimiento de UTI y la mortalidad para determinar su asociación.

Factores relacionados con el reingreso

Respecto de los factores relacionados con el reingreso no se halló relación con el género ($p=0,5$) pero sí se halló relación con la edad. Los pacientes que reingresaron dentro de los 30 días tenían una mayor mediana de edad (47 vs 52 años, $p<0,001$, OR: 1.02 [1.01;1.02]) como puede verse en el Gráfico 4.

También se encontró una relación estadísticamente significativa con el score de Charlson, los pacientes que reingresaron tenían un puntaje mayor ($p<0.001$, OR: 1.28 [1.23;1.34]) como puede verse en el Gráfico 5.

Las comorbilidades y hábitos cuya presencia se asoció de forma estadísticamente significativa con el reingreso dentro de los 30 días se muestran en Gráfico 6.

Gráfico 4: *Medianas de edad en relación al reingreso a 30 días*

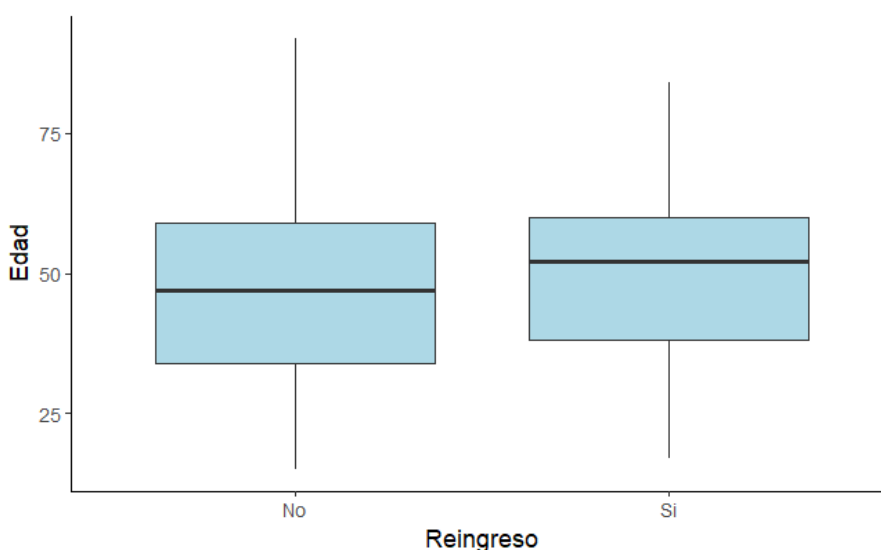


Gráfico 5: Score de Charlson en relación al reingreso a 30 días

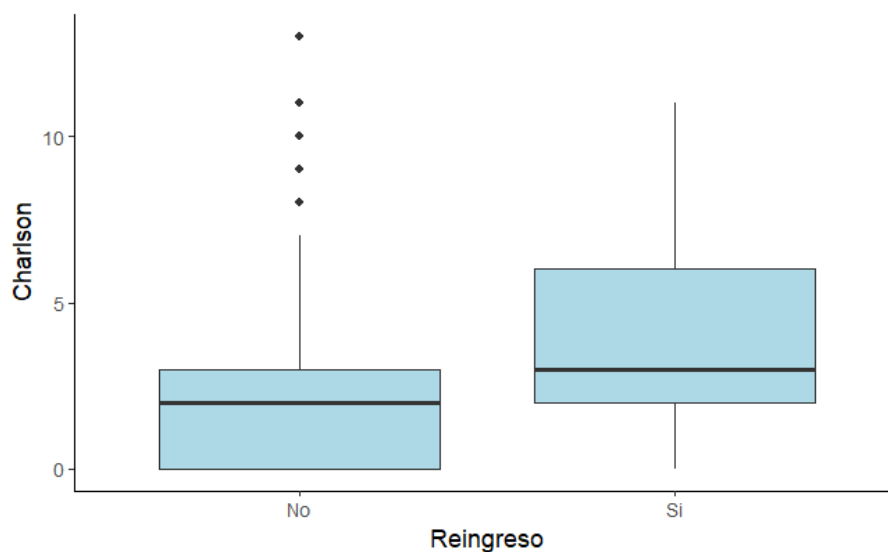
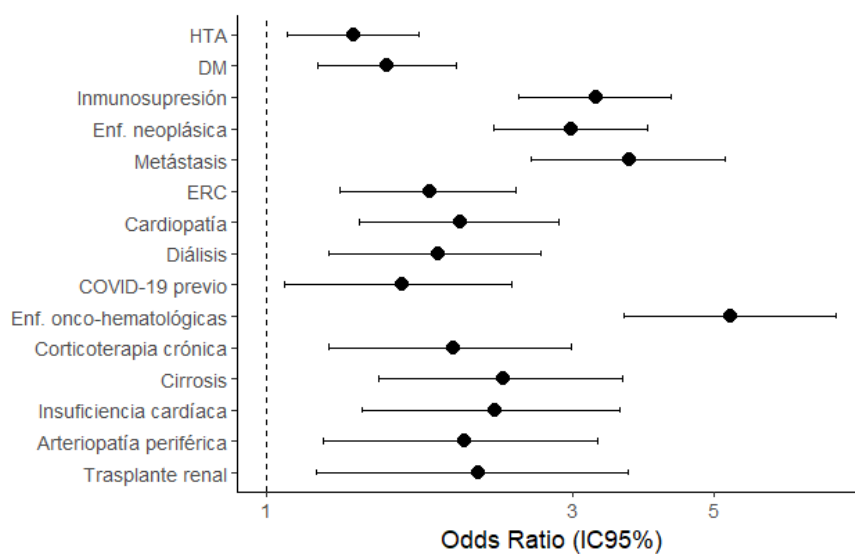


Gráfico 6: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas al reingreso a 30 días



Reingreso a 30 días						
	No	n=1940	Si	n=364	OR	p
Hipertensión arterial:						0.011
No	1384	(71.4%)	235	(64.6%)	Ref.	
Si	555	(28.6%)	129	(35.4%)	1.37 [1.08;1.73]	
Diabetes:						0.001
No	1523	(78.5%)	256	(70.3%)	Ref.	
Si	416	(21.5%)	108	(29.7%)	1.55 [1.20;1.98]	
Inmunosupresión:						<0.001
No	1741	(89.7%)	265	(72.8%)	Ref.	
Si	199	(10.3%)	99	(27.2%)	3.27 [2.48;4.29]	

