

Título del artículo:

“PERFIL CLÍNICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA”
“CLINICAL PROFILE AND OUTCOMES OF HOSPITALIZED PATIENTS IN INTERNAL MEDICINE”

Título corto:

“Pacientes hospitalizados en Medicina Interna”
“Hospitalized patients in Internal Medicine”

Categoría del trabajo:

Informe de investigación original. Artículo original.

Número de palabras que contiene el manuscrito:

2596

Cantidad de figuras y tablas que se acompañan:

Figuras: 2

Tablas: 3

Autores y filiación:

Eugenio Cautures. Médico, especialista en Clínica Médica, especialista en Terapia Intensiva.
Roberto Leandro Parodi. Médico, especialista en Clínica Médica. Doctor en Medicina. Jefe de la Primera Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica, FCM, UNR. Jefe del Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario, Rosario.

Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario, Rosario.
Carrera de Posgrado de Especialización en Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario.
Primera Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Correspondencia:

Eugenio Cautures. eugeniocautures@gmail.com

Dirección postal: Eugenio Cautures, Servicio de Clínica Médica, Hospital Provincial del Centenario, Urquiza 3101, Rosario (CP 2000), Santa Fe, Argentina.

Información pertinente:

Ninguno de los autores recibió financiamiento. No existen conflictos de intereses para declarar por parte de ninguno de los autores.

Este contenido no ha sido presentado para su publicación previamente.

Resumen

Introducción: Los estudios epidemiológicos de la población hospitalaria permiten conocer la frecuencia y distribución de eventos, y son fundamentales para la toma de decisiones. **Objetivos:** Describir características clínicas de los pacientes internados. Jerarquizar y clasificar los motivos de internación. Analizar factores relacionados con la evolución de los pacientes. **Material y métodos:** Trabajo descriptivo-analítico, observacional, y retrospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados durante un año a cargo del Servicio de Clínica Médica. **Resultados:** Se incluyeron 2304 casos. 60,9% fueron varones. La mediana de edad fue 48 años. Los motivos de internación más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas, las enfermedades oncológicas, y los trastornos de la salud mental. Las principales comorbilidades fueron el sobrepeso u obesidad, tabaquismo, hipertensión arterial, y diabetes mellitus. El 24,2% de los pacientes desarrolló alguna complicación. La mediana de internación fue 7 días y la mortalidad 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 cuidados críticos y la mortalidad. **Conclusiones:** La recolección y análisis de datos locales permiten mejorar la práctica diaria y la toma de decisiones, adecuándose a las problemáticas más prevalentes y establecen la base para realizar estudios más complejos.

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

Abstract

Introduction: Hospital-based epidemiological studies provide information on the frequency and distribution of diseases and support clinical decision-making. **Objectives:** Describe the clinical characteristics of hospitalized patients. Organize and classify causes of admission. Analyze factors related to patient outcomes. **Materials and Methods:** A descriptive-analytic, observational, retrospective study was conducted. All patients admitted over a one-year period to the Internal Medicine Service were included. Epidemiological data, clinical characteristics, comorbidities, and outcome-related variables were analyzed. **Results:** A total of 2,304 patients were included; 60.9% were men. Median age was 48 years. The most common causes of admission were infectious diseases, cancer, and mental health disorders. The most frequent comorbidities were overweight or obesity, smoking, arterial hypertension, and diabetes mellitus. Complications occurred in 24.2% of cases. Median length of hospital stay was 7 days, and in-hospital mortality was 4.5%. Age, Charlson Comorbidity Index score, multiple comorbidities and risk habits were significantly associated with 30-day readmission, complications and need for procedures, prolonged hospitalization, ICU admission, and mortality. **Conclusions:** Analysis of local hospital data identifies factors associated with adverse outcomes and supports evidence-based decision-making. These findings provide a basis for planning targeted interventions and future analytical studies.

Key words: internal medicine, hospitalization, inpatient care, epidemiology, retrospective study.

Introducción

Al llevar a cabo nuestra práctica médica, nos interesa conocer el comportamiento de un evento en el ámbito de la salud; por ejemplo, una enfermedad 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 (1-3).

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 (2).

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 (3,4). 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 (1).

