

EXTERNACIÓN DIFÍCIL EN UN HOSPITAL DE GESTIÓN PÚBLICA. UN PROBLEMA MÁS ALLÁ DE LO MÉDICO

ANDRÉS VILELA, PABLO KUSCHNER, FLORENCIA MATTERA, LAURA CANI,
FRANCISCO LARZABAL, MICAELA DIMARE, AGUSTINA LEGUIZAMÓN

Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Andrés Vilela, Servicio de Clínica Médica, Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield, Pedro Calderón de la Barca 1550, 1407 Buenos Aires, Argentina.

E-mail: serviciodeclinicamedicahvs@gmail.com

Recibido: 8-IV-2026

Aceptado: 10-IX-2026

Resumen

Introducción: La externación hospitalaria es un proceso complejo que puede verse demorado por factores clínicos, sociales y económicos, generando internaciones prolongadas con mayor riesgo de complicaciones y sobrecarga del sistema de salud.

El objetivo fue describir los principales factores asociados a la externación difícil de sala general en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Estudio de casos y controles (1:4 ratio). Se incluyeron pacientes con externación difícil y controles externados sin dificultad de sala general, pareados por edad, sexo y motivo de internación, entre junio de 2023 y 2024. Se analizaron variables clínicas, socioeconómicas y de red de apoyo.

Resultados: Se evaluaron 300 pacientes; edad media 74 años (52–91), 58% mujeres. El 62% presentó dependencia funcional grave y el 47% ≥ 3 comorbilidades crónicas. El 55% carecía de red de apoyo adecuada, destacándose la ausencia de familiares responsables. El 40% no poseía vivienda propia. El 70% contaba exclusivamente con cobertura pública. El 48% de los cuidadores refirió sobrecarga emocional. La estancia hospitalaria media fue de 95 días, con costos hasta 6 veces mayores que alternativas extrahospitalarias. Se observaron complicaciones como neumonía (15%), úlceras por presión (12%) y deterioro funcional.

Conclusiones: La externación difícil se asocia a dependencia funcional, vulnerabilidad social y limitaciones económicas. Su identificación precoz permitiría implementar estrategias de apoyo domiciliario y fortalecimiento de redes, reduciendo el impacto de las internaciones prolongadas.

Palabras clave: dependencia funcional, vulnerabilidad social, apoyo familiar

Abstract

Difficult hospital discharge in a public healthcare setting. A problem beyond the medical issue

Introduction: Hospital discharge is a complex process that may be delayed by clinical, social, and economic factors, leading to prolonged hospitalizations, increased complications, and healthcare system burden. The objective was to identify risk factors associated with difficult discharge from public hospital of the Buenos Aires city.

Materials and methods: Case-control study (1:4 ratio). Cases were patients with difficult discharge; controls were patients discharged without difficulty from general wards, matched by age, sex and reason for hospitalization (June 2023–2024). Clinical, socioeconomic, and social support variables were analyzed.

Results: A total of 300 patients were included; mean age 74 years (52–91), 58% female. Severe functional dependence was present in 62%, and 47% had ≥ 3 chronic comorbidities. Lack of adequate social support was observed in 55%, particularly absence of responsible caregivers. Forty percent lacked home ownership. Seventy percent relied exclusively on public healthcare. Caregiver burden was reported in 48%. Mean length of stay was 95 days, with costs up to six times higher than alternative care strategies. Complications included pneumonia (15%), pressure ulcers (12%), and functional decline.

Conclusion: Difficult discharge is associated with functional dependence, social vulnerability, and economic constraints. Early identification may enable targeted interventions, including home care and strengthening of support networks, reducing the burden of prolonged hospitalization.

Key words: functional dependency, social vulnerability, family support

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La externación dificultosa es un fenómeno frecuente en hospitales generales y se asocia a estancias prolongadas y mayor uso de recursos. Su etiología es multifactorial, incluyendo factores clínicos, funcionales y sociales. Los determinantes sociales influyen de manera significativa en la posibilidad de un alta segura.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- En este estudio, la externación dificultosa se asoció con factores sociofamiliares y funcionales, además de factores clínicos. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar estas dimensiones desde el ingreso y de integrar la planificación del alta al proceso asistencial, destacando el papel de las redes de apoyo y de la articulación entre niveles de atención.