Enf. neoplásica:				<0.001
No	1738 (89.6%)	270 (74.2%)	Ref.	
Si	202 (10.4%)	94 (25.8%)	3.00 [2.27;3.94]	
Metástasis:				<0.001
No	1845 (95.1%)	306 (84.1%)	Ref.	
Si	95 (4.90%)	58 (15.9%)	3.68 [2.59;5.20]	
Enf. renal crónica:				<0.001
No	1747 (90.1%)	304 (83.5%)	Ref.	
Si	192 (9.90%)	60 (16.5%)	1.80 [1.30;2.45]	
Cardiopatía:				<0.001
No	1808 (93.3%)	318 (87.4%)	Ref.	
Si	130 (6.71%)	46 (12.6%)	2.02 [1.40;2.86]	
Diálisis:				0.002
No	1821 (93.9%)	325 (89.3%)	Ref.	
Si	118 (6.09%)	39 (10.7%)	1.86 [1.25;2.69]	
Covid-19 previo:				0.024
No	1826 (94.2%)	331 (90.9%)	Ref.	
Si	112 (5.78%)	33 (9.07%)	1.63 [1.07;2.42]	
Enf. onco-hematológica:				<0.001
No	1875 (96.7%)	309 (84.9%)	Ref.	
Si	63 (3.25%)	55 (15.1%)	5.29 [3.61;7.75]	
Corticoterapia crónica:				0.003
No	1855 (95.6%)	334 (91.8%)	Ref.	
Si	85 (4.38%)	30 (8.24%)	1.97 [1.26;3.00]	
Cirrosis:				<0.001
No	1864 (96.2%)	333 (91.5%)	Ref.	
Si	74 (3.82%)	31 (8.52%)	2.35 [1.50;3.60]	
Insuficiencia cardíaca:				0.001
No	1872 (96.6%)	337 (92.6%)	Ref.	
Si	66 (3.41%)	27 (7.42%)	2.28 [1.41;3.58]	
Arteriopatía periférica:				0.006
No	1876 (96.8%)	341 (93.7%)	Ref.	
Si	62 (3.20%)	23 (6.32%)	2.05 [1.23;3.31]	
Trasplante renal:				0.010
No	1894 (97.6%)	346 (95.1%)	Ref.	
Si	46 (2.37%)	18 (4.95%)	2.15 [1.20;3.70]	

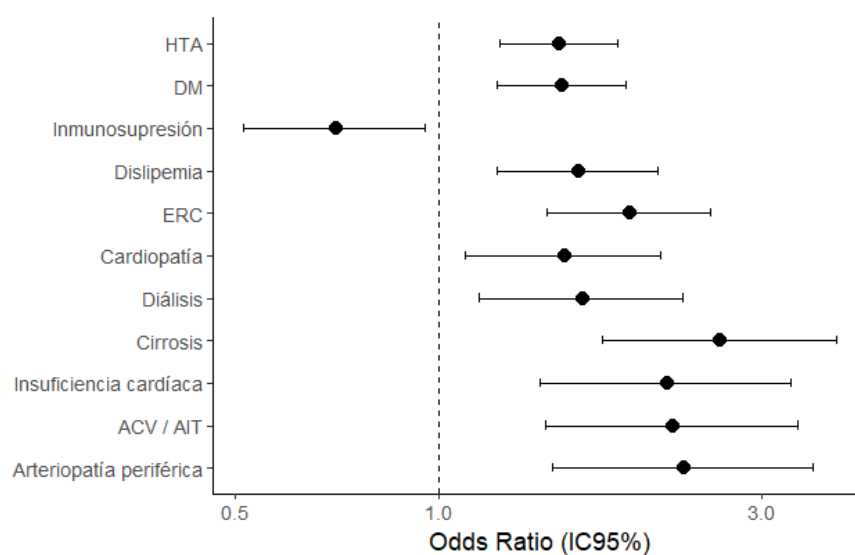
Factores relacionados con el desarrollo de complicaciones

Para el desarrollo de complicaciones durante la internación no se halló relación con el género ($p=0,9$) pero sí se halló relación con la edad. Los pacientes que presentaron alguna complicación durante la internación tenían una mayor mediana de edad (47 vs 51 años, $p<0,001$, OR: 1.01 [1.01;1.02]).

También se encontró una relación estadísticamente significativa con el score de Charlson, los pacientes que reingresaron tenían un puntaje mayor ($p<0.001$, OR: 1.08 [1.04;1.13]).

Las comorbilidades y hábitos cuya presencia se asoció de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de complicaciones se muestran en Gráfico 7.

Gráfico 7: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas al desarrollo de complicaciones



Desarrollo de complicaciones				
	No n=1752	Si n=552	OR	p
Hipertensión arterial:				
No	1268 (72.4%)	351 (63.6%)	Ref.	<0.001
Si	483 (27.6%)	201 (36.4%)	1.50 [1.23;1.84]	
Diabetes:				
No	1385 (79.1%)	394 (71.4%)	Ref.	<0.001
Si	366 (20.9%)	158 (28.6%)	1.52 [1.22;1.88]	
Inmunosupresión:				
No	1510 (86.2%)	496 (89.9%)	Ref.	0.030
Si	242 (13.8%)	56 (10.1%)	0.71 [0.51;0.95]	

Dislipemia:				0.001
No	1566 (89.4%)	464 (84.1%)	Ref.	
Si	185 (10.6%)	88 (15.9%)	1.61 [1.22;2.11]	
Enf. renal crónica:				<0.001
No	1589 (90.7%)	462 (83.7%)	Ref.	
Si	162 (9.25%)	90 (16.3%)	1.91 [1.44;2.52]	
Cardiopatía:				0.015
No	1630 (93.1%)	496 (89.9%)	Ref.	
Si	120 (6.86%)	56 (10.1%)	1.54 [1.09;2.13]	
Diálisis:				0.007
No	1646 (94.0%)	500 (90.6%)	Ref.	
Si	105 (6.00%)	52 (9.42%)	1.63 [1.15;2.30]	
Cirrosis:				<0.001
No	1691 (96.6%)	506 (91.7%)	Ref.	
Si	59 (3.37%)	46 (8.33%)	2.61 [1.74;3.88]	
Insuficiencia cardíaca:				<0.001
No	1694 (96.8%)	515 (93.3%)	Ref.	
Si	56 (3.20%)	37 (6.70%)	2.18 [1.41;3.32]	
ACV / AIT:				<0.001
No	1696 (96.9%)	515 (93.3%)	Ref.	
Si	55 (3.14%)	37 (6.70%)	2.22 [1.43;3.39]	
Arteriopatía:				<0.001
No	1700 (97.1%)	517 (93.7%)	Ref.	
Si	50 (2.86%)	35 (6.34%)	2.30 [1.47;3.58]	

