



# ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES INTERNADOS EN CLÍNICA MÉDICA, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

ALUMNO: Dra. Victoria Trevizan<sup>1</sup>.

TUTORES: Dr. Jorge Kilstein<sup>2</sup> - Dra. Albertina Ghelfi<sup>3</sup>.

Hospital Escuela Eva Perón  
Año 2021

1 Médica. Residencia de Clínica Médica en Hospital Escuela Eva Perón, años 2013-2016. Residencia de Gastroenterología en Hospital Provincial de Centenario, años 2017-2021.

2 Médico. Especialista Universitario en Clínica Médica. Instructor de Residentes de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón. Docente Estable de la Carrera de Posgrado Universitario de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario.

3 Médica. Especialista Universitario en Clínica Médica. Tutora de Residentes de Clínica Médica, Hospital Escuela Eva Perón. Docente Estable de la Carrera de Posgrado Universitario de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario.

**INDICE**

---

ÍNDICE.....	2
RESUMEN .....	3
ABREVIATURAS.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	7
<u>MATERIALES Y METODOS</u> .....	8
DISEÑO.....	8
POBLACIÓN Y SELECCIÓN DE MUESTRA.....	8
DEFINICIONES.....	8
INTERVENCIONES.....	9
VARIABLES.....	9
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	12
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSIÓN.....	25
CONCLUSIÓN.....	34
LIMITACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXOS.....	37

## RESUMEN

---

**Introducción.** Los estudios epidemiológicos descriptivos tienen la finalidad fundamental de estimar la frecuencia de los problemas de salud en una población determinada, descubrir las características y la evolución natural de la enfermedad. Consideramos necesario el conocimiento de la experiencia local, a fin de describir las características de los pacientes hospitalizados en una sala de internación de Clínica Médica, en un hospital de tercer nivel de atención.

**Objetivos.** Describir características demográficas y clínicas (antecedentes patológicos, hábitos, motivo de ingreso, reingreso temprano y tardío) de la población. Describir la evolución clínica de los pacientes durante la internación. Analizar la existencia de factores relacionados con reingreso, estancia hospitalaria, complicaciones intrahospitalarias, cuidados críticos y mortalidad.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo y analítico, observacional, de corte transversal; retrospectivo; incluyo todos los pacientes hospitalizados, consecutivamente y por cualquier motivo, en el período de tiempo comprendido entre el 01/06/2014 al 01/06/2015; en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

**Resultados.** Se incluyeron 572 pacientes, 61,9% hombres. La edad media fue de 47,1 años. Hubo 12,7% pacientes que reingresaron. Antecedentes más frecuentes: hipertensión arterial (HTA) 36%, diabetes mellitus (DM) 21,2%, neoplasia (NEO) 8,7%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 7,3%, insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) 7,2%. Diagnósticos de ingreso usuales: accidente cerebro vascular 6,3%, infección urinaria complicada 6,3%, síndrome coronario agudo 6,3%, neumonía adquirida en la comunidad 5,9%, infección de piel y partes blandas 5,7%, exacerbación de EPOC 4%, ICC descompensada 4%. Hubo 17,8% que desarrollaron complicaciones durante la internación. El 11,4% tuvo requerimiento de cuidados en unidad de terapia intensiva. La estancia hospitalaria fue  $9,4 \pm 12,7$  días (min. 1, máx. 208). Se registraron 4,4% pacientes con internación prolongada >30 días. A 77,8% se les indico alta médica; 5,4% solicitaron alta voluntaria y 9,4% fueron derivados. El 8,6% de pacientes fallecieron. Se determinó asociación entre las siguientes patologías y reingreso: enfermedad renal crónica ( $p=0,01$ ); EPOC ( $p=0,03$ ); NEO ( $p \leq 0,0001$ ) y colagenopatía ( $p=0,002$ ). Se halló relación entre la estancia hospitalaria prolongada (>30 días) y DM ( $p=0,04$ ) y colagenopatía ( $p=0,04$ ). Se halló relación entre desarrollo de complicaciones y etilismo ( $p=0,01$ ), HTA ( $p=0,01$ ), ERC ( $p \leq 0,0001$ ), EPOC ( $p=0,02$ ), cirrosis ( $p \leq 0,0001$ ) y NEO ( $p=0,002$ ). Se halló diferencia entre edad del grupo que desarrollo complicaciones intrahospitalarias y los que no lo hicieron ( $p=0,001$ ). Se relacionaron con mayor ingreso a cuidados críticos sexo femenino ( $p=0,05$ ), embarazo ( $p=0,005$ ) y enfermedad renal crónica (ERC) de base ( $p=0,003$ ). Se halló mayor mortalidad intrahospitalaria en pacientes con NEO ( $p \leq 0,0001$ ) y cirrosis ( $p=0,002$ ). Se halló diferencia de edad entre pacientes que obitaron y los que fueron dados de alta ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusión.** La obtención de datos locales permiten mejorar la práctica profesional y la toma de decisiones, adecuando las mismas en base a las problemáticas abordadas. Asimismo, establecen un parámetro fidedigno para realizar comparaciones respecto de mejoras en la atención y cambios en el perfil de abordaje a lo largo del tiempo

**PALABRAS CLAVE:** Internación medicina interna - Clinica medica - Hospital 3 nivel de atención- Epidemiologia.

---

## LISTADO DE ABREVIATURAS

---

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

NEO: neoplasia

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica

ICC: insuficiencia cardiaca congestiva

ERC: enfermedad renal crónica

OMS: Organización Mundial de la Salud

UBE: unidad de bebida estándar

CRE: consumo regular excesivo

CEE: consumo episódico excesivo

UTI: Unidad de cuidados intensivos

ARM: necesidad de asistencia respiratorio mecanica

HIV: virus de la inmunodeficiencia humana

IRA: insuficiencia renal aguda

EAP: edema agudo de pulmón

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

## INTRODUCCIÓN

---

Los estudios epidemiológicos descriptivos tienen la finalidad fundamental de estimar la frecuencia de los problemas de salud en una población determinada, descubrir las características y la evolución natural de la enfermedad; así como generar hipótesis que deberán ser posteriormente evaluadas con estudios analíticos (1). Otra de las utilidades de estos estudios es permitir implementar y evaluar programas de prevención y control de enfermedades, a través del conocimiento de la frecuencia y tendencia que éstas tienen en la comunidad, en términos de incidencia, prevalencia, mortalidad y utilización de servicios de salud. (1) Asimismo, la identificación de grupos y zonas de mayor riesgo, permite la priorización y asignación de los recursos disponibles.

Cuando se conoce la frecuencia y tendencia de las enfermedades en la comunidad, en términos de incidencia, prevalencia, mortalidad y utilización de servicios de salud permite tener la base para la implementación, desarrollo y evaluación de programas de prevención y control de enfermedades.

Asimismo, la identificación de grupos y zonas de mayor riesgo, permite la priorización y asignación de los recursos disponibles.

En los países en vías desarrollo existe una necesidad creciente de este tipo de estudios, a fin de mejorar las políticas sanitarias. (2)

El conocimiento de los factores relacionados a los problemas de salud-enfermedad, abordados de forma sistemática y analítica, generan información útil y confiable, traducida en lo que se conoce como indicadores de salud. Estos, permiten evaluar diferentes dimensiones del estado de salud poblacional, identificando problemáticas a resolver y permitiendo la implementación de estrategias dirigidas al grupo poblacional que se aborda (2)

Un indicador de salud es una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud, como ser la ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud, o bien de un factor asociado con la salud en una población específica. (3)

En términos generales, estos indicadores representan medidas-resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado de salud, que vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla (3) y que asimismo permiten a los profesionales generar una constante evaluación y autocrítica de su praxis médica, a través del conocimiento de las cifras arrojadas.

Si bien este tipo de estudios se encuentra con mayor asiduidad a nivel de la Atención Primaria de la Salud, los reclutamientos suelen enfocarse en grupos específicos de pacientes o de patologías, perdiendo el marco del contexto global de la sala de internación. (4)

El conocimiento de las comorbilidades más frecuentes, la prevalencia de pluripatología, los motivos de internación presentes en grupos poblacionales, la tasa de reingreso, el desarrollo de complicaciones asociadas a la internación, como así también la tasa de mortalidad; representan herramientas invaluable para la adecuada atención de los pacientes y es a su vez, un elemento que jerarquiza el juicio profesional.

Luego de realizar una extensa búsqueda bibliográfica sobre trabajos epidemiológicos que incluyan la totalidad de pacientes internados en salas de medicina interna, se halló tan solo un número muy pequeño de este tipo de estudios, siendo la gran mayoría de ellos internacionales, y sin obtenerse resultados para trabajos a nivel local.

Por lo anteriormente expuesto, consideramos necesario el conocimiento de la experiencia local, a fin de describir las características de los pacientes hospitalizados en una sala de internación de Clínica Médica, en un hospital de tercer nivel de atención, con el objetivo de obtener datos que ayuden a mejorar nuestra práctica profesional y la toma de decisiones.

## OBJETIVOS

---

### Primarios

- Describir las características demográficas y clínicas (antecedentes patológicos, hábitos, motivo de ingreso, reingreso temprano y tardío) de la población incluida en el estudio.
- Describir la evolución clínica de los pacientes durante la internación (días de internación, necesidad de internación prolongada, desarrollo de complicaciones intrahospitalarias, requerimiento de cuidados críticos, necesidad de derivación, mortalidad).

### Secundarios

- Analizar la existencia de factores relacionados con: el reingreso hospitalario, la estancia hospitalaria prolongada, el desarrollo de complicaciones intrahospitalarias, el requerimiento de cuidados críticos y la mortalidad intrahospitalaria; durante la internación de los pacientes incluidos en el trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

### Diseño

Estudio descriptivo y analítico, observacional, de corte transversal; con recolección de datos de tipo retrospectivo; realizado en base a la revisión de las historias clínicas, de todos los pacientes hospitalizados, consecutivamente y por cualquier motivo, en el período de tiempo comprendido entre el 01/06/2014 al 01/06/2015; en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina; de tercer nivel de atención.

### Criterios de Selección de Muestra

**Criterios de Inclusión:** Se incluyó a todos aquellos pacientes mayores de 14 años, sin distinción de sexo, internados consecutivamente por cualquier motivo en la sala de internación de Clínica Médica.