La externación hospitalaria constituye un proceso clínico y social que implica la transición del cuidado desde el hospital hacia el paciente, su familia y otros dispositivos de atención. La planificación adecuada del alta es un

componente central de esta transición, ya que permite anticipar necesidades de cuidado, coordinar recursos y favorecer la continuidad asistencial^{1,2}.

El envejecimiento poblacional y el aumento de la multimorbilidad y la fragilidad han complejizado este proceso, de modo que la posibilidad de un alta segura no depende exclusivamente de la resolución o estabilización del cuadro clínico, sino también de la capacidad funcional del paciente y de las condiciones sociales y familiares disponibles para sostener los cuidados posteriores^{3,4}.

En este contexto, la externación dificultosa puede definirse como la situación en la que un paciente se encuentra clínicamente apto para el alta, pero permanece internado por la ausencia de condiciones necesarias para una externación segura, como apoyo familiar suficiente, condiciones habitacionales adecuadas o alternativas de continuidad de cuidados⁵⁻⁷. La demora del alta puede asociarse con internaciones prolongadas, mayor utilización de recursos y exposición a complicaciones relacionadas con la hospitalización⁸⁻¹⁰.

La dependencia funcional y el deterioro funcional son conceptos relacionados pero diferentes. La dependencia funcional refiere al grado de necesidad de asistencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y puede estar presente antes de la internación. En cambio, el deterioro funcional implica una pérdida o disminución de la capacidad funcional respecto del nivel basal y puede desarrollarse durante la hospitalización. La hospitalización en personas mayores puede contribuir al desarrollo de discapacidad adquirida y pérdida de autonomía, particularmente cuando se prolonga la estancia^{11,12}.

Los factores asociados a la demora del alta son múltiples e incluyen la dependencia funcional, la multimorbilidad y determinadas características clínicas, así como la disponibilidad de apoyo familiar y social, las condiciones habitacionales y otros determinantes socioeconómicos^{5-7,13-16}. La participación de los cuidadores y la disponibilidad de una red capaz de sostener las necesidades del paciente son especialmente relevantes durante la transición desde el hospital hacia el domicilio o hacia otros dispositivos de cuidado¹⁷⁻¹⁹.

La planificación del alta y las intervenciones destinadas a mejorar las transiciones de cuida-

do pueden facilitar la continuidad asistencial y reducir problemas posteriores al egreso^{2,20-22}. Sin embargo, las dificultades para el alta no dependen únicamente de la organización hospitalaria, sino también de la disponibilidad de recursos sociales y comunitarios. En contextos caracterizados por fragmentación de los servicios y limitaciones en los dispositivos de continuidad de cuidados, estas dificultades pueden adquirir particular relevancia^{23,24}.

Si bien existe evidencia internacional sobre los factores asociados a la demora de la externación y sobre estrategias destinadas a facilitar la transición del hospital al domicilio, la información disponible en hospitales públicos argentinos es limitada, especialmente aquella que integre en un mismo análisis las dimensiones clínicas, funcionales y sociofamiliares²⁵. En este contexto, resulta relevante caracterizar los factores asociados a las dificultades para el egreso hospitalario.

El objetivo de este estudio fue describir los principales factores asociados a la externación dificultosa en pacientes internados en sala general de un hospital de gestión pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de casos y controles, en sala general del Hospital General de agudos Dalmacio Vélez Sarsfield de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo comprendido entre junio de 2023 y junio de 2024.

Se realizó muestreo consecutivo no probabilístico de todos los pacientes internados en sala general.

Casos: pacientes internados por cualquier enfermedad médica o quirúrgica que prolonguen su estancia hospitalaria más allá de la resolución del cuadro clínico que motivó dicha intervención, por motivos no médicos. Controles: pacientes internados en el mismo periodo y que fueron externados al momento del alto médico sin dificultades. Los controles fueron pareados por edad (± 5 años), sexo y motivo de internación. Por cada caso se seleccionaron cuatro controles (1:4).

Definiciones

Externación dificultosa: situación en la cual el paciente se encuentra clínicamente apto para el alta hospitalaria, habiéndose resuelto o estabilizado el motivo que

determinó la internación, por el equipo médico tratante y documentadas en la historia clínica, pero permanece internado durante 48 horas o más debido exclusivamente a condiciones sociales, familiares, habitacionales, económicas, administrativas o de dispositivos de continuidad de cuidados necesarios para garantizar una externación segura. La condición de externación dificultosa fue determinada por el equipo tratante responsable de la internación, mediante la aplicación de los criterios operacionales preestablecidos, y verificada mediante la revisión de la historia clínica.