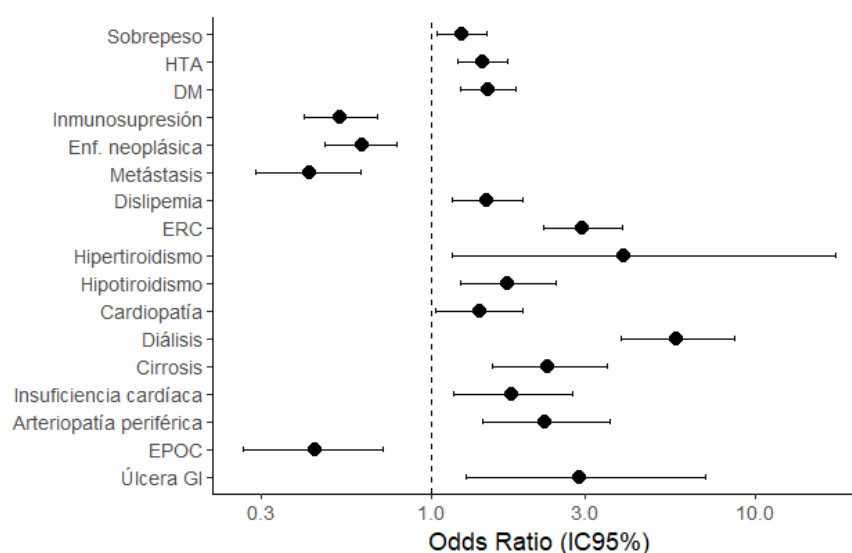
Factores relacionados con la necesidad de procedimientos

En cuanto a los factores relacionados con la necesidad de procedimientos durante la internación no se halló relación con el género ($p=0,7$) pero sí se halló relación con la edad. Los pacientes que requirieron de algún procedimiento durante la internación tenían una mayor mediana de edad (47 vs 50 años, $p=0.005$, OR: 1.01 [1.00;1.01]).

No se halló una relación estadísticamente significativa con el score de Charlson.

Las comorbilidades y hábitos cuya presencia se asoció de forma estadísticamente significativa con la necesidad de procedimientos se muestran en el Gráfico 8.

Gráfico 8: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas a la necesidad de procedimientos



Necesidad de procedimientos				
	No n=1283	Si n=1021	OR	p
Sobrepeso:				0.015
No	859 (67.5%)	630 (62.5%)	Ref.	
Si	414 (32.5%)	378 (37.5%)	1.24 [1.05;1.48]	
Hipertensión arterial:				<0.001
No	945 (73.7%)	674 (66.0%)	Ref.	
Si	337 (26.3%)	347 (34.0%)	1.44 [1.21;1.73]	
Diabetes:				<0.001
No	1031 (80.4%)	748 (73.3%)	Ref.	
Si	251 (19.6%)	273 (26.7%)	1.50 [1.23;1.82]	
Inmunosupresión:				<0.001
No	1078 (84.0%)	928 (90.9%)	Ref.	
Si	205 (16.0%)	93 (9.11%)	0.53 [0.41;0.68]	

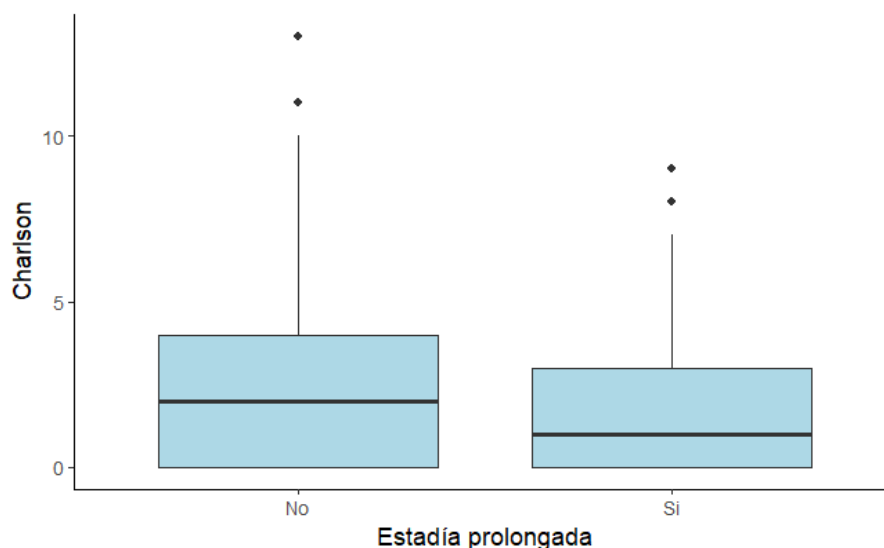
Enf. neoplásica:				<0.001
No	1088 (84.8%)	920 (90.1%)	Ref.	
Si	195 (15.2%)	101 (9.89%)	0.61 [0.47;0.79]	
Metástasis:				<0.001
No	1170 (91.2%)	981 (96.1%)	Ref.	
Si	113 (8.81%)	40 (3.92%)	0.42 [0.29;0.61]	
Dislipemia:				0.002
No	1154 (90.0%)	876 (85.8%)	Ref.	
Si	128 (9.98%)	145 (14.2%)	1.49 [1.16;1.92]	
Enf. renal crónica:				<0.001
No	1201 (93.6%)	850 (83.3%)	Ref.	
Si	82 (6.39%)	170 (16.7%)	2.93 [2.22;3.88]	
Enfermedad tiroidea:				0.001
No	1216 (94.9%)	929 (91.0%)	Ref.	
Hipotiroidismo	62 (4.84%)	82 (8.03%)	1.73 [1.23;2.44]	
Hipertiroidismo	3 (0.23%)	9 (0.88%)	3.79 [1.11;18.0]	
Otras	1 (0.08%)	1 (0.10%)	1.31 [0.03;51.1]	
Cardiopatía:				0.034
No	1197 (93.4%)	929 (91.0%)	Ref.	
Si	84 (6.56%)	92 (9.01%)	1.41 [1.04;1.92]	
Diálisis:				<0.001
No	1252 (97.6%)	894 (87.6%)	Ref.	
Si	31 (2.42%)	126 (12.4%)	5.67 [3.84;8.62]	
Cirrosis:				<0.001
No	1244 (97.0%)	953 (93.4%)	Ref.	
Si	38 (2.96%)	67 (6.57%)	2.30 [1.54;3.48]	
Insuficiencia cardíaca:				0.009
No	1242 (97.0%)	967 (94.7%)	Ref.	
Si	39 (3.04%)	54 (5.29%)	1.78 [1.17;2.72]	
Arteriopatía:				<0.001
No	1250 (97.6%)	967 (94.7%)	Ref.	
Si	31 (2.42%)	54 (5.29%)	2.25 [1.44;3.56]	
Si	59 (4.61%)	33 (3.23%)	0.69 [0.44;1.06]	
EPOC:				0.001
No	1221 (95.2%)	998 (97.8%)	Ref.	
Si	61 (4.76%)	22 (2.16%)	0.44 [0.26;0.72]	
Úlcera GI:				0.018
No	1274 (99.4%)	1002 (98.2%)	Ref.	Ref.
Si	8 (0.62%)	18 (1.76%)	2.83 [1.26;6.99]	0.011

