

Acciones de Enfermería Para Minimizar los Factores que Intervienen en los Reingresos

Hospitalarios de los Adultos Mayores

Jeffersson Andrey Robayo Castiblanco y Eddith Rodríguez Chaparro

Universidad ECCI

Notas del autor

Jeffersson Andrey Robayo Castiblanco y Eddith Rodríguez Chaparro. Facultad de Enfermería.

Universidad ECCI

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa Enfermería Profesional

Bogotá D.C

2018

Acciones de Enfermería Para Minimizar los Factores que Intervienen en los Reingresos

Hospitalarios de los Adultos Mayores: Una Revisión de Literatura

Jeffersson Andrey Robayo Castiblanco y Eddith Rodríguez Chaparro

Universidad ECCI

Asesora:

Alba Yaneth Ramos Álvarez

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa Enfermería Profesional

Bogotá D.C

2018

## **Dedicatoria**

Dedicamos el trabajo de investigación a nuestra Universidad ECCI y a nuestros profesores porque gracias a ellos decidimos realizar la investigación como nuestra opción de grado.

## **Agradecimientos**

Primero agradecer a Dios por estar presente en nuestras vidas, gracias a nuestras familias por su apoyo incondicional, la más sincera gratitud con mi compañero/a de tesis por su compromiso y responsabilidad, y el más alto reconocimiento para nuestra asesora pues sin la ayuda incondicional de ella esta investigación no hubiera sido posible.

## Resumen

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria. El ministerio de protección social de Colombia en la resolución 1446 del 8 mayo de 2006 define que “el reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario”. Según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. En diferentes trabajos que hablan de reingresos hospitalarios y los categorizan por edad, se observa que coinciden en que la población adulta mayor encabeza las listas de este índice de calidad hospitalario. **Objetivo:** Proponer un plan de intervenciones del profesional de enfermería para minimizar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores. **Materiales y Métodos:** Este es un estudio descriptivo basado en revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en diferentes bases de datos como SciELO, ScienceDirect, MedlinePlus, Enfermería al día y Elsevier, con un total de 28 artículos, publicados entre 2007 y el año 2018, se realizó análisis crítico de los mismos por medio de la herramienta CASPe, finalmente se incluyen en este estudio 11 artículos. **Resultados:** Se encontró en la literatura diferentes factores que fueron categorizados en tres grandes grupos: Factores inherentes al paciente, Factores inherentes a la atención de enfermería, Factores de la institución hospitalaria y personal asistencial. A cada uno de estos grupos se le realizó un plan de intervención de enfermería con diagnóstico enfermero, intervenciones NIC y acciones de enfermería. **Conclusiones:** Los factores que inciden en los reingresos de los adultos mayores se

clasificaron en: factores inherentes al paciente, Factores de enfermería y factores de la institución hospitalaria y el personal asistencial. La intervención que se observa con mayor relevancia es la parte de educación por tal motivo el enfermero profesional debe estar preparado para poder ejecutar esta actividad de la mejor manera.

## Abstract

Hospital readmission has been studied as an indicator of health care quality since at least 1965, having been regarded as one of the hospital quality standards. The Ministry of Social Protection of Colombia in resolution 1446 of May 8, 2006 defines "re-entry of patients to inpatient services frequently occurs as a result of poor approach and solution to the problem that generated the query or failures the quality of information given to the user." According to OMS between 2000 and 2050, the proportion of the world's people over 60 will double from 11% to 22%. In absolute numbers, this age group will increase from 605 million to 2 billion over the course of half a century. In different works that speak of hospital readmissions and categorized by age, it is observed that they coincide in that the older adult population heads the lists of this index of hospital quality. **Objective:** Propose a plan of interventions nurse to minimize the factors involved in hospital readmissions of elderly. **Materials and methods:** This is a descriptive study based on literature review, the search was conducted in different databases like SciELO, ScienceDirect, MedlinePlus, Nursing daily and Elsevier, a total of 28 articles published between 2007 and 2018, analysis was performed critical thereof through CASPe tool, finally included in this study 11 items. Within the exclusion criteria were all related to hospital readmissions of older adults published before 2007 period. **Results:** Different factors were found in the literature that were categorized into three main groups: Inherent factors in the patient, Inherent factors in nursing care, Factors of the hospital institution and care personnel. Each of these groups underwent a nursing intervention plan with a nurse diagnosis, NIC interventions and nursing actions. **Conclusions:** Factors that affect readmissions of older adults were classified as inherent to patient factors and factors of nursing institution and hospital care personnel

factors. The intervention is seen most important part of education, therefore, the nurse practitioner must be prepared to perform this activity in the best way.

## **Introducción**

En los últimos años el reingreso hospitalario se ha convertido en un importante indicador a nivel hospitalario, debido a que con este miden gran parte de la calidad asistencial en las diferentes clínicas. El ministerio de protección social de Colombia en la resolución 1446 del 8 mayo de 2006 define que:

El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó.

Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestado.

Según la organización mundial de la salud (OMS) “Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones” (OMS, 2018). Esta información demuestra que a nivel mundial la población adulta mayor cada vez crece más.

El ministerio de protección social de Colombia, muestra en un documento titulado “Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 dinámica demográfica y estructuras poblacionales” (2013) que en Latinoamérica dentro del periodo 2000 y 2010 la población de 60 a 69 años ha crecido en un 38% aproximadamente, que la población 70 a 79 años ha crecido un

32% aproximadamente y la de 80 años y más ha crecido un 53.8, es un crecimiento con un porcentaje bastante significativo en esta región del mundo. En este mismo documento describen el cambio porcentual del volumen de población colombiana por sexo y edad dentro de la década 2000-2010, donde describen que la población de 60 a 69 años creció en un 33% aproximadamente, la población de 70 a 79 años creció un 29% aproximadamente y la población de 80 años y más, lo que demuestra que este incremento de la población adulta mayor también se evidencia en Colombia con porcentajes bastante altos.