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 invaluable para la adecuada atención de los pacientes y es a su vez, un elemento que jerarquiza el juicio profesional.

Objetivos

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.

- Describir las características clínicas de los pacientes internados.
- Jerarquizar y clasificar las patologías según los motivos de internación.
- Analizar factores relacionados con la evolución de los pacientes.

Material y métodos

El diseño de este trabajo fue de tipo observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, de carácter unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes internados consecutivamente por cualquier motivo a cargo del Servicio de Clínica Médica durante el período comprendido entre el 1 de marzo de 2022 y el 28 de febrero de 2023, en el Hospital Provincial del Centenario, centro de atención de tercer nivel de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. Se excluyeron aquellos con historias clínicas incompletas o no disponibles que impidieron la recolección de las variables necesarias.

Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas y registros institucionales. El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki, garantizando la confidencialidad de los datos.

Se registraron datos epidemiológicos como edad y género. Se registró el tipo de ingreso como primario aquel realizado inicialmente por el Servicio de Clínica Médica y como ingreso secundario el iniciado por otro servicio con posterior intervención de Clínica Médica, además se consideró reingreso

a toda nueva internación ocurrida dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria previa. 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. Se registraron comorbilidades y antecedentes patológicos según la consignación médica al ingreso. El índice de comorbilidad de Charlson se utilizó para cuantificar la carga de enfermedad. Se registraron también complicaciones intrahospitalarias y procedimientos invasivos. Se registró la estadía hospitalaria, y se consideró prolongada como una internación mayor a 30 días. Se registró al egreso como alta médica hospitalaria, fallecimiento, derivación a otra institución, alta voluntaria o fuga.

Los desenlaces evaluados fueron reingreso a 30 días, desarrollo de complicaciones, necesidad de procedimientos, requerimiento de cuidados críticos y mortalidad intrahospitalaria.

El análisis estadístico fue realizado con el programa IBM SPSS Statistics versión 25. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y porcentajes y se compararon mediante chi cuadrado o prueba exacta de Fisher. Las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ desvío estándar o mediana y rango intercuartilo, según su distribución. Se utilizó regresión logística multivariada para identificar factores asociados a los desenlaces. El riesgo se estimó utilizando la medida de razón de posibilidades *odds ratio* (OR, por su sigla en inglés), con un intervalo de confianza (IC) del 95%. El nivel de significación estadística fue establecido para una $p < 0,05$.

Resultados

Se identificaron 2535 internaciones durante el período evaluado. Se excluyeron 231 episodios por presentar información incompleta acerca de la evolución intrahospitalaria, por lo que la muestra quedó conformada por 2304 internaciones.

La mayoría de los ingresos fueron primarios (83,6%). El 15,8% correspondió a reingresos dentro 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).

Al categorizar los diagnósticos, las infecciones representaron el 35,4% (n=816) de las internaciones, seguidos por las 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 pueden ver en la Tabla 1.

Características clínicas de la población

El 60,9% de los internados fueron varones y el 38,7% fueron mujeres, y 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.

De los 2304 casos, el 89,7% 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 pueden ver en la Tabla 2. 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.

Comparativamente se observó una diferencia significativa según el género para ciertas comorbilidades y hábitos. Las mujeres mostraron 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 mostraron mayor proporción de cardiopatías ($p=0,013$), neoplasias hematológicas ($p=0,001$), y los tres hábitos incluidos, consumo de alcohol, tabaquismo y consumo de otras drogas, resultaron más frecuentes en los hombres (las tres categorías; $p<0,001$).

Evolución durante la internación

Durante la internación, el 23,9% de los pacientes ($n=553$) desarrolló al menos una complicación, con un total de 820 eventos de complicaciones. Las más frecuentes fueron las infecciones intrahospitalarias, seguidas por la anemia y la injuria renal aguda (Figura 1A). El 44,3% ($n=1021$) requirió al menos un procedimiento invasivo durante su internación, con un total de 1584 procedimientos. Los más frecuentes fueron la colocación de un acceso venoso central, la necesidad de alguna cirugía, y la transfusión de hemoderivados (Figura 1B). Además, el 18,7% ($n=430$) necesitó 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.