Factores relacionados con la estadía hospitalaria prolongada

Respecto de los factores relacionados con la estadía hospitalaria prolongada no se halló relación con el género ($p=0,6$) ni con la edad ($p=0,4$).

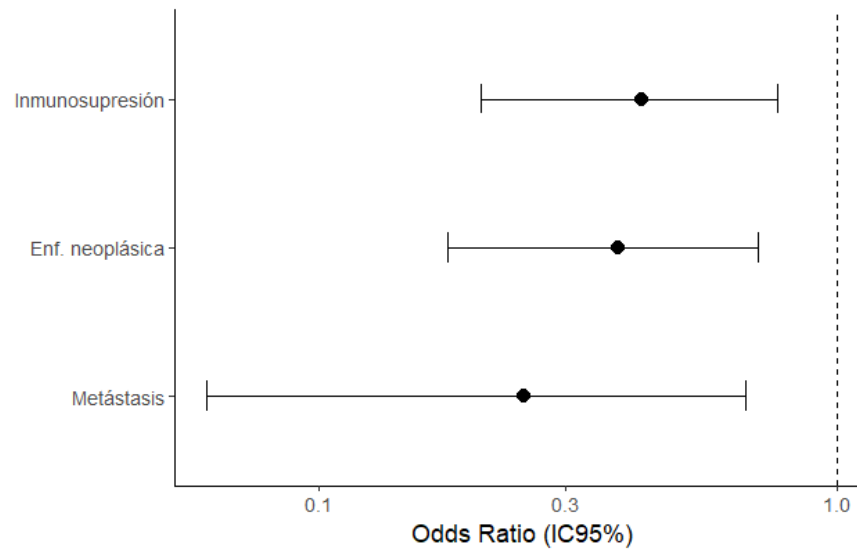
Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la chance de estadía hospitalaria prolongada en relación al score de Charlson, dado que la mediana de los individuos con estadía prolongada resultó inferior de la del resto de los pacientes ($p=0.026$, OR: 0.91 [0.85;0.98]) como se puede ver en el Gráfico 9.

Gráfico 9: *Score de Charlson en relación a la estadía hospitalaria prolongada*



Así como también en presencia de enfermedad neoplásica ($p=0.005$, OR: 0.38 [0.18;0.72]), de metástasis ($p=0.017$, OR: 0.26 [0.06;0.70]) y de tratamiento inmunosupresor ($p=0.010$, OR: 0.43 [0.21;0.78]), como se muestra en el Gráficos 10.

Gráfico 10: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas a estadía hospitalaria prolongada



Estadía hospitalaria prolongada				
	No n=2141	Si n=163	OR	p
Inmunosupresión:				
0.010				
No	1853 (86.5%)	153 (93.9%)	Ref.	
Si	288 (13.5%)	10 (6.13%)	0.43 [0.21;0.78]	
Enf. neoplásica:				
0.005				
No	1854 (86.6%)	154 (94.5%)	Ref.	
Si	287 (13.4%)	9 (5.52%)	0.38 [0.18;0.72]	
Metástasis:				
0.017				
No	1991 (93.0%)	160 (98.2%)	Ref.	
Si	150 (7.01%)	3 (1.84%)	0.26 [0.06;0.70]	

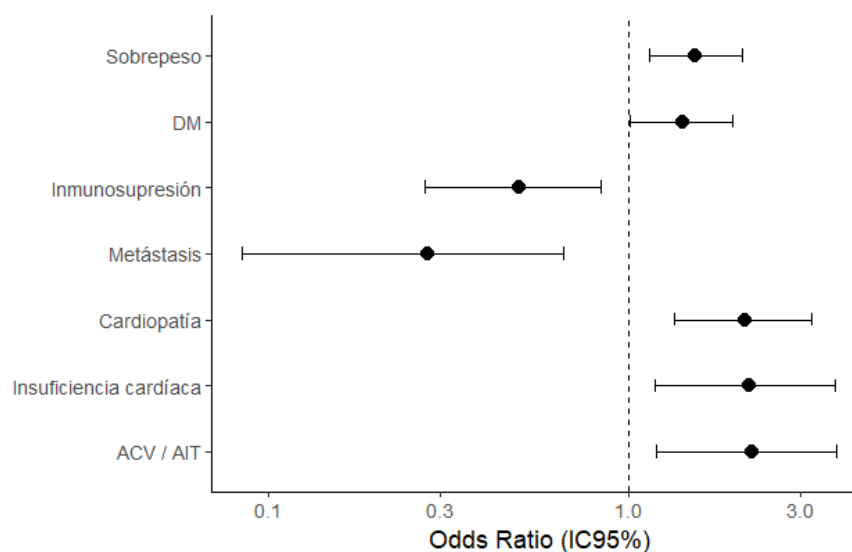
Factores relacionados con el requerimiento de cuidados críticos

Para los factores relacionados con el requerimiento de traslado a cuidados críticos durante la internación no se halló relación con el género ($p=0,4$) pero sí se halló relación con la edad. Los pacientes que requirieron de cuidados críticos durante la internación tenían una mayor mediana de edad (48 vs 54 años, $p<0,001$, OR: 1.02 [1.01;1.03]).