Red de apoyo: disponibilidad de una persona responsable o red familiar/social suficiente para garantizar las condiciones necesarias para una externación segura, incluyendo apoyo para actividades básicas, supervisión y continuidad de cuidados. Se consideró insuficiente cuando no se identificó una persona responsable o una red familiar/social capaz de garantizar de manera efectiva los cuidados básicos, la supervisión o la continuidad de cuidados requeridos por el paciente.

Pobreza extrema: ausencia de ingresos o ingresos mensuales inferiores a \$400.000 durante el periodo de estudio definido previamente por los investigadores basado en la línea de pobreza oficial del periodo y en los ingresos per cápita.

Dependencia funcional refiere al grado de necesidad de asistencia para realizar actividades básicas de la vida diaria y puede estar presente antes de la internación.

Deterioro funcional implica una pérdida o disminución de la capacidad funcional respecto del nivel basal o del ingreso hospitalario, pudiendo desarrollarse durante la hospitalización.

Esta distinción resulta relevante, ya que una dependencia previa puede condicionar la posibilidad de una externación segura, mientras que el deterioro funcional puede constituir una consecuencia de la internación prolongada.

Procedimiento

La información fue obtenida de historias clínicas. Los datos fueron codificados y anonimizados para preservar la confidencialidad. La red de apoyo y la sobrecarga del cuidador fueron evaluadas mediante criterios previamente definidos por los investigadores a partir de la información consignada en la historia clínica y/o entrevista con el paciente y/o cuidador; no se utilizaron instrumentos psicométricos validados.

A todos los participantes se les solicitó consentimiento informado escrito.

Variables

Se relevaron variables en tres dominios principales: Demográficas, clínicas y socioeconómicas y de red de apoyo (Tabla 1). Las complicaciones intrahospitalarias, como neumonía, úlceras por presión y deterioro funcional, no fueron consideradas causas de externación dificultosa ni formaron parte de su definición operacional. Se analizaron como eventos clínicos ocurridos durante la internación, particularmente en relación con la prolongación de la estancia hospitalaria

Análisis estadístico

Se realizó inicialmente un análisis bivariado para explorar la asociación entre las variables estudiadas y la presencia de externación dificultosa. Para las variables categóricas se utilizaron las pruebas de χ^2 de Pearson o exacta de Fisher, según correspondiera, y para las variables continuas las pruebas de t de Student o Mann-Whitney U, de acuerdo con la distribución de los datos.

Para el análisis multivariado se construyó un modelo de regresión logística condicional, considerando como variable dependiente la presencia de externación dificultosa. La selección de las variables candidatas se realizó considerando dos criterios: su relevancia clínica o epidemiológica como potenciales factores asociados al evento y la evidencia de asociación observada en el análisis bivariado. Se consideraron inicialmente siete variables: edad, sexo, índice de Charlson ≥ 3 , dependencia funcional grave, cobertura pública exclusiva, pobreza extrema y red de apoyo insuficiente.

Durante la construcción del modelo se evaluó la presencia de colinealidad y separación completa. La variable pobreza extrema presentó separación completa y fuerte correlación con otros indicadores de vulnerabilidad social, por lo que fue excluida del modelo multivariado final para evitar estimaciones inestables. Las restantes variables fueron evaluadas durante el proceso de ajuste y se conservaron en el modelo final aquellas que, además de su plausibilidad clínica, contribuyeron al ajuste del modelo sin presentar problemas de estimación. No se incorporaron al modelo multivariado otras variables clínicas, como diabetes mellitus, insuficiencia renal cró-

nica y antecedentes de enfermedad cardiovascular, debido al número limitado de casos y a la necesidad de mantener un modelo parsimonioso y estable

Se informaron *odds ratios* (OR) ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Debido al número limitado de casos (n=60) y a la baja frecuencia de algunas exposiciones, los resultados del modelo multivariado fueron considerados exploratorios y las estimaciones se interpretaron con cautela. No se realizó ajuste por comparaciones múltiples. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

Se utilizó SPSS v.26 (IBM Corp.).

Aspectos éticos

La investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de la institución.