La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 días (RIC 4–14), con un mínimo de <1 día y un máximo de 244 días; el 7,6% ($n=175$) presentó una estadía prolongada más allá de los 30 días.

Del total de las 2304 internaciones, el 85,3% ($n=1965$) 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% ($n=104$).

Factores relacionados con la evolución

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 cuidados críticos y la mortalidad para determinar su asociación.

La edad se asoció de forma estadísticamente significativa con todos los desenlaces de evolución, excepto con la estadía prolongada. Para el género no se halló relación con ninguno de ellos. El índice de Charlson se asoció de manera significativa con el reingreso a 30 días, las complicaciones intrahospitalarias, la necesidad de procedimientos y la mortalidad (Tabla 3).

Determinadas comorbilidades, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica, cirrosis, las cardiopatías e insuficiencia cardíaca, enfermedad neoplásica, metástasis e inmunosupresión, mostraron asociación con diferentes desenlaces adversos (Figura 2).

Discusión y conclusiones

Este estudio describe de manera integral el perfil clínico y la evolución de pacientes hospitalizados en un Servicio de Clínica Médica de un hospital de tercer nivel. Los resultados permiten caracterizar una población heterogénea, con amplia variabilidad en edad, comorbilidades y motivos de internación, aportando información local relevante sobre los determinantes clínicos asociados a desenlaces hospitalarios.

Los hallazgos muestran una población relativamente joven y con predominio de sexo masculino. En comparación con series locales e internacionales, el trabajo local realizado por Trevisan V. y col de 2021 mostró una mediana y distribución de edad, y porcentajes hombres-mujeres casi idénticos al nuestro (5). Estudios regionales latinoamericanos muestran resultados intermedios (6, 7). Por otro lado, trabajos realizados en España muestran poblaciones más añosas, sin un predominio por sexo marcado (8, 9). Esta diferencia probablemente refleja características propias del sistema sanitario, el rol del hospital como centro de derivación y el perfil demográfico de la población atendida. Si bien las causas de estas diferencias no pueden establecerse con precisión a partir de un estudio

observacional, podrían vincularse con mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, hábitos nocivos y menor utilización preventiva del sistema de salud en varones.

El análisis de los hábitos y antecedentes clínicos evidenció una elevada carga de factores de riesgo modificables, destacándose el tabaquismo, el consumo de sustancias y la alta prevalencia de sobrepeso u obesidad. Estos hallazgos se alinean con los datos epidemiológicos nacionales, que describen un incremento sostenido de enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores asociados (10, 11).

La mediana de estancia hospitalaria observada fue comparable a la informada en otros centros de características similares, lo que sugiere una duración de internación acorde al perfil clínico de los pacientes atendidos (5). Hubo un bajo porcentaje de internaciones prolongadas, sin embargo, la ausencia de registro sistemático de determinantes sociales del alta constituye un aspecto relevante a considerar en el futuro. Factores socioeconómicos, disponibilidad de cuidados domiciliarios y acceso a recursos sanitarios influyen significativamente en la duración de la hospitalización, incluso luego de alcanzados los criterios médicos de alta.

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, lo que resulta esperable y en relación a la presencia de enfermedad neoplásica, de metástasis y de tratamiento inmunosupresor. Esto podría interpretarse dentro de distintos escenarios asistenciales, incluyendo internaciones programadas de corta duración para quimioterapia programada o cuidados orientados al final de la vida.

La tasa de reingreso hospitalario a 30 días fue comparable a la reportada en la literatura internacional, aunque la heterogeneidad en las definiciones utilizadas limita las comparaciones directas entre estudios (5, 12). La mayor mediana de edad, la presencia de múltiples comorbilidades y un índice de Charlson elevado se asociaron significativamente con mayor riesgo de reingreso. Estos hallazgos respaldan el concepto de fragilidad como determinante central de utilización repetida del sistema sanitario. Los pacientes con mayor carga de enfermedad presentan mayor vulnerabilidad, complicaciones y dificultades en la transición del cuidado hospitalario al ambulatorio, lo que incrementa la probabilidad de nuevas internaciones.