**Criterios de Exclusión:** Se excluyó a:

- Pacientes menores de 14 años.
- Historias clínicas incompletas donde no figuraran los datos necesarios para la recolección de variables evaluadas en el estudio.
- Pacientes ingresados primariamente en otros servicios de internación diferentes a Clínica Médica.

### Definiciones

1. Reingreso: Se definió como reingreso a aquella internación, programada o urgente, que se produjera en un plazo de tiempo determinado tras el alta de una internación previa; pudiendo el motivo del mismo estar relacionado o no con la causa que justificó el primer ingreso. (5)

Reingreso Temprano: Aquel producido dentro de los 30 días del primer alta.

Reingreso Tardío: Aquel que se produce luego de los 30 días del primer alta.

2. Servicio de Origen: Se refiere al primer servicio médico que evalúa al paciente tras su ingreso administrativo a la institución, sin que el mismo se aún ingresado formalmente en ninguna especialidad.



3. Hábitos: Se recabaron los datos acerca del consumo de tabaco, alcohol, drogas inhaladas y drogas endovenosas. A los fines de la realización del trabajo, se consideró:

*Tabaquista activo*: a aquel paciente que presentara hábito activo al momento de ingreso hospitalario; *ex-tabaquista*: a aquel paciente que hubiera cesado su consumo en los últimos 6 meses

*Consumo regular excesivo de alcohol*: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a una unidad de bebida estándar (UBE) como equivalente a 10 g de alcohol puro y diferencia dos patrones de consumo de riesgo (aquel que se vincula a mayor probabilidad de problemas vinculados al uso de alcohol): a) El consumo regular excesivo (CRE) que corresponde a la ingesta promedio superior a dos UBE por día en la mujer y a más de tres en el hombre y b) El consumo episódico excesivo (CEE) que corresponde a una ingesta de 60 g o más de alcohol en una ocasión . (6)

4. Evolución Clínica: La misma se refiere a el desenlace de la patología durante la estancia hospitalaria, clasificando a la misma en:

*Favorable*: En el caso de patologías que presentan buena evolución clínica, analítica y/o imagenológica, según correspondiera; con desaparición o disminución de la signosintomatología que motivo el ingreso, con cumplimiento de criterios de adecuada respuesta al tratamiento, y que presenta condiciones de alta hospitalaria.

*Desfavorable*: Desarrollo de complicaciones intrahospitalarias, necesidad de cuidados en la Unidad de cuidados intensivos (UTI), necesidad de asistencia respiratorio mecánica (ARM), necesidad de drogas vasoactivas, óbito.

5. Internación Prolongada: no existe en la bibliografía un punto de corte para definir a que se designa internación prolongada, independientemente de la patología que motiva la internación, los fines prácticos se tomó el punto de corte arbitrario de 30 días.

6. Complicaciones Intrahospitalarias: Las mismas 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. Para la realización del presente trabajo, se consideraron las siguientes: infección intrahospitalaria (urinaria, neumonía intrahospitalaria, infección de piel y partes blandas,

bacteriemia), shock séptico, ICC, tromboembolismo pulmonar, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal aguda (IRA), insuficiencia renal crónica reagudizada, exacerbación de EPOC, crisis asmática, trombosis venosa profunda, colecistitis, progresión de enfermedad de base, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, hemorragia digestiva, síndrome coronario agudo, alteración del sensorio y desarrollo de focalidad neurológica.

7. Motivos de Derivación: En esta categoría se incluyeron aquellos pacientes que requirieron traslado definitivo a otro efector hospitalario para resolución diagnóstica y/o terapéutica de su patología de base, por falta de disponibilidad del método o del tratamiento en nuestro hospital. Entre ellos, se describen: patología oncohematológica con necesidad de quimioterapia; tratamiento de radioterapia; cirugía cardiovascular; falta de disponibilidad de cama en unidad de cuidados intensivos en nuestra institución; necesidad de hemodiálisis; patología psiquiátrica con internación en hospital monovalente; necesidad de aislamiento respiratorio; obra social; y necesidad de rehabilitación en centro específico.

### Intervenciones

Se realizó revisión de los datos incluidos en la base de datos estadística del Servicio de Clínica Médica del Hospital Escuela Eva Perón.

Se examinaron las historias clínicas de pacientes ingresados en el período de tiempo comprendido entre 01/06/2014 al 01/06/2015, independientemente de su motivo de internación.

### Operacionalización de Variables

Se utilizaron las siguientes para la confección de la base de datos estadística:

Variabes demográficas: Edad, Sexo.

Variabes clínicas:

- Fecha de ingreso y egreso.
- Antecedentes patológicos (consignado categóricamente): hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia, insuficiencia renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad cardiovascular, cirrosis, neoplasia, enfermedades del colágeno,

hipotiroidismo, hipertiroidismo, epilepsia, demencia senil, virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), hepatitis B, hepatitis C, Chagas.

- Hábitos: consumo de tabaco, consumo de alcohol, adicción a drogas intravenosas e inhalatorias.
- Motivos de ingreso: se consideró aquel que figurara como diagnóstico presuntivo al ingreso hospitalario, asumido por parte del médico tratante, codificado en base a CIE-10.
- Reingreso: SI/ NO.
- Tiempo transcurrido hasta el reingreso hospitalario en días.
- Cantidad de reingresos ocurridos en el año evaluado.

VARIABLES vinculadas a la evolución:

- Días totales de internación.
- Internación prolongada (> 30 días): SI/ NO.
- Desarrollo de complicación hospitalaria: SI/ NO.
- Tipo de Complicación Intrahospitalaria: infección intrahospitalaria (urinaria, neumonía intrahospitalaria, infección de piel y partes blandas, bacteriemia), shock séptico, ICC, tromboembolismo pulmonar, cetoacidosis diabética, insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica reagudizada, exacerbación de EPOC, crisis asmática, tromboembolismo venoso profundo, colecistitis, progresión de enfermedad de base, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, hemorragia digestiva, síndrome coronario agudo, alteración del sensorio, foco neurológico.
- Requerimiento de UTI: SI/ NO.
- Causa de ingreso a UTI: necesidad de asistencia respiratoria mecánica o ventilación no invasiva, de drogas vasoactivas, shock séptico, diálisis de urgencia, control postoperatorio, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, síndrome coronario agudo, hemorragia digestiva.
- Necesidad de derivación a otro efector: SI/NO.
- Causa de derivación: patología oncohematológica con necesidad de quimioterapia; tratamiento de radioterapia; cirugía cardiovascular; falta de disponibilidad de cama en unidad de cuidados intensivos en nuestra institución; necesidad de hemodiálisis; patología psiquiátrica con indicación de internación en hospital monovalente; necesidad de aislamiento

respiratorio; obra social; necesidad de rehabilitación en centros específico  
Alta / Óbito / Derivación.

### Análisis Estadístico

Se analizaron los datos utilizando SPSS para Windows (PASW Statics versión 18). Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas se expresaron como medias y desviaciones estándar.

Las medias de 2 grupos se compararon con: la Prueba de la t de Student de medidas independientes o con la Prueba de la U de Mann-Whitney, dependiendo de si la distribución de la variable presentaba características simétricas o asimétricas, respectivamente.

Las comparaciones de medias entre más de 2 grupos se realizaron con ANOVA o con el test de Kruskal-Wallis, dependiendo de si la distribución simétrica o asimétrica de la variable, respectivamente.

Para la comparación de proporciones se emplearon la prueba de la  $X^2$  de tendencia lineal y la prueba exacta de Fisher, dependiendo del tamaño muestral de los grupos.

La asociación entre variables cuantitativas se estudio con el coeficiente de correlación de Pearson y con el coeficiente de Spearman, en función de la distribución simétrica o asimétrica de las variables.

En todos los casos se consideraron significativas las diferencias cuyo valor de  $p$  asociado a la prueba de contraste fue  $\leq 0,05$ . El riesgo se calculó utilizando la medida de OR con IC 95%.

### Consideraciones Éticas

El estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para la investigación médica que involucra a participantes humanos.

Previamente a la obtención de datos se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Escuela Eva Perón (Anexo 1).

## RESULTADOS

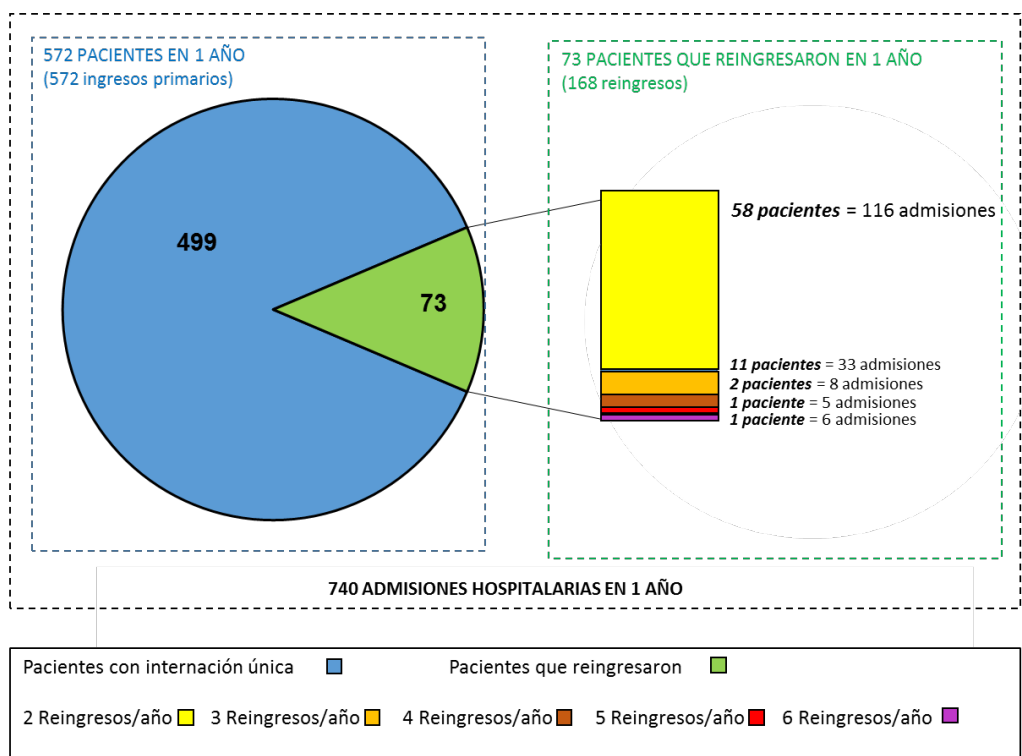
### ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Se internaron 572 pacientes durante el año transcurrido; de ellos, 218 (38,1%) fueron mujeres y 354 (61,9%) hombres. La edad media fue de 47,1 años  $\pm$  17,1 (min. 14, máx. 101).