Resultados

Durante el período comprendido entre junio de 2023 y junio de 2024 se internaron 2098 pacientes en las salas generales del Hospital General de Agudos Dalmacio Vélez Sarsfield. Mediante la aplicación de la definición operacional de externación dificultosa, se identificaron 60 pacientes que cumplieron los criterios establecidos. Estos 60 pacientes correspondieron a la totalidad de los casos de externación dificultosa identificados durante el período de estudio y fueron incluidos en el análisis. Por cada caso se seleccionaron cuatro controles (n = 240) entre los pacientes internados durante el mismo período que fueron externados sin dificultad. No se excluyeron pacientes que cumplieran con los criterios de caso o control por falta de información. La población final analizada estuvo constituida por 300 pacientes: 60 casos de externación dificultosa y 240 controles.

Perfil demográfico y clínico

La edad media fue de 74 años (DE 9.5), sin diferencias significativas ($p = 0.42$). El 58% correspondió a sexo femenino. El índice de comorbilidad de Charlson ≥ 3 se observó en el 47% de los casos versus el 21% de los controles (OR 3.2; IC95% 1.7–6.0; $p < 0.001$). La dependencia funcional grave al ingreso (Katz F–G o H) estuvo presente en el 62% de los casos frente al 19% de

Tabla 1 | Definición y operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala /Categorías
Externación dificultosa	Permanencia hospitalaria luego de resuelto el motivo clínico de ingreso por causas no médicas	Cualitativa dicotómica	Sí / No
Edad	Edad en años cumplidos al momento de la internación	Cuantitativa continua	Años
Sexo	Sexo biológico registrado		Femenino / Masculino
Número de comorbilidades	Cantidad de enfermedades crónicas registradas al ingreso	Cualitativa nominal	0-2 / ≥ 3
Dependencia funcional (Índice de Katz)	Nivel de independencia en actividades básicas de la vida diaria	Cualitativa ordinal	Grave (KATZ > D) Parcial/ausente (KATZ $\leq$ D)
Neumonía intrahospitalaria	Diagnóstico clínico y/o radiológico de neumonía durante la internación	Cualitativa dicotómica	Sí / No
Úlceras por presión	Presencia de lesiones por presión desarrolladas durante la internación	Cualitativa dicotómica	Sí / No
Deterioro funcional	Disminución del nivel funcional respecto al ingreso	Cualitativa dicotómica	Sí / No
Duración de la internación	Número de días desde el ingreso hasta el alta hospitalaria	Cualitativa dicotómica	Días
Situación habitacional	Condición de vivienda al momento del alta	Cuantitativa continua	Vivienda propia / Alquilada / Institucionalizada / Situación de calle
Pobreza extrema	Ausencia de ingresos o ingresos mensuales inferiores a ARS 400.000 durante el período de estudio.	Cualitativa nominal	Sí / No
Red de apoyo	Disponibilidad de una persona responsable o de una red familiar/social suficiente para garantizar una externación segura. (Se consideró insuficiente cuando no existía apoyo para cuidados básicos, supervisión o continuidad de cuidados).	Cualitativa dicotómica	Suficiente / Insuficiente
Cobertura sanitaria	Tipo de cobertura de salud del paciente	Cualitativa dicotómica	Pública / Obra social / Prepaga
Cuidador principal	Existencia de una persona responsable del cuidado del paciente	Cualitativa nominal	Sí / No
Red de apoyo	Evaluación del soporte familiar/social disponible	Cualitativa dicotómica	Suficiente / Insuficiente
Sobrecarga del cuidador	Presencia de carga física/emocional en el cuidador principal	Cualitativa dicotómica	Sí / No (o escala validada)
Capacidad para cubrir gastos básicos	Posibilidad de afrontar gastos esenciales (alimentación, medicación, vivienda)	Cualitativa dicotómica / ordinal	Adecuada / Inadecuada
Costos de internación	Gasto estimado asociado a la hospitalización	Cualitativa ordinal Cuantitativa continua	Pesos
Costos de alternativas de cuidado	Gasto estimado de cuidados extrahospitalarios	Cuantitativa continua	Pesos

los controles (OR 7.0; IC95% 3.7–13.2; $p < 0.001$). Los motivos de internación fueron divididos en causas clínicas y quirúrgicas. Las enfermedades infecciosas como neumonía e infección urinaria fueron las más frecuentes seguidas de las enfermedades cardiovasculares especialmente accidente cerebrovascular e insuficiencia cardíaca entre las clínicas, sin observarse diferencias significativas entre casos y controles; mientras que

las quirúrgicas fueron principalmente traumáticas (Tabla 2).