Casi una quinta parte de los pacientes requirió de cuidados críticos durante la internación. La asociación observada entre edad avanzada, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, obesidad y antecedentes neurológicos con la necesidad de cuidados críticos identifica a estas condiciones como predictores de deterioro clínico intrahospitalario (13, 14). La falta de registro sistemático del motivo específico de ingreso a cuidados críticos señala una oportunidad para mejorar la calidad futura de la recolección de datos.

La mortalidad intrahospitalaria observada fue inferior a la comunicada en varias series comparables (5-7). 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.

Entre las limitaciones del estudio se incluyen su diseño retrospectivo, el carácter unicéntrico y la imposibilidad de extrapolar los resultados a otras poblaciones. Sin embargo, la fortaleza principal radica en el gran tamaño muestral y en la descripción detallada de múltiples desenlaces clínicamente relevantes.

En conclusión, la recolección sistemática y el análisis de datos locales permiten identificar factores asociados a eventos adversos, optimizar la práctica clínica y orientar futuras investigaciones.

Estos resultados constituyen una base para el desarrollo de estudios prospectivos y multicéntricos que profundicen en las estrategias de mejora de la calidad asistencial.

Referencias bibliográficas

1. Grimes DA, Schulz KF. Descriptive studies: what they can and cannot do. *The Lancet* 2002; 359: 145-149.
2. 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.
3. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C. OPS 2018.
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. 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.
6. Farro Panta PA, Rodríguez Alayo N. Perfil epidemiológico del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque. 2015.
7. Ontaneda Cueva KC, Bustamante Granda BF. Perfil epidemiológico del servicio de hospitalización de Medicina Interna del Hospital General Isidro Ayora de Loja. 2016.
8. 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.
9. 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.
10. Encuesta nacional sobre consumos y prácticas de cuidado 2022 ENCoPraC. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Argentina: SEDRONAR, 2023.
11. 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC; Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, 2019.
12. 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.
13. Shalchi S, Saso HK, Li E. Factors influencing hospital readmission rates after acute medical treatment. *Clinical Medicine* 2009; 9: 426-430.
14. 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.

ANEXO

Tabla 1: *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 %

Tabla 2: Comorbilidades y hábitos.

Comorbilidades y hábitos	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Sobrepeso u obesidad	172	34.1 %
Tabaquismo	670	30.3 %
Hipertensión arterial	604	23.1 %
Diabetes mellitus	324	22.0 %
Inmunosupresión previa	230	12.3 %
Enfermedad neoplásica	230	12.0 %
Presencia de metástasis	133	0.0 %
Uso de drogas de abuso	203	12.3 %
Elusismo	213	12.1 %
Dislipemia	213	11.3 %
Enfermedad renal crónica	232	10.3 %
Cardiopatía	170	7.0 %
Enfermedad tiroidea	130	0.3 %
Vinculación a diálisis	137	0.0 %
COVID-19 previo	143	0.3 %
Infección por VIH	110	3.1 %
Enfermedades onco-hematológicas	110	3.1 %
Corticoterapia crónica	113	3.0 %
Enfermedades autoinmunes	112	4.3 %
Cirrosis	103	4.0 %
Insuficiencia cardíaca	33	4.0 %
ACV / AIT	32	4.0 %
Asma	32	4.0 %
Arteriopatía periférica	03	3.1 %
EPOL	03	3.0 %
Tuberculosis	03	3.0 %
Trasplante renal	04	2.0 %
Úlcera gastrointestinal	20	1.1 %
Demencia	3	0.2 %

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

Figura 1: 1A. Complicaciones intrahospitalarias durante la evolución: Eventos en orden de frecuencia con valor absoluto, y porcentaje sobre el total. 1B. Procedimientos invasivos durante la internación: Procedimientos en orden de frecuencia con valor absoluto, y porcentaje sobre el total.