Hubo 73 (12,7%) pacientes que presentaron uno o más reingresos al Servicio de Clínica Médica. La media de reingreso en este subgrupo de pacientes fue de 2,3  $\pm$  0,7 (min.2, máx. 6). Tomando en cuenta el punto de corte de 30 días, se observó que 20 (27,3%) casos correspondieron a reingresos tempranos y 53 (72,6%) tardíos. Representaron 168 admisiones en un año.

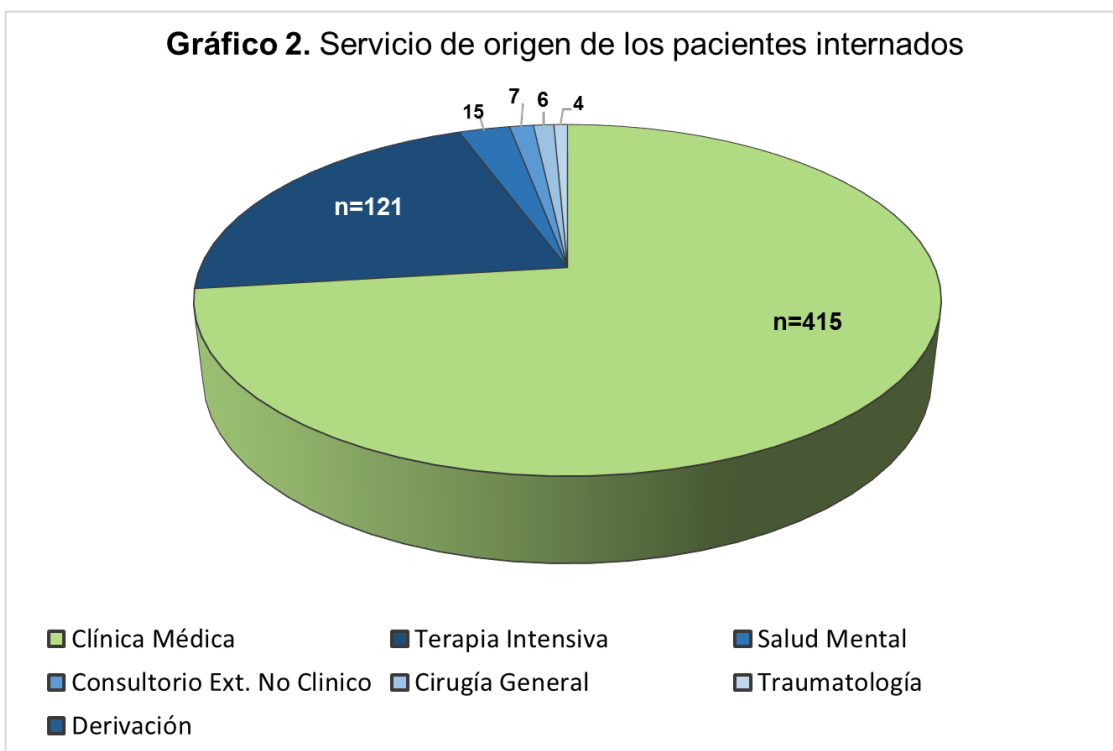
En total, considerando las internaciones únicas e internaciones correspondientes a los reingresos, se realizó un total de 740 ingresos hospitalarios primario a Clínica Médica en el transcurso de un año. Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Pacientes ingresados al Servicio de Clínica Médica y admisiones hospitalarias relacionadas.



### Servicios de origen

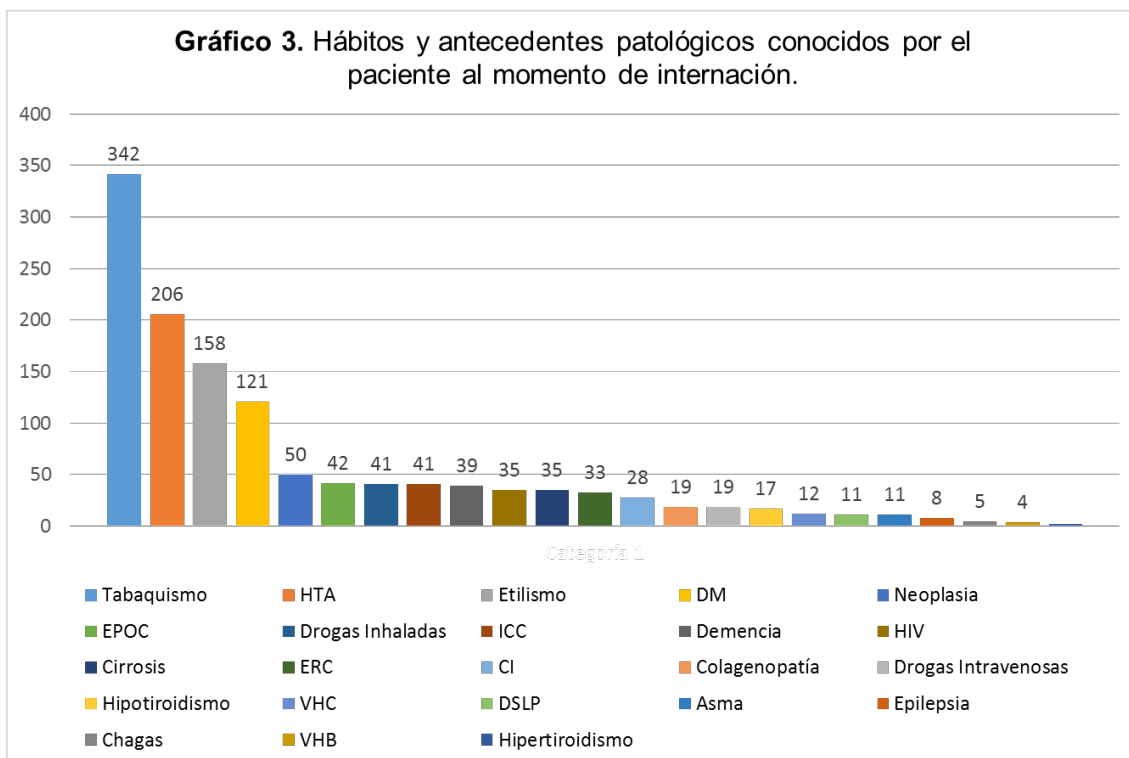
De los 572 pacientes incluidos, hubo 415 (72,6%) que ingresaron a la sala de internación por evaluación primaria del Servicio de Clínica Médica tras solicitud de evaluación por parte de Guardia Externa, 121 (21,2%) lo hicieron por pase de Unidad de Terapia intensiva, 15 (2,6%) por ingreso primario por Servicio de Salud Mental, 7 (1,2%) desde derivación de consultorios externos de especialidades no clínicas, 6 (1%) desde Cirugía General; 4 (0,8%) desde Traumatología, y 2 (0,4%) derivados desde otra institución. Gráfico 2.



### Características clínicas de la población

Hábitos: De los 572 pacientes, hubo 342 (59,8%) tabaquistas; 158 (27,6%) etilistas; 41 (7,2%) usuarios de drogas inhaladas; y 19 (3,3%) usuario de drogas intravenosas. Gráfico 3.

Al momento de la internación los pacientes refirieron el conocimiento de los siguientes antecedentes, por orden de frecuencia: hipertensión arterial: 206 (36%), diabetes mellitus: 121 (21,2%), neoplasia 50 (8,7%), pacientes EPOC: 42 (7,3%), insuficiencia cardiaca congestiva: 41 (7,2%), demencia senil y paciente secuelar neurológico: 39 (6,8%), HIV 35 (6,1%), cirrosis: 35 (6,1%), enfermedad renal crónica: 33 (5,8%) pacientes, cardiopatía isquémica: 28 (4,9%), colagenopatía 19 (3,3%), hipotiroidismo 17 (3%), virus hepatitis C: 12 (2,1%), dislipemia 11 (1,9%), asma 11 (1,9%), epilepsia 8 (1,4%), enfermedad de Chagas 5 (0,9%), virus hepatitis B: 4 (0,7%) e hipertiroidismo 2 (0,3%). Gráfico3.



### Diagnóstico de ingreso

Entre los diagnósticos de ingreso observados con mayor frecuencia, se describen: accidente cerebro vascular 36 (6,3%), infección urinaria complicada 36 (6,3%), síndrome coronario agudo 36 (6,3%), neumonía adquirida en la comunidad 34 (5,9%), infección de piel y partes blandas 33 (5,7%), exacerbación de EPOC 23 (4%), ICC descompensada 23 (4%); hemorragia digestiva no variceal 17 (3%); traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento 16 (2,8%); convulsiones 16 (2,8%); el resto de los mismos puede observarse en detalle en la Tabla 1.