Condiciones socioeconómicas y habitacionales

El 40% de los casos no poseía vivienda propia frente al 12% de los controles (OR 4.9; IC95% 2.4–9.9). La cobertura pública exclusiva fue más frecuente en los casos (70% vs. 28%; OR 6.0; IC95% 3.1–11.6). La pobreza extrema (sin ingresos o me-

Tabla 2 | Características basales

Variable	Casos (n=60)	Controles (n=240)	Valor de p
Características demográficas			
Edad	74 (9.5)	74 (9.5)	0.42
Sexo femenino	35 (58.3)	139 (57.9)	0.43
Motivo de internación			
Clínico	36 (60)	144 (60)	0.91
Infeccioso	17 (28)	68 (28.3)	
Neumonía adquirida comunidad	9 (53)	38 (54)	
Infección tracto urinario	5 (29)	22 (32)	
Otras (infección de partes blandas, meningitis, peritonitis bacteriana espontánea, absceso hepático)	3 (18)	9 (14)	
Cardiovascular	12 (20)	48 (21)	
Síndromes coronarios	6 (50)	26 (54)	
Insuficiencia cardíaca descompensada	5 (42)	20 (42)	
Otros (TVP, arteriopatía periférica)	1 (8)	2 (4)	
Neurológico	4 (7)	16 (6.7)	
ACV (isquémico y hemorrágico)	3 (75)	12 (74)	
Traumatismo	1 (25)	3 (19)	
Otros	0	1 (7)	
Otros motivos clínicos	4 (6.7)	12 (5.0)	
Quirúrgico	24 (40)	96 (40)	0.92
Reemplazo total de cadera	17 (74)	73 (76)	
Apendicetomías	4 (17)	14 (13)	
Otras	2 (9)	9 (11)	
Características clínicas			
Índice de Charlson ≥ 3 ,	28 (46.7)	50 (20.8)	<0.001
Dependencia funcional grave	37 (61.7)	46 (19.2)	<0.001
Katz ingreso > D (dependencia grave)	37 (62)	46 (19)	< 0.01
Katz alta > D (dependencia grave)	42 (70)	57 (24)	< 0.01
Características socioeconómicas y red de apoyo			
Sin vivienda propia, n (%)	24 (40.0)	29 (12.1)	<0.001
Cobertura pública exclusiva, n (%)	42 (70.0)	67 (27.9)	<0.001
Pobreza extrema, n (%)	26 (43.3)	22 (9.2)	<0.001
Red de apoyo insuficiente, n (%)	33 (55.0)	19 (7.9)	<0.001
Sobrecarga significativa del cuidador, n (%)	29 (48.3)	36 (15.0)	<0.001

nos de 400 000 pesos) estuvo presente en 43% de los casos y 9% de los controles (OR 7.7; IC95% 3.7–15.9).

Red de apoyo familiar y sobrecarga del cuidador

La ausencia de red de apoyo suficiente se observó en 55% de los casos frente a 8% de los controles (OR 13.7; IC95% 6.6–28.6). Entre los casos con cuidador, el 48% refirió sobrecarga significativa, en comparación con 15% en controles ($p < 0.001$).

Duración de internación y complicaciones clínicas

La media de días de internación en casos fue de 95 días (RIC 70–122) versus 14 días (RIC 9–21) en controles ($p < 0.001$). En los casos se registraron mayores tasas de complicaciones intrahospitalarias: neumonía asociada (15% vs. 4%), úlceras por presión (12% vs. 2%) y deterioro funcional acelerado (33% vs. 7%), todas con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

Análisis bivariado y multivariado

Los factores significativamente asociados con externación dificultosa fueron: Charlson ≥ 3 (OR 3.33; IC95% 1.83–6), dependencia funcional grave (OR 6.78; IC95% 3.68–12.51), cobertura pública exclusiva (OR 6.02; IC95% 3.24–11.2)), pobreza extrema (OR 7.58; IC95% 3.87–14.85) y ausencia de red de apoyo (OR 14.22 IC95% 7.12–28.39). (Tabla 3)

En el análisis bivariado, se observó asociación entre externación dificultosa y Charlson ≥ 3 (OR 3.33; IC95% 1.83–6.03), dependencia funcional grave (OR 6.78; IC95% 3.68–12.51), cobertura pública exclusiva (OR 6.02; IC95% 3.24–11.20), pobreza extrema (OR 7.58; IC95% 3.87–14.85) y red de apoyo insuficiente (OR 14.22; IC95% 7.12–28.39).