No se halló una relación estadísticamente significativa con el score de Charlson.

Las comorbilidades y hábitos cuya presencia se asoció de forma estadísticamente significativa con la necesidad de Cuidados Críticos se muestran en el Gráfico 11.

Gráfico 11: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas al requerimiento de cuidados críticos



Requerimiento de UTI				
	No n=2109	Si n=195	OR	p
Sobrepeso:				
No	1381 (66.1%)	108 (56.0%)	Ref.	0.006
Si	707 (33.9%)	85 (44.0%)	1.54 [1.14;2.07]	
Diabetes:				
No	1640 (77.8%)	139 (71.3%)	Ref.	0.047
Si	468 (22.2%)	56 (28.7%)	1.41 [1.01;1.95]	
Inmunosupresión:				
No	1825 (86.5%)	181 (92.8%)	Ref.	0.017
Si	284 (13.5%)	14 (7.18%)	0.50 [0.27;0.85]	
Metástasis:				
No	1960 (92.9%)	191 (97.9%)	Ref.	0.011
Si	149 (7.06%)	4 (2.05%)	0.29 [0.09;0.69]	

Cardiopatía:				0.001
No	1958 (92.9%)	168 (86.2%)	Ref.	
Si	149 (7.07%)	27 (13.8%)	2.12 [1.34;3.24]	
Insuficiencia cardíaca:				0.010
No	2029 (96.3%)	180 (92.3%)	Ref.	
Si	78 (3.70%)	15 (7.69%)	2.18 [1.18;3.77]	
ACV / AIT:				0.010
No	2031 (96.3%)	180 (92.3%)	Ref.	
Si	77 (3.65%)	15 (7.69%)	2.21 [1.20;3.83]	

Factores relacionados con la mortalidad

Respecto de los factores relacionados con la mortalidad hospitalaria no se halló relación con el género ($p=0,7$) pero sí se halló relación con la edad. Los pacientes que fallecieron durante la internación tenían una mayor mediana de edad (48 vs 55,5 años, $p<0,001$, 1.03 [1.02;1.05]).

También se encontró una relación estadísticamente significativa con el score de Charlson, los pacientes que fallecieron tenían un puntaje mayor ($p<0.001$, OR: 1.28 [1.23;1.34]) como puede verse en el Gráfico 13.

Las comorbilidades y hábitos cuya presencia se asoció de forma estadísticamente significativa con el reingreso dentro de los 30 días se muestran en Gráfico 14.

Gráfico 13: *Medianas de edad en relación a la mortalidad*

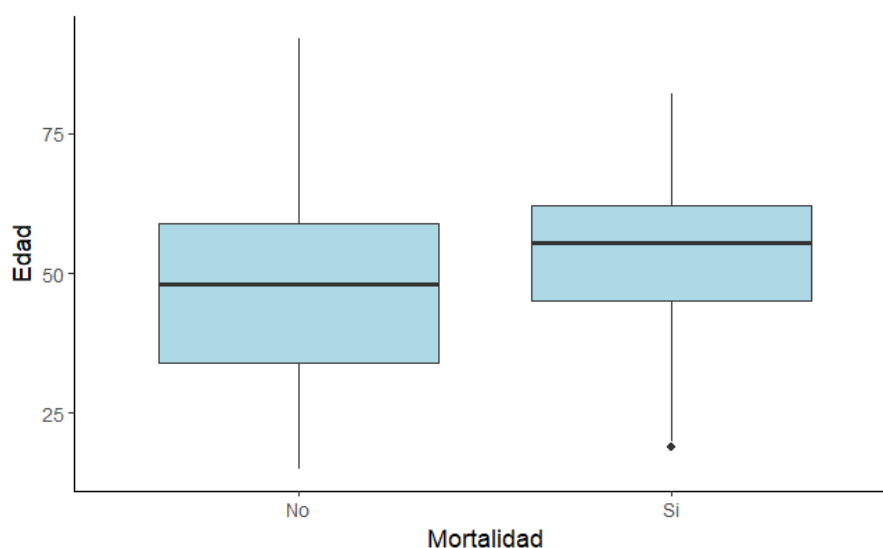


Gráfico 13: Score de Charlson en relación a la mortalidad

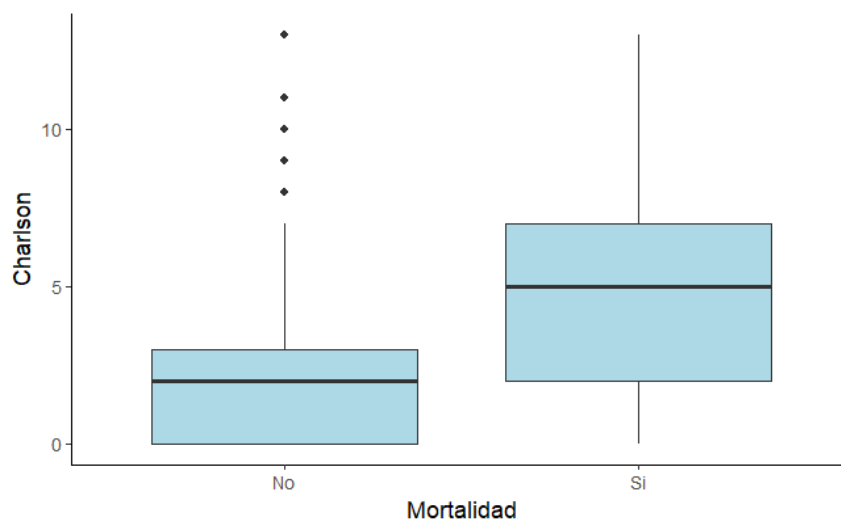
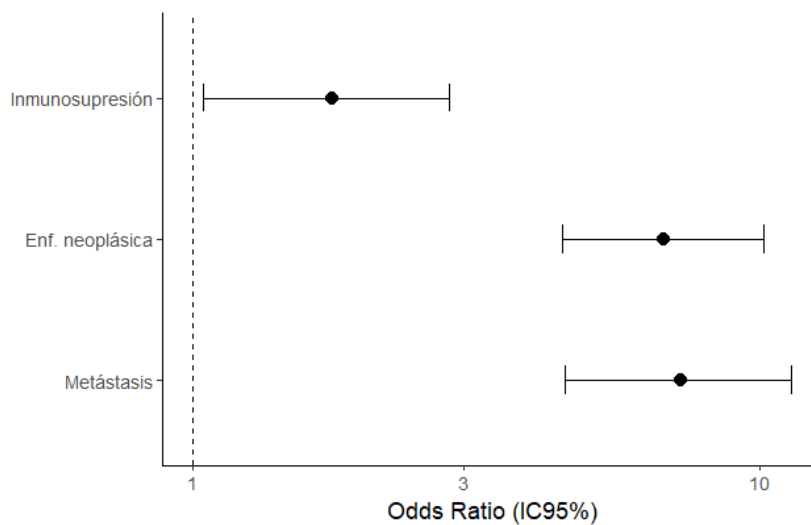