Tabla 1. Diagnósticos que motivaron el ingreso hospitalario.		
DIAGNÓSTICO	N	%
SEPSIS SEVERA SIN FOCO CLÍNICO APARENTE	13	2,3%
PIE DIABÉTICO	12	2,1%
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	12	2,1%
SÍNDROME FEBRIL INESPECÍFICO	11	1,9%
MASA OCUPANTE DE ESPACIO EN SNC	11	1,9%
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA O CRÓNICA REAGUDIZADA	10	1,7%
CETOACIDOSIS DIABÉTICA	10	1,7%
SHOCK SÉPTICO SIN FOCO CLÍNICO APARENTE	10	1,8%
NEUMONÍA ASOCIADA A CUIDADOS DE LA SALUD	9	1,6%
MENINGITIS	7	1,2 %
GANGRENA EN MMII	7	1,2 %
ARTRITIS SÉPTICA	7	1,2 %
SÍNDROME CONSTITUCIONAL	7	1,2 %
SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO	7	1,2%
CRISIS ASMÁTICA	6	1 %
HEMORRAGIA DIGESTIVA VARICEAL	6	1 %
INTENTO DE AUTOLISIS	6	1 %
HEPATITIS	5	0,9%
ACV HEMORRÁGICO	5	0,9%
ARTRITIS	5	0,9%
INTOXICACIÓN CON SUSTANCIAS	5	0,9%
LESIÓN CUTÁNEA EN ESTUDIO	5	0,9%
NEUTROPENIA FEBRIL	4	0,7%
BROTE PSICÓTICO	4	0,7%
DERRAME PLEURAL	4	0,7%
FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO	3	0,5%
PCP	3	0,5%
LUMBALGIA	3	0,5%
FIBRILACIÓN AURICULAR DE ALTA RESPUESTA VENTRICULAR	3	0,5%
CIRROSIS DESCOMPENSADA	3	0,5%
ABSCESO FACIAL	2	0,3%
NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA	2	0,3%
CRISIS HIPERTENSIVA	2	0,3%
INFECCIÓN URINARIA BAJA LITIASIS	2	0,3%
COMA HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO	2	0,3%
DIARREA CRÓNICA	2	0,3%



PANCREATITIS	2	0,3%
MOE VERTEBRAL	2	0,3%
HIPERGLICEMIA	2	0,3%
REACTIVACIÓN LES	2	0,3%
ABSCESO DEL PSOAS	2	0,3%
DESHABITUACIÓN DE SUSTANCIAS	2	0,3%
SÍNDROME NEFRÓTICO	2	0,3%
CELULITIS PERIORBITARIA	2	0,3%
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA OBSTRUCTIVA	2	0,3%
NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN	2	0,3%
SÍNDROME VERTIGINOSO	1	0,2%
SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA	1	0,2%
MOE PULMONAR	1	0,2%
SÍNDROME CARDIO RENAL	1	0,2%
MOE RENAL	1	0,2%
SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR	1	0,2%
ANEMIA HEMOLÍTICA	1	0,2%
ALUCINACIONES	1	0,2%
SHOCK TOXICO ESTAFILOCÓCICO	1	0,2%
SÍNDROME ANÉMICO	1	0,2%
MIOSITIS	1	0,2%
LEPTOSPIROSIS	1	0,2%
NEOPLASIA DE ORIGEN DESCONOCIDO	1	0,2%
ABSCESO EPIDURAL	1	0,2%
HERIDA DE ARMA DE FUEGO	1	0,2%
NEUMOMEDIASTINO	1	0,2%
ANGIOEDEMA	1	0,2%
SÍNDROME DE LISIS TUMORAL	1	0,2%
SÍNDROME DE COMPRESIÓN PULMONAR	1	0,2%
HIPERTIROIDISMO	1	0,2%
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	1	0,2%
CÁNCER DE COLON	1	0,2%
MEDIASTINITIS	1	0,2%
ERITEMA NODOSO	1	0,2%
MOE FACIAL	1	0,2%
ALETEO AURICULAR	1	0,2%
PLAQUETOPENIA E/E	1	0,2%
ELECTROCUCIÓN	1	0,2%
ENCEFALOPATÍA HTA	1	0,2%
HEMOPERICARDIO	1	0,2%
LESIONES OSTEOLÍTICAS E/E	1	0,2%
NEFROPATÍA EN ESTUDIO	1	0,2%
FECALOMA	1	0,2%
FRACTURA PATOLÓGICA	1	0,2%
LESIÓN PULMONAR CAVITADA	1	0,2%
MASTOIDITIS	1	0,2%
HEMORRAGIA PULMONAR	1	0,2%
REFERENCIAS: EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ICC: insuficiencia cardiaca. SNC: Sistema nervioso central. MMII: miembros inferiores. ACV: accidente cerebrovascular. PCP: neumonía a Pneumocystis jiroveci. MOE: masa ocupante de espacio. LES: lupus eritematoso sistémico. E/E: en estudio. HTA: hipertensión arterial.		

## Evolución Clínica

### 1. Desarrollo de Complicaciones Intrahospitalarias:

De los 572 pacientes incluidos, hubo 102 (17,8%) que desarrollaron complicaciones a lo largo de su internación.

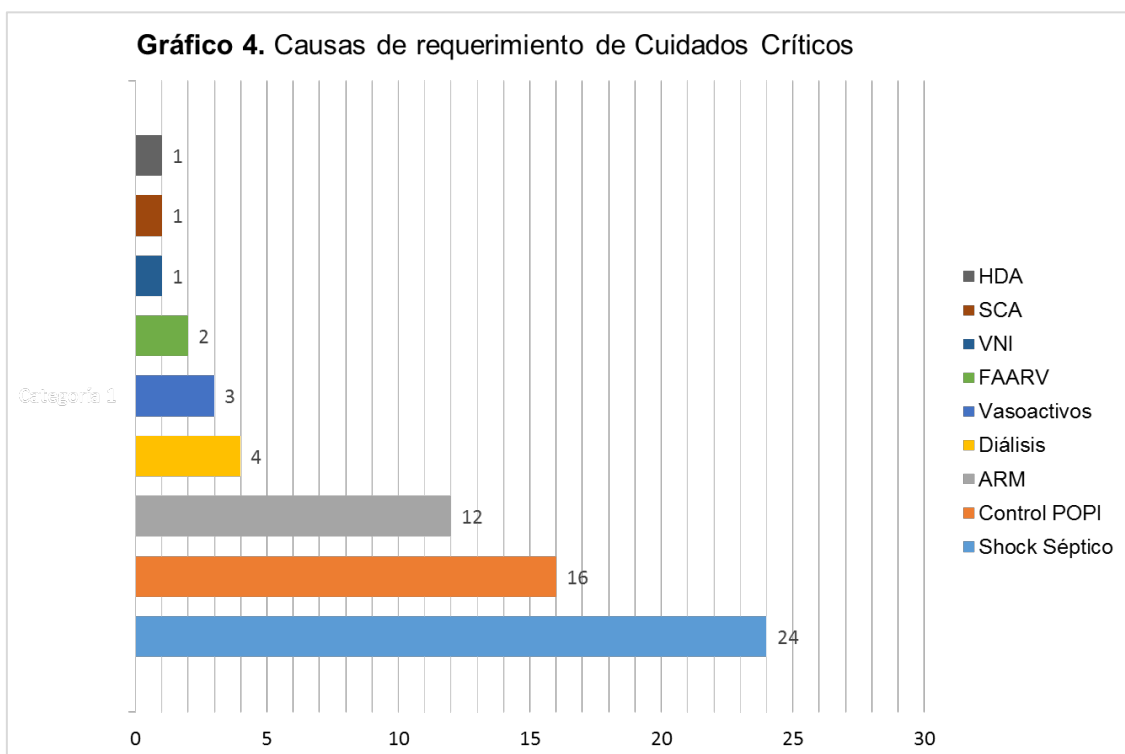
Entre las más frecuentes se observaron: 27 (26,4%) neumonía intrahospitalaria, 23 (22,5%) shock séptico, 8 (7,8%) edema agudo de pulmón (EAP)/ insuficiencia ICC descompensada, 8 (7,8%) reagudización de enfermedad renal crónica ERC o desarrollo de insuficiencia renal aguda (IRA), 7 (6,8%) infección urinaria intrahospitalaria, 5 (4,9%) neumonía broncoaspirativa. El resto de complicaciones intrahospitalarias desarrolladas puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Complicaciones Intrahospitalarias		
Complicación	n	%
Neumonía Intrahospitalaria	27	26,4%
Shock séptico	23	22,5%
EAP/ICC descompensada	8	7,8%
Reagudización de ERC de base o desarrollo de IRA	8	7,8%
Infección urinaria intrahospitalaria	7	6,8%
Neumonía Broncoaspirativa	5	4,9%
Bacteriemia	4	3,9%
Tromboembolismo pulmonar	3	2,9%
Cetoacidosis diabética	3	2,9%
Fibrilación auricular de alta respuesta ventricular	3	2,9%
Alteración del sensorio	3	2,9%
Exacerbación de EPOC	1	1%
Trombosis venosa profunda	1	1%
Colecistitis	1	1%
Progresión de enfermedad de base	1	1%
Hemorragia digestiva alta	1	1%
Síndrome coronario agudo	1	1%
Shock Hipovolémico	1	1%
Foco neurológico	1	1%

## 2. Requerimiento de Cuidados en UTI

Hubo 65 (11,4%) pacientes que tuvieron requerimiento de cuidados en la unidad de terapia intensiva.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: evolución a shock séptico 24 (36,9%), control de postoperatorio inmediato 16 (24,6%), necesidad de asistencia respiratoria mecánica 12 (18,4%), diálisis de urgencia 4 (6,1%), fibrilación auricular de alta respuesta ventricular con descompensación hemodinámica desarrollada en la internación 2 (3,1%), requerimiento de drogas vasoactivas 3 (4,5%), ventilación no invasiva 1 (1,5%), síndrome coronario agudo 1 (1,5%), hemorragia digestiva 1 (1,5%). Gráfico 4.



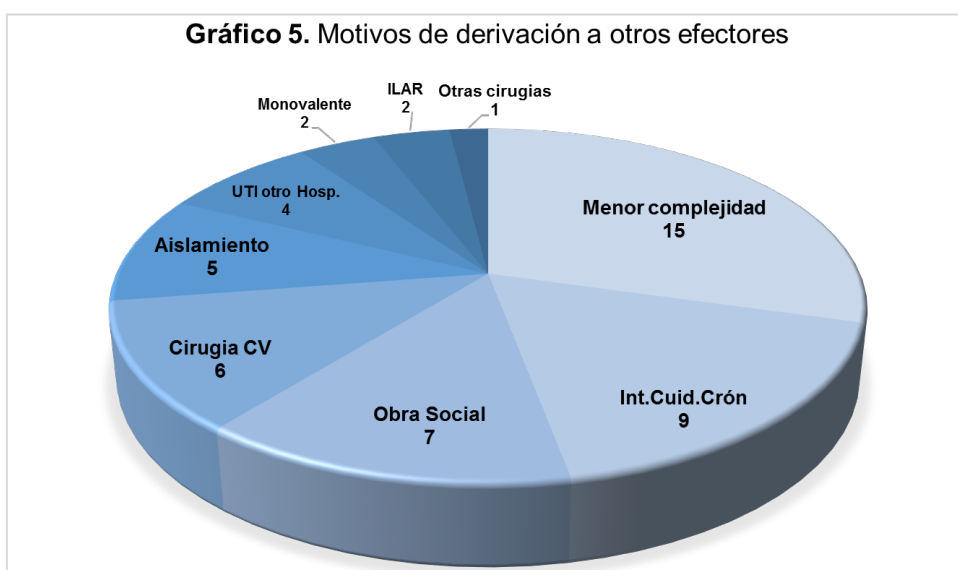
### 3. Tiempo de internación

La estancia hospitalaria tuvo una media de  $9,4 \pm 12,7$  días (min. 1, máx. 208). Se registraron 25 (4,4%) pacientes con internación prolongada  $>30$  días.