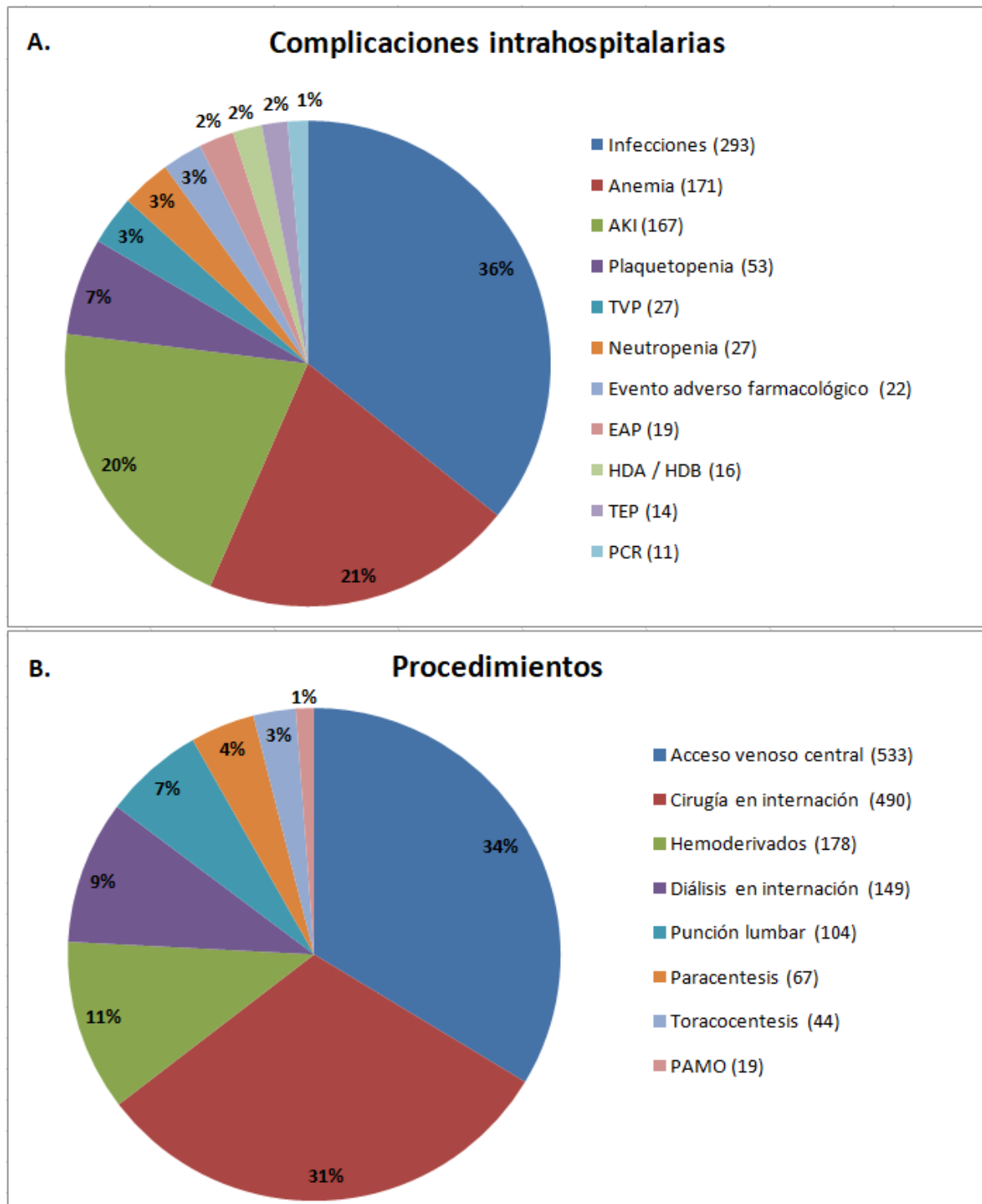


Tabla 3: Relación entre género, edad y Score de Charlson; y la evolución. OR: odds ratio.

	Género	Edad	Score de Charlson
Reingreso	p= 0,5	p< 0,001 OR: 1.02	p< 0,001 OR: 1.28
Complicaciones	p=0,9	p< 0,001 OR: 1.01	p< 0,001 OR: 1.08
Procedimientos	p=0,7	p< 0,005 OR: 1.02	p=0,3
Estadía prolongada	p=0,6	p=0,4	p< 0,001 OR: 0.9
Cuidados críticos	p=0,4	p< 0,001 OR: 1.02	p=0,2
Mortalidad	p=0,7	p< 0,001 OR: 1.03	p< 0,001 OR: 1.28

Figura 2: Odds ratio (Razón de posibilidades)