Gráfico 14: Odds Ratio e IC95% para las comorbilidades asociadas a la mortalidad



Mortalidad				
	No n=2199	Si n=104	OR	p
Inmunosupresión:				0.035
No	1922 (87.4%)	83 (79.8%)	Ref.	
Si	277 (12.6%)	21 (20.2%)	1.76 [1.05;2.84]	
Neoplasia oncológica:				<0.001
No	1951 (88.7%)	56 (53.8%)	Ref.	
Si	248 (11.3%)	48 (46.2%)	6.74 [4.47;10.1]	
Metástasis:				<0.001
No	2077 (94.5%)	73 (70.2%)	Ref.	
Si	122 (5.55%)	31 (29.8%)	7.23 [4.52;11.4]	

DISCUSIÓN

El presente trabajo fue realizado en base a la experiencia de las salas de internación de Clínica Médica de un hospital de tercer nivel de complejidad, centro de derivación en múltiples patologías, con amplia variabilidad en cuanto a edad, sexo y comorbilidades. La muestra analizada en el período de recolección de datos quedó conformada por pacientes ingresados en su mayoría de forma primaria por el Servicio de Clínica Médica.

La mediana de edad fue de 48 años y en la distribución por género la mayoría fueron hombres cis. Cuando comparamos estos datos con los trabajos locales de otras instituciones y con trabajos de otros países, encontramos cierta similitud en cuanto a la relación hombres-mujeres en internación, y aunque resulta difícil establecer una comparación directa y certera debido a que la mayor parte de los trabajos involucran hospitales de otras características, sistemas de salud diferentes, son hechos de manera multicéntrica e incluyen un número muy variable de pacientes, se observa una tendencia general a un mayor número de hombres internados.

Resulta interesante comparar nuestros resultados en cuanto a este aspecto con tres diferentes experiencias. En primer lugar, el trabajo local realizado por Trevisan V. y *col* de 2021, trabajo unicéntrico que registró los ingresos de 572 pacientes en un año, mostró una mediana y distribución de edad (47,1 años $\pm$ 17,1) y porcentajes hombres-mujeres (61,9% - 38,1% respectivamente) casi idénticos al nuestro.

En segundo lugar, trabajos realizados en otros países de Sudamérica, como el de Farro Panta PA y *col*, de 2015 en Perú, y el de Ontaneda Cueva KC y *col*, de 2016 en Ecuador, ambos unicéntricos con un registro de 383 y 1443 internaciones respectivamente, el primero de ellos informó un promedio de edad de 59,8 años y el segundo informó predominio del rango etario de 40-64 años. Ambos mostraron un predominio de mujeres (59,2% y 56,1% de mujeres para cada una de las series respectivamente), dato que se contrapone a lo observado en nuestro trabajo.

En tercer lugar, trabajos realizados en España, como el de Delgado Morales JL y *col*, de 2004 y el de Barba Martin R y *col*, de 2009, el primero de ellos unicéntrico con un registro de 758 internaciones y el segundo de ellos multicéntrico con un registro de más

de 1 millón de internaciones, mostraron una mediana de edad de 70 años, cifra mucho más alta que la de la población de nuestro trabajo, y en cuanto al género si bien en su mayoría fueron hombres (51% y 53,6% respectivamente para cada trabajo), el predominio no fue tan marcado.

Luego de ver dichos resultados podemos reflexionar que cada centro de atención presentará una prevalencia de edad y género de acuerdo al nivel de atención en salud que desempeña y con ello a las patologías abordadas, así como a las características sociales de la población atendida, que tendrá su perfil socio-económico y educativo particular.

En relación a los hábitos de los pacientes internados, el 30,3% eran tabaquistas, el 12,3% eran usuarios de drogas de abuso y el 12,1% eran estilistas.

En la población de nuestro país según los datos de la encuesta mundial sobre tabaco en adultos que publicó el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en 2012, el 21,9% de la población mayor de 15 años consume tabaco, en su mayoría hombres, y el 17,1% lo hace de forma diaria. Además, en la Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado (ENCoPraC) de 2022, también realizada por el INDEC, se registró que 25,6% de los encuestados habían consumido tabaco en el último año, y 23,3% lo habían hecho en el último mes. En relación al consumo de drogas ENCoPraC de 2022, muestra que en nuestro país la prevalencia anual de consumo de marihuana fue de 13,8% y la prevalencia en vida del consumo de cocaína fue de 5,1%. Todos estos hábitos fueron más prevalentes en hombres al igual que en nuestra serie.