Hubo 43 (7,5%) pacientes que 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. La media de internación de esos casos fue de  $20,7 \pm 33,5$  días (mín. 2; máx. 208).

### 4. Egreso hospitalario:

De los 572 pacientes, a 445 (77,8%) se les indico alta médica; 31 (5,4%) solicitaron alta voluntaria; y 54 (9,4%) fueron derivados. Las causas de derivación observadas, fueron: 15 (27,7%) traslado a efector hospitalario de menor nivel de complejidad; 9 (16,6%) retornaron a sus instituciones de cuidado crónico; 7 (12,9%) traslado a centro privado a causa de obra social; 6 (11,1%) por indicación de cirugía cardiovascular; 5 (9,2%) por necesidad de realización de tratamiento bajo aislamiento; 4 (7,4%) por falta de disponibilidad de cama en UTI de nuestra institución; 3 (5,5%) necesidad de hemodiálisis; 2 (3,7%) ingreso a institución mental; y rehabilitación en ILAR 2 (3,7%); y necesidad de otros procedimientos quirúrgicos no realizados en nuestra institución en 1 (1,8%) paciente. Gráfico 5.

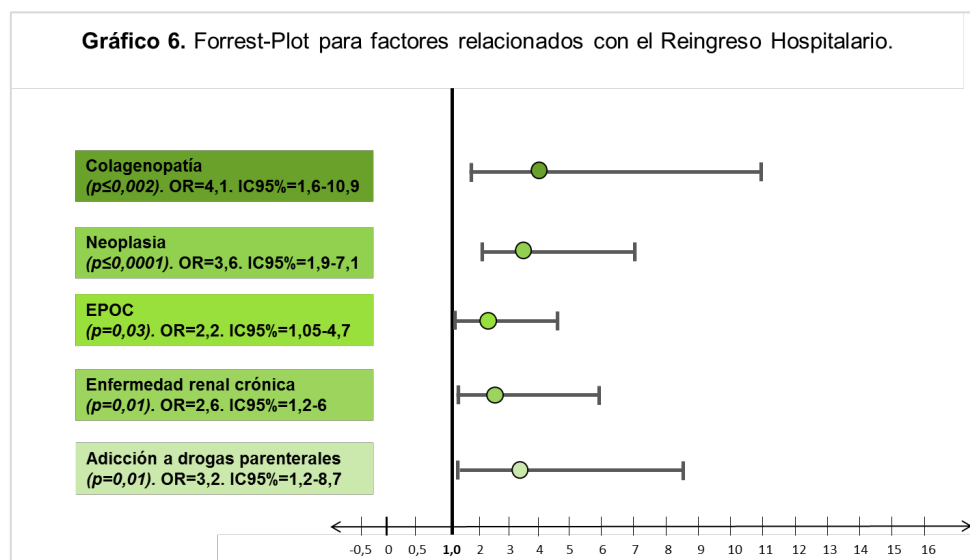


5. Mortalidad: Hubo 49 (8,6%) pacientes fallecidos entre los 572 pacientes internados y sus 740 ingresos hospitalarios.

## ESTADISTICA INFERENCIAL

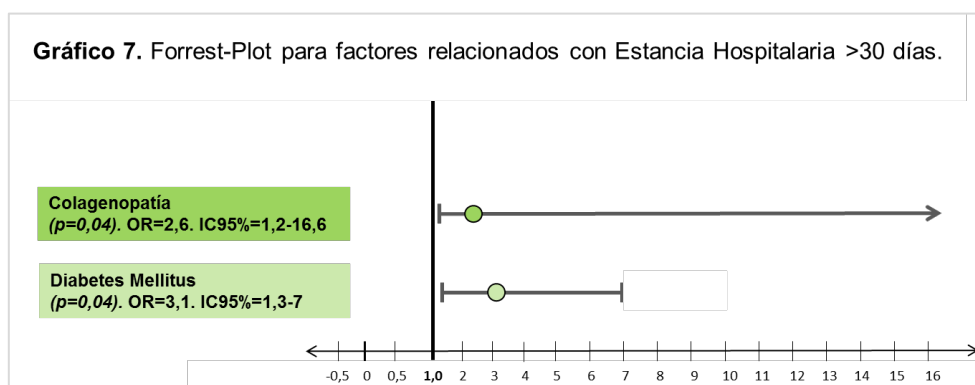
### 1. Factores relacionados con el Reingreso

Se determinó asociación entre las siguientes patologías y reingreso: enfermedad renal crónica ( $p=0,01$ ; OR=2,6; IC95%=1,2-6); EPOC ( $p=0,03$ ; OR=2,2; IC95%=1,05-4,7); neoplasia ( $p\leq 0,0001$ ; OR=3,6; IC95%=1,9-7,1) y colagenopatía ( $p=0,002$ ; OR=4,1; IC95%=1,6-10,9). Gráfico 6.



### 2. Factores relacionados con Estancia Hospitalaria Prolongada

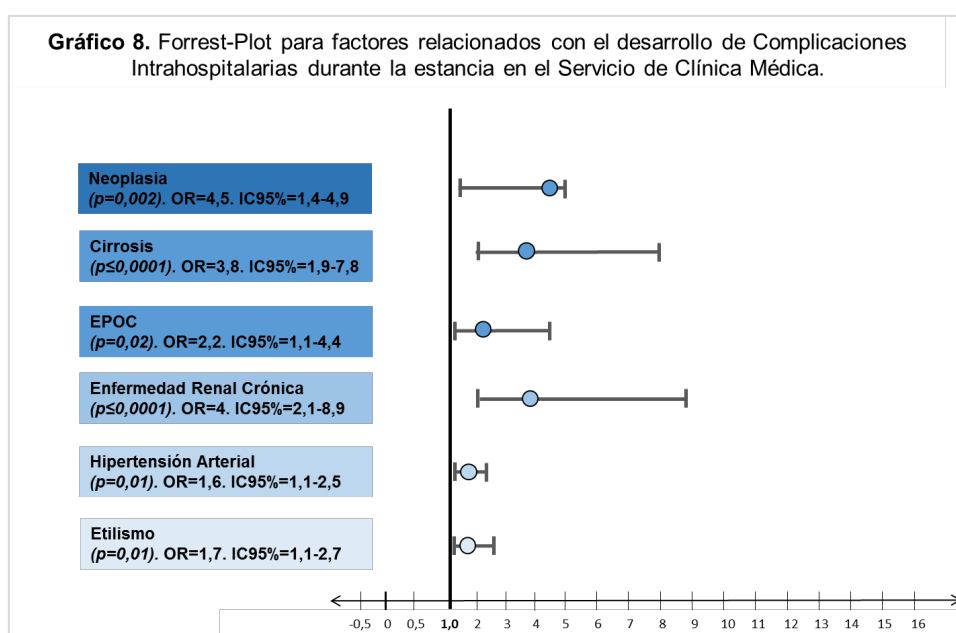
Se halló relación entre la estancia hospitalaria prolongada (>30 días) y los siguientes antecedentes: diabetes mellitus ( $p=0,04$ ; OR=3,1; IC95%=1,3-7) y colagenopatía ( $p=0,04$ ; OR=2,6; IC95%=1,2-16,6). Gráfico 7.



### 3. Factores relacionados con el desarrollo de Complicaciones Intrahospitalarias

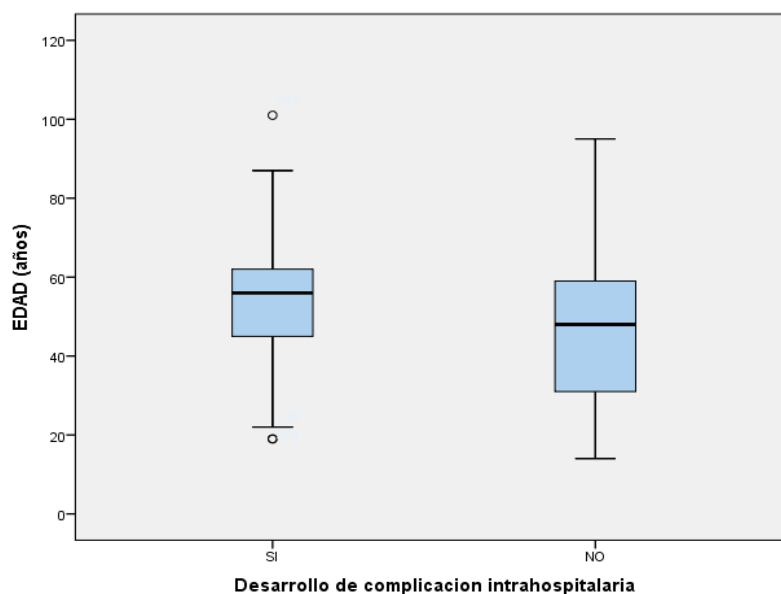
Se halló relación entre el desarrollo de complicaciones intrahospitalarias y: etilismo ( $p=0,01$ ; OR=1,7; IC95%=1,1-2,7); hipertensión arterial ( $p=0,01$ ; OR=1,6; IC95%=1,1-2,5); enfermedad renal crónica ( $p\leq 0,0001$ ; OR=4,3; IC95%=2,1-8,9); EPOC ( $p=0,02$ ; OR=2,2; IC95%=1,1-4,4); cirrosis ( $p\leq 0,0001$ ; OR=3,8; IC95%=1,9-7,8); y neoplasia ( $p=0,002$ ; OR=4,5; IC95%=1,4-14,9).

Gráfico 8.



Se halló diferencia estadísticamente significativa entre la media de edad del grupo de pacientes que desarrollaron complicaciones intrahospitalarias y los que no lo hicieron (Con complicaciones intrahospitalarias=  $52,6 \pm 15$  años vs. Sin complicaciones intrahospitalarias=  $46 \pm 17,3$  años;  $p=0,001$ ). Gráfico 9.

**Gráfico 9.** Comparación de medias de edad de grupo con desarrollo de complicaciones intrahospitalarias vs. sin complicaciones.