Se construyó un modelo de regresión logística condicional para identificar factores independientes asociados con la externación dificultosa. Inicialmente se consideraron siete variables seleccionadas por su relevancia clínica y/o por presentar asociación en el análisis bivariado: edad, sexo, índice de Charlson ≥ 3 , dependencia funcional grave, cobertura pública exclusiva, pobreza extrema y red de apoyo insuficiente.

Durante el proceso de ajuste se identificó separación completa para la variable pobreza ex-

trema, asociada a su baja frecuencia en el grupo control y a su correlación con otros indicadores de vulnerabilidad social. En consecuencia, esta variable fue excluida del modelo final, permaneciendo como variable analizada en los análisis descriptivos y bivariado. Asimismo, se revisaron los errores estándar, los intervalos de confianza de los odds ratios y la estabilidad de las estimaciones durante el proceso de ajuste. La amplitud de algunos intervalos de confianza fue interpretada como indicativa de imprecisión asociada al número limitado de eventos y a la baja frecuencia de algunas exposiciones. Por este motivo, las estimaciones multivariadas se consideraron exploratorias y se interpretaron con cautela. No se utilizaron procedimientos de regresión penalizada.

La cobertura pública exclusiva se asoció con la externación dificultosa; sin embargo, esta asociación no se mantuvo estadísticamente significativa en el modelo multivariado.

Luego del ajuste, las variables que permanecieron en el modelo final fueron dependencia funcional grave, cobertura pública exclusiva y ausencia de red de apoyo suficiente.

La dependencia funcional grave se asoció de manera independiente con la externación dificultosa (OR ajustado 5.9; IC95% 2.7–12.8; $p < 0.001$), al igual que la ausencia de una red de apoyo suficiente (OR ajustado 9.5; IC95% 3.8–23.7; $p < 0.001$). La cobertura pública exclusiva mostró una magnitud de asociación elevada, aunque sin alcanzar significación estadística (OR ajustado 2.8; IC95% 0.6–13; $p = 0.23$) (Tabla 4).

Edad, sexo e índice de Charlson ≥ 3 fueron excluidos del modelo final al no aportar evidencia de asociación independiente con el evento durante el proceso de ajuste y no mejorar el ajuste del modelo.

Discusión

El presente estudio permitió identificar factores clínicos, funcionales y sociofamiliares asociados con la externación dificultosa en pacientes internados en sala general. En el análisis multivariado, la dependencia funcional grave y la ausencia de una red de apoyo suficiente fueron las variables que mantuvieron una asociación independiente con el evento. Estos hallazgos sugieren que, una vez resuelto o estabilizado el motivo de internación, la posibilidad de una

Tabla 3 | Análisis univariado de factores asociados a externación dificultosa

Variable	OR	IC95%	Valor de p
Charlson ≥ 3	3.33	1.83–6.03	<0.001
Dependencia funcional grave	6.78	3.68–12.51	<0.001
Cobertura pública exclusiva	6.02	3.24–11.20	<0.001
Pobreza extrema	7.58	3.87–14.85	<0.001
Red de apoyo insuficiente	14.22	7.12–28.39	<0.001

Tabla 4 | Modelo multivariado de regresión logística de los factores asociados con la externación dificultosa

Variable	OR	IC95%	Valor de p
Dependencia funcional grave	5.9	2.7–12.8	< 0.001
Cobertura pública exclusiva	2.8	0.6–13	0.23
Ausencia de red de apoyo	9.5	3.8–23.7	< 0.001

La variable pobreza extrema fue excluida del modelo final debido a separación completa y colinealidad con otros indicadores de vulnerabilidad social

externación segura depende en gran medida de la capacidad funcional del paciente y de la disponibilidad de recursos humanos y sociales para sostener la continuidad del cuidado. La asociación entre dependencia funcional grave y externación dificultosa resulta consistente con la evidencia que identifica la discapacidad, la pérdida de autonomía y la necesidad de asistencia como factores relevantes para la planificación del alta y la transición desde el hospital hacia otros ámbitos de atención^{11-16,18,20}.