En cuanto a los antecedentes conocidos de los pacientes ingresados, el sobrepeso u obesidad fueron los más frecuentes seguidos por la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Según los datos de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) que publicó el INDEC en 2018, el 66,1% de la población presentaba exceso de peso y el 33,7% de la población presentaba sobrepeso u obesidad, porcentaje similar al que se obtuvo en nuestro registro. Otro estudio que vale la pena citar es el RENATA 2 donde la prevalencia de hipertensión arterial fue del 36,3%, siendo mayor en varones (43,7% vs. 30,4%; $p < 0,0001$), dicha distribución por género no coincide con la nuestra. Además, la prevalencia de diabetes en la población mayor de 18 años fue de 8,4% según los datos de la 4° ENFR del INDEC, porcentaje mucho menor al observado en nuestro registro.

En nuestro servicio, durante el período evaluado, la mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días, siendo bajo el porcentaje (7,6%) de pacientes que tuvieron una estancia prolongada más allá de los 30 días.

Si comparamos nuestros datos con otras experiencias vemos que en el trabajo local de Trevisan V. y *col.* se reportó una media de casi 10 días, y 4,4% de los pacientes permanecieron internados más de 30 días. Cabe destacar que en su trabajo reportan que un 7,5% de los pacientes que tuvieron una internación prolongada, pese a cumplir criterios de alta, debieron permanecer hospitalizados con motivo de deficiencias socioeconómicas ligadas a su residencia o a falta de recursos económicos para completar su cuidado ambulatorio. Este dato no fue registrado en nuestro trabajo, pero destacamos su importancia para un futuro.

En nuestra serie no pudimos establecer una relación estadísticamente significativa con factores que predispongan a una estadía hospitalaria prolongada. Contrario a ello, encontramos una disminución estadísticamente significativa en la probabilidad de estadía hospitalaria prolongada en relación a un menor score de Charlson, la presencia de enfermedad neoplásica, de metástasis y de tratamiento inmunosupresor. Sobre este hallazgo podemos hipotetizar que pacientes con un menor score de Charlson tienen menor carga de enfermedad y por eso menor probabilidad de una estadía prolongada. Además, respecto de la presencia de enfermedad neoplásica, de metástasis y de tratamiento inmunosupresor podríamos suponer que se trata de dos escenarios posibles; internaciones programadas para realizar quimioterapia que habitualmente son de muy corta duración o internaciones de pacientes para cuidados de fin de vida.

Con respecto al reingreso hospitalario, en nuestro estudio hubo 15,8% de reingresos dentro de los 30 días para el período evaluado. El trabajo local de Trevisan V. y *col.* reportó 168 reingresos de un total de 740 admisiones, pero el análisis tomando el corte de 30 días fue hecho con el número de pacientes y sus reingresos, sin especificar el número total de reingresos para ese punto de corte. Un trabajo realizado en Israel en 2008, por Balla U y *col.* reportó un 14,1% de reingresos dentro de los 30 días para dos departamentos de medicina interna. Resulta difícil comparar nuestros hallazgos con el resto de la bibliografía disponible principalmente por las diferentes definiciones o puntos de corte para establecer la definición de reingreso, que varían desde 24 horas hasta un año.

Pudimos establecer una asociación estadísticamente significativa entre una mayor mediana de edad, mayor Score de Charlson y múltiples comorbilidades con el reingreso a

30 días. En el trabajo de Salchi Z y *col.* de 2009 en Londres, los reingresos representaron el 4% de las admisiones, y observaron una mayor mediana de edad y una internación inicial más larga en los pacientes reingresados. Otro trabajo enfocado en los reingresos, el de Matesanz-Fernández M y *col.* de 2015 en España, los asoció a mayor edad, mayor número de comorbilidades y un Score de CIRS-G más alto.

Sobre estos hallazgos podemos presumir que estos pacientes tienen una mayor fragilidad, mayor carga de enfermedad, mayor riesgo de desarrollar complicaciones y por eso tendrían mayor necesidad de atención haciendo más probable el reingreso.

En nuestro trabajo, el 18,7% de los pacientes requirió de cuidados críticos en algún momento de su internación. Como aspecto a destacar, el motivo por el cual lo requirieron no fue incluido, aspecto que consideramos de importancia para el futuro. Cuando analizamos los factores relacionados; encontramos que la edad, el sobrepeso u obesidad, la diabetes mellitus, la cardiopatías e insuficiencia cardíaca, y el antecedente de ACV/AIT se asociaron con una mayor probabilidad de requerir cuidados críticos.

De los 2304 pacientes ingresados a las salas de internación de Clínica Médica 104 de ellos, un 4,5%, fallecieron. Otros trabajos ya mencionados mostraron cifras de mortalidad más altas; en el de Trevisan V. y *col.* la mortalidad fue de 8,6%, para el de Farro Panta PA y *col.* fue de 6,3%, para el de Ontaneda Cueva KC y *col.* fue de 6,8%, cifras ligeramente más altas a las nuestras.

Cuando analizamos los factores relacionados con la mortalidad intrahospitalaria en nuestros pacientes hallamos relación estadísticamente significativa con mayor edad, mayor score de Charlson e individualmente con los antecedentes de enfermedad neoplásica, presencia de metástasis e inmunosupresión. Al igual que con la mayor probabilidad de reingreso a los 30 días, consideramos que este hallazgo podría explicarse con el hecho de que estos pacientes tienen una mayor fragilidad y mayor carga de enfermedad. Para un análisis más detallado en el futuro sería importante registrar las causas de fallecimiento y si los pacientes se encontraban o no bajo cuidados de fin de vida.

LIMITACIONES

Por tratarse de un trabajo retrospectivo, está sujeto a las limitaciones inherentes a este tipo de diseño. La información se obtiene de los registros médicos existentes, lo que implica que la calidad y la integridad de los datos dependen de la meticulosidad de la documentación clínica a la que se accede. Es posible que algunos datos no se hayan registrado pertinentemente, lo que puede introducir sesgos en los resultados.

Este trabajo se realizó en un hospital de tercer nivel que atiende a pacientes de una amplia región. Esto no permite extrapolar los resultados a la población general. La prevalencia real de las patologías identificadas podría ser diferente en otras poblaciones o entornos clínicos. Bajo esta misma premisa, el hospital actúa como centro de derivación para una muy amplia cantidad de patologías de pacientes de alta complejidad, por lo que es muy probable que se registren más casos graves y menos casos leves, lo que podría distorsionar la imagen real del perfil clínico de la población general y de otros centros de atención.