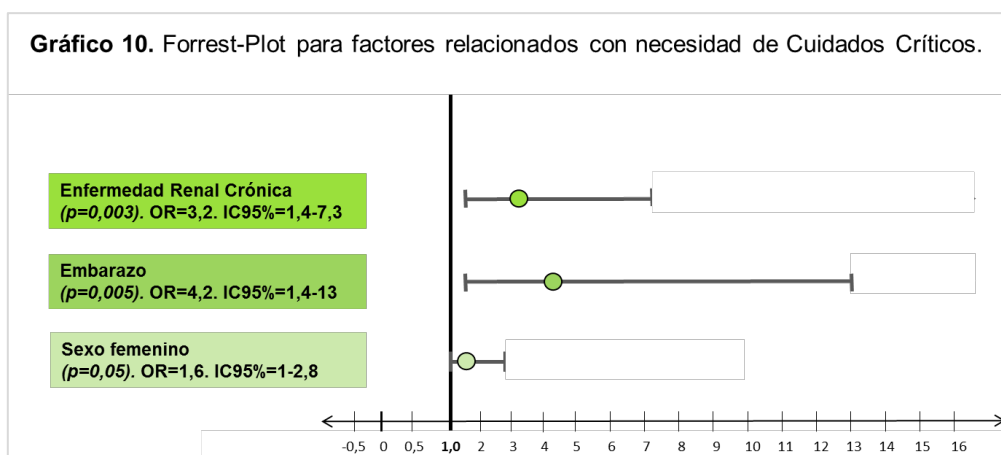


#### 4. Factores relacionados con el requerimiento de Cuidados Críticos

El sexo femenino se relacionó con mayor necesidad de ingreso a cuidados críticos ( $p=0,05$ ; OR=1,6; IC95%=1-2,8).

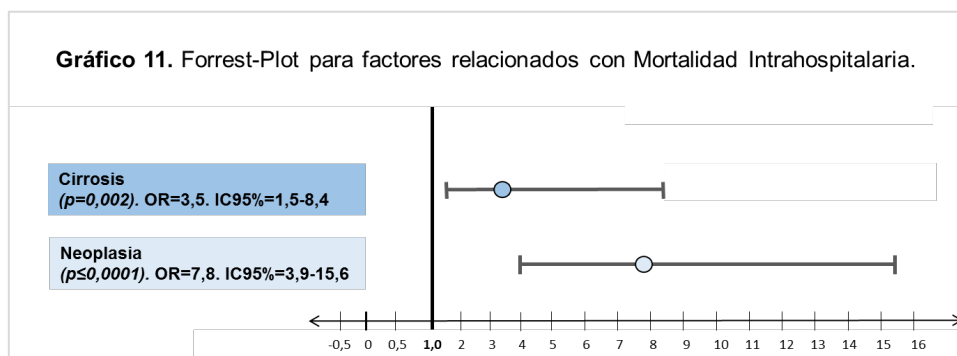
Asimismo, el embarazo ( $p=0,005$ ; OR= 4,2; IC95%=1,4-13) y la enfermedad renal crónica ( $p=0,003$ ; OR=3,2; IC95%=1,4-7,3). Gráfico 10.

**Gráfico 10.** Forrest-Plot para factores relacionados con necesidad de Cuidados Críticos.



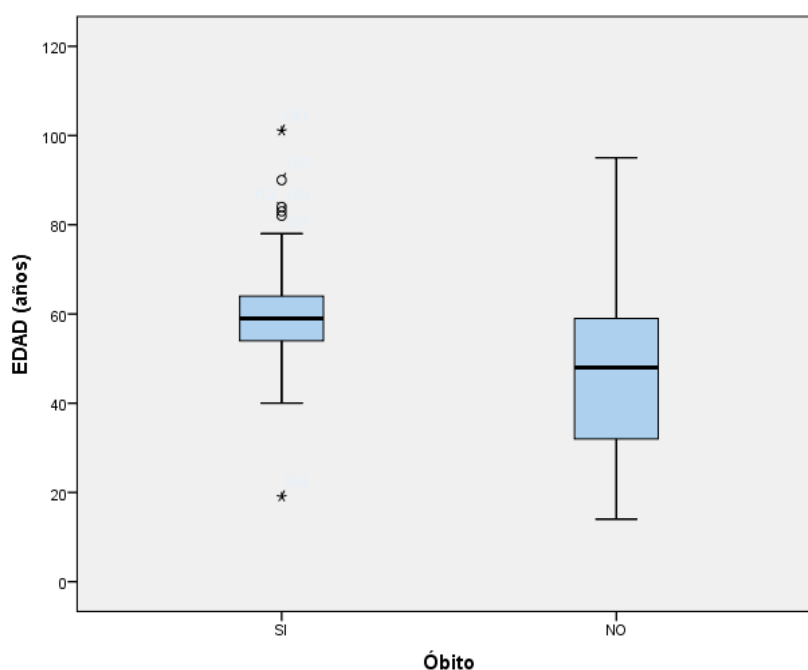
## 5. Factores relacionados con la Mortalidad Intrahospitalaria:

Se halló mayor mortalidad intrahospitalaria en aquellos pacientes con antecedente de neoplasia ( $p \leq 0,0001$ ; OR=7,8; IC95%=3,9-15,6) y de cirrosis ( $p=0,002$ ; OR=3,5; IC95%=1,5-8,4). Gráfico 11.



Se halló diferencia estadísticamente significativa entre la media de edad del grupo de pacientes que óbito y los que fueron dados de alta (grupo óbito= 64,8  $\pm$ 13,9 años vs. grupo alta= 45,9  $\pm$ 13,4 años;  $p < 0,0001$ ). Gráfico 12.

**Gráfico 12.** Comparación de medias de edad de grupo óbito vs. alta.





## DISCUSIÓN

---

Nuestro trabajo esta basado en la experiencia de la sala de internación de clinica medica durante un año de trabajo. En este tiempo se internaron 572 pacientes, de los cuales la mayoría ingresó a partir de interconsulta de la guardia externa. En relación a los motivos de ingreso encontramos una relación esperable en el servicio de ingreso ya que la mayoría representaron urgencias médicas.

En la distribución por genero la mayoría fueron hombres y la edad media se situó en torno a los 40 años. Cuando comparamos estos datos con los trabajos locales y de otros países, encontramos similitud con la relación hombres-mujeres internados. Si bien es difícil de establecer una comparación certera, ya que la mayoría de artículos publicados involucran datos obtenidos de manera multicéntrica y que incluyen un numero mayor de pacientes, se advierte una tendencia general a un menor numero de mujeres internadas.

Resulta interesante comparar nuestros datos con el trabajo de R. Barba Martín y J. Marco Martínez: Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud en España, multicéntrico que registró en un año en medicina interna 1.099.652 altas, de las cuales el 53,6% de los pacientes egresados eran varones. La edad media fue de 70 años, con sólo el 1% de los pacientes ingresados menores de 20 años, y 5,8% más de noventa. (4) Creemos que la diferencia en la edad media de los pacientes ingresados en España radica en que la mayoría de los pacientes mayores de 65 están jubilados, por lo cual en su mayoría no asisten a la atención en el hospital publico, y por contar con obra social asisten a centros de atención específicos para tercera edad.

En un trabajo realizado en Valladolid, España, en el cual se realiza descripción de los motivos de ingreso y las características basales de los pacientes internados, la distribución por sexo observada fue de 49% mujeres y 51% varones. Sin embargo, de los 15 a los 40 años predominaron levemente los ingresos de mujeres, de los 51 a los 70 años aumentaron varones, de los 71 a los 80 años fue similar en los dos sexos y a partir de los 81 años es predominante en la mujer (7).

Tras ello, podría reflexionarse que cada centro de atención presentara una prevalencia de sexo de acuerdo a las patologías abordadas, al nivel de atención en salud que desempeña y a las características sociales de la población concurrente, que tendrá su perfil social, económico y educativo particular.

En nuestro servicio la estancia hospitalaria tuvo una media aproximada de 10 días, registrándose un porcentaje muy bajo (<5%) de internación prolongada. Debemos destacar que existió un 7,5% de pacientes que 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. La media de internación de esos casos rondó los 20 días. Este dato nos parece importante para recalcar ya que pone de manifiesto la situación socioeconómica de muchos de nuestros pacientes planteando la necesidad creciente de un lugar donde poder derivarlos sin necesidad de que continúen internados en un hospital de tercer nivel de atención.

Comparando los datos con los publicados en estudios previos, encontramos mayor similitud con un trabajo español donde la estancia media fue de 10 días. (4).

Cuando evaluamos los factores relacionados con estancia hospitalaria prolongada y los antecedentes personales en nuestros pacientes encontramos relación estadísticamente significativa diabetes mellitus y colagenopatía pensamos que esto tiene relación con las complicaciones de dichas enfermedades y el riesgo de complicaciones intrahospitalarias.

Del total de los pacientes internados en nuestro servicio, el 77,8% de los pacientes fue dado de alta médica, casi el 10% se derivó a otro efector y aproximadamente el 5% solicitó el alta voluntario. Analizando las causas de derivación encontramos, en primer lugar el traslado a efector hospitalario de menor nivel de complejidad para continuar internación como estrategia de atención según niveles de complejidad.

El conjunto de efectores que integran el sistema público provincial de salud se encuentra organizado en tres niveles de atención con el objeto de universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, interviniendo de manera multidisciplinaria, oportuna, con un nivel de atención asistencial adecuado en

función de las necesidades de cuidado que requiera la población. El primer nivel está integrado por Efectores de Salud sin Internación, Centros de Salud, distribuidos en todo el territorio provincial en cercanía con la población. Compuestos por equipos de salud, multidisciplinarios responsables de la adscripción poblacional en un territorio determinado, adaptando sus servicios a las necesidades de la comunidad. En estos se realizan actividades de promoción, prevención, educación para la salud, diagnósticos, tratamientos y rehabilitación. El segundo nivel está conformado por los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, las acciones y prestaciones donde se requiere atención especializada, con énfasis en el apoyo matricial ambulatorio, internación abreviada y la estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia. También puede considerarse la internación en este nivel de los pacientes por motivo socioeconómicos hasta su derivación a centros destinados al cuidado de dichas personas. Y el tercer nivel de atención está constituido por efectores de alta complejidad médica y tecnológica, estratégicamente localizados a nivel regional con responsabilidad territorial. Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados, para una georreferencia determinada, configurando entre los distintos efectores de alta complejidad una red de referencia entre sí. A tales efectos, la autoridad de aplicación debe fortalecer y desarrollar los Hospitales referenciales de toda la Provincia. Es de suma importancia esta división ya que permite distribuir y permitir el acceso a los pacientes según las complejidades de los cuadros clínicos.