La dependencia previa a la internación puede condicionar la posibilidad de retorno al domicilio cuando no existen recursos suficientes para cubrir las necesidades de cuidado.

La ausencia de una red de apoyo suficiente mostró una asociación de mayor magnitud. Este hallazgo es concordante con estudios que señalan la importancia de los determinantes sociales, la disponibilidad de cuidadores y la capacidad de las redes familiares para sostener el cuidado luego del egreso^{17-19,23}. La ausencia de una persona responsable o de una red capaz de garantizar cuidados básicos, supervisión y continuidad puede transformar una situación clínicamente resuelta en una internación prolongada.

En el análisis bivariado también se observaron asociaciones con la multimorbilidad, la cobertura pública exclusiva y la pobreza extrema. Estas

variables pueden constituir marcadores de una mayor vulnerabilidad clínica o social; sin embargo, su asociación no se mantuvo en el modelo multivariado. En particular, la pobreza extrema presentó separación completa y correlación con otros indicadores de vulnerabilidad social, por lo que no pudo incorporarse al modelo final. En consecuencia, estos resultados deben interpretarse como asociaciones observadas y no como efectos independientes.

La prolongación de la internación observada en los casos se acompañó de una mayor frecuencia de complicaciones intrahospitalarias, entre ellas neumonía, úlceras por presión y deterioro funcional. Estas complicaciones no formaron parte de la definición de externación dificultosa, sino que fueron analizadas como eventos ocurridos durante la internación. La asociación temporal observada no permite establecer que la demora del alta haya causado dichas complicaciones; sin embargo, resulta compatible con la evidencia que señala que la hospitalización prolongada puede favorecer pérdida funcional, discapacidad adquirida y otros eventos adversos, particularmente en personas mayores^{11,12,24,25}.

La duración de la internación también representa una dimensión relevante desde el punto de vista de la utilización de recursos. Las dificultades para el alta pueden generar ocupación

prolongada de camas destinadas a pacientes con necesidades de atención aguda y aumentar los costos asociados al cuidado hospitalario^{5-8,23}. Las estrategias de planificación del alta y de transición hacia alternativas extrahospitalarias pueden contribuir a reducir estancias innecesariamente prolongadas cuando existen recursos adecuados para garantizar la continuidad del cuidado^{2,20-22}.

Estos resultados deben interpretarse considerando varias limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio unicéntrico realizado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo que su generalización a otras instituciones y sistemas de salud es limitada. En segundo lugar, el diseño de casos y controles permite identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales. En tercer lugar, algunas variables sociales, particularmente la red de apoyo y la sobrecarga del cuidador, fueron evaluadas mediante criterios definidos por los investigadores a partir de la información de la historia clínica y/o entrevista, sin utilizar instrumentos psicométricos validados. Esto puede introducir variabilidad en su clasificación.

Asimismo, el número de casos fue limitado y algunas exposiciones presentaron baja frecuencia, lo que se reflejó en intervalos de confianza amplios. La separación completa observada para pobreza extrema impidió su inclusión en el modelo multivariado. Además, la posible correlación entre diferentes indicadores de vulnerabilidad social dificulta separar completamente sus efectos individuales. Por estas razones, las estimaciones ajustadas deben considerarse exploratorias y ser interpretadas con cautela.

La principal implicancia de estos resultados es la importancia de incorporar la evaluación funcional y socio familiar dentro de la planificación del alta, particularmente en pacientes con dependencia grave o con redes de apoyo insuficientes. La evidencia disponible indica que una planificación estructurada y una adecuada coordinación de las transiciones pueden favorecer la continuidad del cuidado y disminuir problemas asociados al egreso hospitalario^{2,20-22}. No obstante, nuestros resultados no permiten determinar si intervenciones específicas sobre estos facto-

res reducirían la duración de la internación.

En conjunto, los hallazgos muestran que la externación dificultosa se relaciona principalmente con la interacción entre dependencia funcional y disponibilidad de una red de apoyo suficiente. La identificación temprana de estas condiciones podría contribuir a anticipar las dificultades para el egreso y orientar la planificación de la continuidad del cuidado. Se requieren más estudios prospectivos y multicéntricos que permitan confirmar estas asociaciones, evaluar la reproducibilidad de las definiciones utilizadas y determinar el efecto de intervenciones destinadas a facilitar una externación segura.