Para este trabajo se eligió un período de análisis que estuvo, y estará, sujeto a cambios significativos que incluyen las modificaciones que ha experimentado el hospital a lo largo de los años, y los cambios en los procesos de salud-enfermedad-atención de la población a lo largo del tiempo. Destacando, por ejemplo, el impacto de la pandemia de SARS-Cov2.

Al ser un trabajo realizado de forma unicéntrica, los resultados no pueden generalizarse a otras instituciones o regiones.

CONCLUSIONES

Nuestro trabajo permitió observar con detenimiento las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de la población internada durante un período anual, brindando una perspectiva integral del perfil de los pacientes atendidos en el Servicio de Clínica Médica.

En relación con la literatura internacional, se identificaron tanto similitudes como diferencias respecto a los perfiles observados en otras poblaciones. En términos generales, las tendencias coinciden en la alta prevalencia de comorbilidades crónicas y en el peso creciente de las enfermedades infecciosas y oncológicas como causas de hospitalización. Sin embargo, las variaciones en la distribución etaria, el acceso a servicios de salud, las características socioeconómicas y los recursos disponibles explican en parte las divergencias encontradas. Estas diferencias refuerzan la importancia de contar con estudios locales que reflejen las particularidades del entorno y permitan adaptar las intervenciones a las necesidades reales de la población atendida.

Los análisis inferenciales identificaron factores asociados de forma consistente con peores desenlaces: mayor edad y mayor puntaje de Charlson se relacionaron con reingreso, complicaciones, necesidad de UTI y mortalidad; las enfermedades neoplásicas especialmente con metástasis y el tratamiento inmunosupresor mostraron fuerte asociación con mortalidad. Además, comorbilidades como insuficiencia renal crónica, cirrosis, cardiopatía e insuficiencia cardíaca se asociaron a reingreso y eventos adversos.

En conjunto, la recolección continua de datos locales permite priorizar intervenciones dirigidas a las problemáticas más prevalentes, diseñar estrategias de prevención de complicaciones y optimizar la transición del alta. Esta descripción no solo posibilita un mayor conocimiento de nuestra población, sino que también ofrece una herramienta útil para la planificación sanitaria, la asignación de recursos y la toma de decisiones basadas en la evidencia. Asimismo, aporta información valiosa para el diseño de estrategias de prevención y para orientar futuras líneas de investigación que profundicen en las causas y consecuencias de los principales motivos de internación observados. De este modo, el estudio se posiciona como un punto de partida para el monitoreo continuo de indicadores clínicos y epidemiológicos, contribuyendo a la mejora sostenida de la calidad asistencial.

Consideramos de suma importancia la replicación de este estudio mediante nuevos proyectos actualizados, de tipo prospectivo y multicéntrico.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a todos mis compañeros, tutores y docentes parte de mi formación.

Mi agradecimiento especial a la persona que me motivó a completar el proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grimes DA, Schulz KF. An overview of clinical research: the lay of the land. *The Lancet* 2002; 359: 57-61.
2. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002; 359: 145-149.
3. Álvarez Hernández G, Delgado De la Mora J. Diseño de estudios epidemiológicos. I. El estudio transversal: Tomando una fotografía de la salud y la enfermedad. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son* 2015; 32: 26-34.
4. Cardona Arias JA. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Arch Med (Manizales)* 2016; 16: 183-191.
5. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C. OPS 2018.
6. Delgado Morales JL, Alonso del Busto R, Pascual Calleja I, et al. Estudio observacional de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 3-6.
7. Barba Martín R, Marco Martínez J, Emilio Losa J, et al. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp* 2009; 209: 459-466.
8. Zapatero-Gaviria A, Barba Martín R. Gestión de los reingresos en Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2013; 213: 203-207.
9. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Escortell Mayor E, et al. Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Aten Primaria* 2011; 43: 117-124.
10. Galofré JC. Manejo de los corticoides en la práctica clínica. *Rev Med Univ Navarra* 2009; 53: 9-18.
11. Adrover R, Arzeno M, Bisigniano L, et al. Guías de manejo de las enfermedades hepáticas asociadas al consumo de alcohol. AAEEH 2018.
12. Bataller R, Cabezas J, Aller R. Enfermedad hepática por alcohol. Guías de práctica clínica. *Gastroenterol Hepatol* 2019; 42: 657-676.
13. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-383.

14. Charlson ME, Charlson RE, Paterson JC, et al. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 1234-1240.
15. Kollef MH, Torres A, Shorr AF. Nosocomial infection. *Crit Care Med* 2021; 49(2): 169-87.
16. Zapatero Gaviria A, Barba Martin R, Canora Lebrato J, et al. Mortalidad en los servicios de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 2010; 134: 6-12.
17. Miceli INP: Análisis de la mortalidad hospitalaria. *Medicina (Buenos Aires)* 2013; 73: 183-186.
18. Matesanz-Fernández M, Monte-Secades R, Íñiguez-Vázquez I, et al. Characteristics and temporal pattern of the readmissions of patients with multiple hospital admissions in the medical departments of a general hospital. *Eur J Intern Med* 2015; 26: 776-781.
19. Shadmi E, Flaks-Manov N, Hoshen M, et al. Predicting 30-day readmissions with preadmission electronic health record data. *Med Care* 2015; 53: 283-289.
20. Fry CH, Fluck D, Han TS. Frequent identical admission-readmission episodes are associated with increased mortality. *Clin Med (Lond)* 2021; 21: e351-356.
21. Trevisan V, Kilstein J, Ghelfi A. Estudio observacional de las características clínicas de pacientes internados en clínica médica, en un hospital de tercer nivel de atención. 2021.
22. Farro Panta PA, Rodriguez Alayo N. Perfil epidemiológico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. 2015.
23. Ontaneda Cueva KC, Bustamante Granda BF. Perfil epidemiológico del servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General Isidro Ayora de Loja. 2016.
24. Delucchi AM, Majul CR, Vicario A, et al. Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Rev. argent. cardiol* 2017; 85: 1-8.
25. Balla U, Malnick S, Schattner A. Early readmissions to the department of medicine as a screening tool for monitoring quality of care problems. *Medicine* 2008; 87: 294-300.
26. Shalchi S, Saso HK, Li E. Factors influencing hospital readmission rates after acute medical treatment. *Clinical Medicine* 2009; 9: 426-430.