Considerando otros motivos de derivación, observamos retorno a instituciones de cuidado crónico, traslado a centro privado a causa de obra social, indicación de cirugía cardiovascular, por necesidad de realización de tratamiento bajo aislamiento, falta de disponibilidad de cama en UTI, necesidad de hemodiálisis, ingreso a institución mental monovalente y rehabilitación en ILAR.

En relación a los hábitos de los pacientes ingresados el 59% eran tabaquistas el 27,6% etilistas; 7,2% usuarios de drogas inhaladas; y el 3,3% usuario de drogas intravenosas. En la población nacional según los datos nacionales encontramos el resultado de la encuesta mundial sobre tabaco en adultos que publico el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) que el 21,9% de la población adulta fuma cigarrillos. Este valor es de 29,0% para los varones y casi

de la mitad para las mujeres. Mientras que los varones entre 35 y 49 años son el grupo de edad con más fumadores, entre las mujeres es el grupo de 25 a 34 años. La proporción de mujeres que actualmente fuman es especialmente baja entre el grupo de mayor edad (65 y más), con un 5,9%. La proporción de mujeres y de varones que intentaron dejar de fumar es similar (el 47,9% de los varones y el 49,6% de las mujeres). Los grupos de edad con más personas que intentaron dejar de fumar son el de adultos mayores y el de 25 a 34 años, especialmente los de varones. De los que aún no han dejado de fumar, una gran proporción planea o está pensando en dejar de fumar: el 74,9% de los varones y el 71,3% de las mujeres. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas publicado por el INDEC, en la población de 16 a 65 años el 77% las consume.

De los antecedentes referidos por los pacientes ingresados encontramos que la patología mas frecuente fue hipertension arterial, coincidente con la bibliografía publicada, consideramos citar el estudio RENATA 2 (8) actualmente se considera la hipertensión arterial como el principal factor de riesgo para enfermedad y muerte cardiovascular en Argentina. Su prevalencia va en aumento. Se incluyeron 5.931 individuos, con una edad promedio de 43,5 años. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 36,3% siendo mayor en varones (43,7% vs. 30,4%;  $p < 0,0001$ ). La prevalencia aumentó con la edad en ambos sexos. El 38,8% de los hipertensos desconocían su enfermedad y el 5,7% la conocían pero no recibían tratamiento. El 55,5% estaban tratados y solo el 24,2% se encontraban controlados, observándose más control en las mujeres. El 73,4% de los hipertensos tratados recibían monoterapia y solo el 43,6% estaban controlados. Los pacientes adherentes al tratamiento tuvieron mejor control de la presión arterial que los no adherentes (46,9% vs. 40,1%). La prevalencia de hipertensión arterial en la Argentina es del 36,3%, en coincidencia con los reportes de la Organización Mundial de la Salud para la región. (8)

Ademas los pacientes refieren antecedente de diabetes mellitus y neoplasia, luego EPOC, ICC, demencia senil y paciente secuelar neurológico, HIV, cirrosis, enfermedad renal crónica, cardiopatía isquémica, colagenopatía, hipotiroidismo, hepatitis virales, dislipemia, asma. Comparando los datos con la bibliografía publicada en un trabajo chileno los datos hallados son comparables con los de nuestra poblacion del estudio: enfermedad crónica de mayor prevalencia fue la

hipertensión arterial y la presentó 55,4% de los enfermos. Le siguieron en frecuencia el deterioro cerebral o demencia (36%), el cáncer (36%), la diabetes mellitus tipo 2 (31%), postración crónica (26,7%), secuelas de un accidente vascular encefálico (21,4%) y la cardiopatía coronaria (21,1%). (9)

En nuestro trabajo el 17% de los pacientes durante su internación presentó complicación intrahospitalaria. Presentando en primer lugar neumonía intrahospitalaria, seguido en segundo lugar shock séptico, edema agudo de pulmón/ICC descompensada, reagudización ERC o desarrollo de IRA e infección intrahospitalaria. Cuando analizamos los factores relacionados con el desarrollo de Complicaciones Intrahospitalarias encontramos relación estadísticamente significativa entre el desarrollo de complicaciones intrahospitalarias y: etilismo, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica, EPOC, cirrosis y neoplasia. Consideramos una clara relación ya que son patologías que representan una inmunidad alterada con el riesgo mayor de sufrir complicaciones intrahospitalarias. Estos datos no se pueden comparar con lo publicado en la bibliografía ya que hay muy poca información de las complicaciones intrahospitalarias en los pacientes internados en sala de medicina interna. Los datos están relacionados con motivos de internación puntuales. Esto demuestra la importancia y necesidad de generarlos como estándar de calidad en atención.

Con respecto a los factores asociados al desarrollo de complicaciones intrahospitalarias se halló diferencia estadísticamente significativa entre la media de edad del grupo de pacientes que desarrollaron complicaciones intrahospitalarias y los que no lo hicieron la media de edad de los pacientes con complicaciones fue de 52 y los que no tuvieron 46 años. Esto puede estar en relación con el aumento de patología preexistente en este grupo de pacientes.

Cuando comparamos los datos obtenidos con lo publicado en la bibliografía encontramos similitud los sitios más frecuentes de infección nosocomial fue el aparato respiratorio (37.6%), el tracto urinario (33.4%) seguido por la piel y tejidos blandos (23.9%) en los cuales predominaron los gérmenes gramnegativos. (10). Con respecto a los principales factores de riesgo identificados, los procedimientos invasivos terapéuticos ocuparon el primer lugar con el 94 % y dentro de ellos el empleo de sonda vesical (47,3%), de abordaje venoso

profundo (28,7 %) y ventilación mecánica artificial (21,1%). Debe mencionarse que el encamamiento estuvo presente en 31,6 % (10)

Del total de los 572 pacientes ingresados a internación de clínica médica 8,6% pacientes fallecieron. Cuando comparamos este dato con un trabajo con un número similar de pacientes de Valladolid, España encontramos que de 751 pacientes estudiados 214 (28.5 %) tuvieron una estadía hospitalaria de 23 días y más, 532 pacientes (70.8 %) egresaron vivos y 219 fallecieron, de ellos 92 pacientes (12.2 %) fue debido a la sepsis nosocomial. (10). Una tasa de mortalidad mucho mayor.

Cuando analizamos los factores relacionados con la Mortalidad Intrahospitalaria en nuestros pacientes hallamos relación estadísticamente significativa con mayor mortalidad intrahospitalaria en aquellos pacientes con antecedente de neoplasia y de cirrosis. También en relación a la edad, entre la media de edad del grupo de pacientes que óbito fue de 64 años y los que fueron dados de alta 45 años.

Con relación a la estadía y la letalidad, se ha planteado (11) que las infecciones nosocomiales constituyen serios problemas de salud pública porque son causas de morbilidad, prolongación de permanencia hospitalaria e incremento de costos. A pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos en infectología, la neumonía intrahospitalaria continúa siendo la principal causa de muerte por infección adquirida en el hospital, especialmente en los pacientes sometidos a ventilación mecánica asistida. Este análisis refuerza la necesidad de aplicar medidas para disminuir las infecciones intrahospitalarias; aunque debe señalarse que aún cuando la experiencia clínica acumulada es considerable, no existe un verdadero consenso sobre los métodos diagnósticos ideales y las estrategias terapéuticas más adecuadas que disminuyan la mortalidad. (12)

El 11 % de los pacientes internados requirió durante su estancia hospitalaria internación en UTI, las causas más frecuentes que encontramos fueron evolución a shock séptico, seguido de requerimiento de control de postoperatorio inmediato, necesidad de asistencia respiratoria mecánica, diálisis de urgencia, fibrilación auricular de alta respuesta ventricular con descompensación

hemodinámica desarrollada en la internación, requerimiento de drogas vasoactivas, ventilación no invasiva, síndrome coronario agudo y hemorragia digestiva. Cuando analizamos los factores relacionados con el requerimiento de Cuidados Críticos: El sexo femenino se relacionó con mayor necesidad de ingreso a cuidados críticos, como el embarazo y la enfermedad renal crónica.

Con relación al reingreso hospitalario en nuestro estudio durante el tiempo analizado encontramos que del total de 572 pacientes que se internaron en el servicio de clínica médica, el 12,7% de los pacientes presentaron uno o más reingresos. Siendo más frecuente el reingreso tardío 72,6%. Estos pacientes representaron en un año 168 admisiones.

Cuando comparamos los datos con la bibliografía disponible encontramos similitudes y diferencias.

Las diferencias se centran sobre todo en los distintos puntos de corte de la definición de reingreso encontrando tiempos que van desde las 48 hs hasta el año. La falta de un estándar en el período de tiempo (que varía de 24 horas a un año) dificulta la comparación efectiva entre los estudios. Además, la ausencia de criterios de inclusión uniformes hace que la definición sea muy variable y casi indistinguible de otros términos comunes, como la admisión no programada y la rehospitalización. Como mencionamos previamente nosotros consideramos reingreso temprano aquellos que se dan dentro de los 30 días del alta, ya que en este tiempo es donde mayor información se puede conseguir y mejores tasas para medir el reingreso.

En un estudio realizado en un hospital de Londres, Inglaterra, la tasa de reingreso de 28 días para este hospital fue del 10% (13). En otro trabajo encontramos 14% de reingreso dentro de los 30 días del alta. (14). En la literatura, el porcentaje de pacientes readmitidos en los departamentos de medicina interna dentro de los 30 días posteriores al alta oscila entre el 8,5% y el 14%. Es importante señalar que una proporción significativa de estos reingresos, 42-71%, se consideran potencialmente evitables con una atención médica sensata.

En relación a los factores que influyen en el reingreso temprano se ha planteado que el mismo podría estar en relación a tratamiento inadecuado o incompleto, el

fracaso del traspaso adecuado hacia la atención primaria y la mala planificación social, particularmente en los ancianos. Durante la internación, las principales dificultades en la atención que se han identificado incluyen una estadía inadecuadamente corta en el hospital, errores de medicación, errores de diagnóstico y el desconocimiento de resultados de laboratorio significativos. (15)

Los pacientes de edad avanzada tienen mayores necesidades de atención debido a la comorbilidad, la polifarmacia y el mayor requerimiento de atención social al alta, lo que hace más probable el reingreso. La falta de tratamiento completo de la afección diagnosticada fue la causa más común de reingreso evitable, seguido de investigaciones insuficientes que condujeron a un diagnóstico incorrecto o incompleto.