Limitaciones: En primer lugar, se trata de un estudio unicéntrico realizado en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, lo que limita su generalización. En segundo lugar, el diseño de casos y controles permite identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales. No se realizó un cálculo formal del tamaño muestral previo al estudio, por lo que el número de participantes estuvo determinado por la totalidad de los casos identificados durante el período de estudio y la selección de cuatro controles por caso, lo que pudo limitar la potencia para detectar asociaciones de menor magnitud. Algunas variables sociales, particularmente la red de apoyo y la sobrecarga del cuidador, fueron evaluadas mediante criterios definidos por los investigadores, sin instrumentos psicométricos validados, lo que puede introducir variabilidad en su clasificación. El número limitado de casos y la baja frecuencia de algunas exposiciones se reflejaron en intervalos de confianza amplios. La separación completa observada para pobreza extrema impidió su inclusión en el modelo multivariado y la correlación entre indicadores de vulnerabilidad social dificulta separar sus efectos individuales. Asimismo, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica y antecedentes de enfermedad cardiovascular no fueron incorporados al modelo multivariado, por lo que no puede descartarse su asociación con la externación dificultosa ni su posible influencia sobre las estimaciones ajustadas.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2022; 2: CD000313.
2. Landeiro F, Roberts K, Gray AM, Leal J. Delayed hospital discharges of older patients: a systematic review on prevalence and costs. *Gerontologist* 2019; 59: e86-97.
3. Costa AP, Poss JW, Peirce T, Hirdes JP. Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 172.
4. Glasby J, Littlechild R, Pryce K. Hospital discharge: integrating health and social care. Abingdon: Routledge; 2019.
5. Victor CR. Delayed discharge of older people from hospitals: the continuing puzzle of "bed-blocking". *Age Ageing* 2000; 29: 373-9.
6. Morris JN, Howard EP, Steel K, et al. Predictors of delayed hospital discharge among older persons. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52: 51-5.
7. O'Cathain A, Connell J, Longo F, et al. An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Health Soc Care Community* 2013; 21: 640-50.
8. Poulos CJ, Eagar K, Poulos RG. Managing delayed discharge from hospital. *Med J Aust* 2007; 187: 322-5.
9. Durocher E, Gibson BE, RRappolt S. Social determinants of delayed discharge in complex continuing care hospitals: a multiple case study. *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 427.
10. Sullivan K, Khawaja M, Connolly R, et al. Delayed hospital discharges and predictors of readmission: a retrospective cohort study. *Intern Med J* 2021; 51: 1443-9.
11. McCloskey R, Jarrett P, Stewart C. The untold story of being designated an alternative level of care patient. *Healthc Policy* 2015; 11: 76-89.
12. Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". *JAMA* 2011; 306: 1782-93.
13. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993; 118: 219-23.
14. Coleman EA, Min SJ, Chomiak A, Kramer AM. Post-hospital care transitions: patterns, complications, and risk identification. *Health Serv Res* 2004; 39: 1449-65.
15. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med* 2007; 2: 314-23.
16. Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 346.
17. Naylor MD, Shaid EC, Carpenter D, et al. Components of comprehensive and effective transitional care. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65: 1119-25.
18. Costa AP, Hirdes JP, Heckman GA, et al. Geriatric care across Canada, Iceland, and India: development and pilot testing of the interRAI ALC instrument. *BMC Geriatr* 2017; 17: 201.
19. Lindhardt T, Nielsen MH. Older patients' involvement in care transitions: a systematic review. *J Aging Health* 2017; 29: 878-900.
20. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
21. Fried TR, Tinetti ME, Iannone L, O'Leary JR, Towle V, Van Ness PH. Health outcome prioritization as a tool for decision making among older persons with multiple chronic conditions. *Arch Intern Med* 2011; 171: 1856-8.
22. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380: 37-43.
23. Aranco N, Stampini M, Ibarrarán P, Medellín N. *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2018.
24. Cecilio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, et al. Challenges of hospital discharge in Brazil: an ethnographic study. *Cien Saude Colet* 2019; 24: 1723-32.
25. Gonçalves-Bradley DC, Iliffe S, Doll HA, et al. Early discharge hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD000356.