En un trabajo que aborda el reingreso en pacientes ancianos, se consideró que el 11% de los mismos estaban ligados a una planificación incompleta del alta, entre lo que se incluye la educación del paciente. Es así como se ha observado que las intervenciones educativas durante la estancia hospitalaria mejoran el cumplimiento de la medicación después del alta. (13)

Cuando comparamos los resultados de nuestro trabajo con los resultados de un trabajo publicado por un grupo de trabajo español de medicina interna realizado entre el 2006 y 2007, 1.106.468 pacientes fueron admitidos en los departamentos de Medicina Interna. El 12,4% fueron readmitidos al menos una vez dentro de los 30 días posteriores al alta, con la misma categoría de diagnóstico principal que los diagnósticos al momento del ingreso. Se encontró que las siguientes variables están asociadas independientemente con reingreso dentro de los 30 días posteriores al alta y fueron incluido en el modelo final: duración de la estadía, sexo masculino, ICC, exacerbación de enfermedad pulmonar crónica, hígado severo enfermedad, anemia, desnutrición, diabetes, demencia, renal crónica insuficiencia, cáncer y fibrilación auricular. (15)

La proporción de reingresos hospitalarios no planificados es un indicador común de la calidad de la atención médica y depende de factores clínicos y relacionados con la atención médica. Determinar estos factores podría ayudar a identificar a las personas que tienen un alto riesgo de reingreso hospitalario no selectivo y a



diseñar intervenciones más efectivas para su uso durante el período de seguimiento después del alta. (15)

Consideramos que la prevención del reingreso hospitalario se considera un ejemplo de una práctica rentable, en vista que los mismos tienen un impacto considerable tanto en los gastos hospitalarios como en la condición funcional y psicológica de los pacientes (15)

Los factores relacionados con el reingreso en nuestro trabajo fueron la enfermedad renal crónica, EPOC, neoplasia y colagenopatía.

Creemos que es fundamental para el trabajo diario la producción de datos estadísticos de las características epidemiológicas de los pacientes internados. A partir de la formulación de una base de datos se pueden conseguir datos y así poder mejorar las variables obtenidas, poder actuar para evitar por ejemplo reingresos tempranos. También poder prevenir las enfermedades prevalentes, realizar seguimiento de los pacientes.

Conocer la realidad asistencial vivenciada por los internistas, como especialistas que desempeñan un papel muy importante en la actividad hospitalaria, con sus indicadores de funcionamiento y de coste económico, tiene gran utilidad, ya que puede servirnos para conocer las necesidades de implementar tecnología, especialidades médicas, procedimientos, ahorrar costos, prevenir complicaciones, ampliar los niveles de atención aumentando los lugares de residencia de las personas en situación de calle.

El conocimiento de la actividad hospitalaria se constituye como elemento de gran trascendencia en el desarrollo de la política sanitaria global.

La producción y la divulgación de los datos estadísticos de las internaciones en clínica médica sirven a otros especialistas, servicios para mejorar y tomar referencia en los estándares de calidad de atención médica.

Finalmente, este tipo de trabajos permiten enmarcar la realidad de la atención médica en un efector de salud en un momento temporal dado, permitiendo la realización de comparaciones posteriores que permitan definir las mejoras existentes a lo largo de la historia de atención en cada sitio.

## CONCLUSIONES

---

- La mayoría de pacientes correspondieron a hombres de edad media.
- Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron HTA, DM, NEO, EPOC, ICC.
- Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron: accidente cerebro vascular, infección urinaria complicada, síndrome coronario agudo, neumonía adquirida en la comunidad, infección de piel y partes blandas, exacerbación de EPOC e ICC descompensada.
- Casi 2 de cada 10 pacientes desarrollaron complicaciones durante la internación; este hecho se relaciono al antecedente de etilismo, HTA, ERC, EPOC, NEO y cirrosis.
- El 11,4% tuvo requerimiento de cuidados en unidad de terapia intensiva.
- La estancia hospitalaria promedio fue 9 días. Un 4,4% tuvo internación prolongada >30 días; este hecho se relacionó al antecedente de DM y colagenopatía.
- El 8,6% de pacientes fallecieron.
- Se observo una tasa de reingreso de 12,4%. Se determinó asociación entre enfermedad renal crónica, EPOC, NEO y colagenopatía con reingreso.
- El sexo femenino, el embarazo y la ERC de base tuvieron mayor ingreso a cuidados críticos.
- Una mayor edad se vinculo a mayores complicaciones y mayor mortalidad.

## LIMITACIONES

---

Por tratarse de un trabajo retrospectivo, se presume la existencia de limitaciones en la recolección de datos que no fueron adecuadamente consignados en el momento de la atención.

Este trabajo no permite conocer la real prevalencia de las patologías relevadas, dado que por tratarse de un Hospital de tercer nivel y recibir pacientes de todo el sur de la provincia de Santa Fe, no se dispone del número poblacional de referencia. En la misma línea, debido a que la institución recibe derivaciones de pacientes de alta complejidad, es inevitable la existencia de sesgo de observación, con mayor registro de casos graves.

El trabajo fue realizado entre el año 2014 y el año 2015. Desde dicha fecha las características del nosocomio han variado notablemente. Entre los elementos más destacables, debe mencionarse que el Hospital actualmente cuenta con: mayor número de camas críticas, salas de aislamiento respiratorio, sala de hemodiálisis, alto riesgo obstétrico, valoración hemodinámica no invasiva, unidad de enfermedades autoinmunes, sala de alto riesgo obstétrico (por mencionar tan solo algunos de los cambios más importantes). Dicho esto, muchos de los resultados descriptivos presentados en este trabajo, especialmente los concernientes a frecuencia de derivación y motivos de la misma, no resultan un reflejo de la realidad actual.

Lo anteriormente expuesto, sumado al hecho de que se trató de un estudio unicéntrico, determina que los resultados obtenidos puedan no ser extrapolables a otras poblaciones.

Consideramos necesaria la replicación del estudio mediante nuevas experiencias prospectivas, multicéntricas y actualizadas.

## Bibliografía

1. *Diseño de estudios epidemiológicos*. **Mauricio Hernández-Avila, Ph.D.** 2000, salud pública de México , págs. vol.42, no.2.
2. *Desarrollo y usos de la epidemiología clínica*. **Carrada-Bravo, Teodoro.** 2000, Rev Inst Nal Enf Resp Mex, págs. 170-179.
3. *Indicadores de salud: características, uso y ejemplos*. **Valenzuela B., M. Teresa.** 2005, Cienc. Trab , págs. 7(17): 118-122.
4. *Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud*. **R. Barba Martínez, J. Marco Martínezb.** 2009, Rev Clin Esp. , págs. 209(10):459-466.
5. *Reingreso hospitalario en Medicina Interna*. **J.L Alonso Martínez, B y Llorente Diez, M.** 2001, AN. MED. INTERNA, págs. Vol. 18, N.º 5, pp. 248-254,.
6. *Guías de Manejo de las Enfermedades Hepáticas Asociadas al Consumo de Alcohol*. **Adrover, Raul y Arzeno, Mario.** 2018, AAEEH.
7. *Estudio observacional de los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina Interna*. **J. L. Delgado Morales, R. Alonso.** 2004 , N. MED. INTERNA, págs. Vol. 21, N.o 1, pp. 3-6.
8. *Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. RENATA 2*. **ALEJANDRO M. DELUCCHI, CLAUDIO R. MAJUL , AUGUSTO VICARIO.** s.l. : Rev Argent Cardiol, 2017, Vols. 85:354-360.
9. *Relación entre el motivo de ingreso y la causa de muerte en pacientes fallecidos en un Servicio de Medicina Interna*. **Vega, Jorge y Parodi, María José.** 2004, Rev Méd Chile , págs. 132: 707-717 .
10. *Infecciones intrahospitalarias en los servicios clínicos*. **Velásquez, Robert Tellez y Ramos, Dr. Carlos M. Sarduy.** 2008, Revista Archivo Médico de Camagüey, págs. vol.12, n.2. ISSN 1025-0255.
11. *Infección intrahospitalaria en cirugía efectiva: frecuencia y costo*. **Rodas J, Ruiz Pérez VE, Villalba J. I.** 2002, Rev Chil Cir. , págs. 54(4):362-7.
12. *Infecciones intrahospitalarias en los servicios clínicos*. **Velásquez, Robert Tellez y S, Dr. Carlos M.** mar.-abr. 2008, Revista Archivo Médico de Camagüey versión On-line, págs. ISSN 1025-0255 AMC v.12 n.2.
13. *Factors influencing hospital readmission rates after acute medical treatment*. **Z Shalchi, S Saso, HK Li, E.** 2009, Clinical Medicine , págs. Vol 9, No 5: 426–30.
14. *Early Readmissions to the Department of Medicine as a Screening Tool for Monitoring Quality of Care Problems From Department of Medicine*. **Uri Balla, MD, Stephen Malnick.** 2008, Medicine , págs. Volume 87, Number 5,.
15. *Predictive model of readmission to internal medicine wards*. **A. Zapatero a, R. Barba.** 2012, European Journal of Internal Medicine , págs. 451–456.
16. *Morbidity, mortality and other indicators of health care activities, at a General Internal Medicine Service*. **F Escolar Castellón, A L Sampériz Legarre.** 1993 , An Med Interna, págs. 10(7):327-32.

**ANEXO 1. CARTA A COMITÉ DE DOCENCIA.**

Rosario, 12 de Diciembre de 2017.

Comité de Docencia  
Hospital Escuela Eva Perón  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

Me dirijo a ustedes con la finalidad de comunicarles mi deseo de realizar un proyecto de investigación observacional prospectivo, en el período comprendido entre el 01 de Junio de 2014 y el 01 de Junio de 2015; a realizarse en la sala general de internación adultos.

Surge esta inquietud ante la necesidad de realizar dicho proyecto como parte del trabajo final de la carrera de Posgrado Universitario de la especialidad de Clínica Médica.

Adjunto el proyecto completo titulado **“ESTUDIO OBSERVACIONAL DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE PACIENTES INTERNADOS EN CLINICA MEDICA, EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCION”**; donde especifica el tema, los objetivos, material y métodos y variables a analizar. Solicito su autorización para la utilización de datos y la realización del mismo.

Agradezco su atención y espero su pronta respuesta.  
Atte.

Dra. Victoria Trevizan