Las afirmaciones anteriores del crecimiento de la población adulta mayor cada vez con más porcentaje y la importancia de los reingresos hospitalarios como indicador de salud a nivel mundial, llevo a explorar sobre los reingresos hospitalarios en adultos mayores, encontrando que esta población encabeza los listados de reingresos hospitalarios en la literatura consultada.

Por ello se hace necesario realizar una revisión bibliográfica, para buscar el papel de enfermería para minimizar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores, el identificar estos factores sería muy importante para la enfermería como disciplina profesional, ya que así se podría brindar un mejor cuidado a los adultos mayores y así reducir las readmisiones hospitalarias.

Este trabajo de grado va encaminado en la línea de investigación de Salud pública, haciendo parte del Grupo de Investigación En Ingeniería Clínica – Hospital Universitario La Samaritana (FINIC – HUS), ubicados en la rama cuidado de enfermería y salud de los colectivos a su vez en la sub rama Innovación en el cuidado cuyo objetivo es Generar estrategias de cuidado

innovadoras encaminadas al mejoramiento de la salud, la calidad de vida y el bienestar de los seres humanos en su proceso salud – enfermedad, de manera que se introduzcan sistemáticamente en la práctica profesional.

## Contenido

Dedicatoria .....	3
Agradecimientos .....	4
Resumen.....	5
Abstract .....	7
Introducción .....	9
1. Marco de Referencia .....	16
1.1 Descripción Del Problema .....	16
1.2. Pregunta Problema .....	25
1.3 Justificación.....	26
1.3.1 Social.....	26
1.3.2 Disciplinar .....	26
1.3.3 Teórica.....	26
1.4 Objetivos .....	27
1.4.1 Objetivo General.....	27
1.4.2 Objetivos Específicos .....	27
2. Marco Teórico .....	28
Adulto Mayor .....	28
Crecimiento Poblacional de los Adultos Mayores .....	32

Reingresos Hospitalarios.....	36
Plan de Atención de Enfermería (PAE) .....	37
Diagnóstico de Enfermería.....	43
Descripción y uso de las Intervenciones NIC .....	43
3. Marco Metodológico .....	46
3.1 Tipo de Estudio .....	46
3.2 Criterios de Inclusión .....	46
3.3 Criterios de Exclusión .....	47
3.4 Criterios Éticos.....	48
4. Resultados .....	49
5 Conclusiones .....	57
6. Limitantes.....	58
7. Recomendaciones.....	59
Bibliografía .....	60
Anexos.....	65
Matriz de Artículos Utilizados en la Revisión Bibliográfica .....	65
Relación Artículos y Factores que Aumentan el Riesgo de Reingresos en Pacientes Adultos Mayores.....	77

## Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución de reingreso hospitalario a los 30, 60 y 90 .....	16
Tabla 2. Probabilidad de reingresos hospitalarios a los 30, 60 y 90 días .....	18
Tabla 3. Prevalencia de reingreso inferior a 30 días del egreso según grupos de edad .....	19
Tabla 4. Probabilidad de reingreso por patologías .....	20
Tabla 5. Factores de riesgo de re hospitalización en pacientes Adultos mayores hospitalizados.....	22
Tabla 6. Comparación costo evento hospitalario, primer ingreso sobre reingreso .....	24
Tabla 7. Comparación días de estancia hospitalaria primer ingreso sobre reingreso.....	25
Tabla 8 Categorías, factores, intervenciones de enfermería NIC, acciones de enfermería y diagnósticos de enfermería .....	51

## Gráficas

Gráfica 1. Cambio porcentual del volumen de población en Latinoamérica por sexo y edad. 2000 - 2010.....	34
Gráfica 2 Cambio porcentual del volumen de población Colombiana por sexo y edad. 2000 - 2010 .....	35
Gráfica 3 Flujograma criterios de inclusión de la revisión bibliográfica .....	47
Gráfica 4 Resultados .....	50

## 1. Marco de Referencia

### 1.1 Descripción Del Problema

En la investigación de Caballero (2011), el objetivo fue establecer la magnitud de los reingresos hospitalarios y su relación con factores pronósticos incluyendo características demográficas, clínicas y costos, en afiliados de la Organización Sanitas Internacional, en Colombia, pero antes de entrar al estudio como tal, mencionan el estudio de Balla y cols. (Balla U 2008, citado en Caballero (2011), quienes encontraron problemas en la calidad del cuidado en el 33% de los reingresos hospitalarios; sus principales hallazgos fueron trabajo en equipo incompleto, muy corta estancia hospitalaria, medicación inadecuada, diagnóstico errado y resultados de laboratorio no concordantes. Dentro de los resultados del estudio de Caballero (2011) realizaron varias clasificaciones, una de ellas fue la edad, datos que se ven plasmados en la tabla 1.

*Tabla 1. Distribución de reingreso hospitalario a los 30, 60 y 90*

Grupos de edad años	Reingresos		
	30 días	60 días	90 días
< 1	494	564	567
	9,00%	11,00%	12,00%
1 a 4	274	350	373
	5,20%	7,20%	8,50%
5 a 14	200	245	254
	5,00%	6,60%	7,50%
15 a 44	1611	1968	2011
	6,60%	8,70%	9,70%
45 a 64	1510	1805	1900
	10,30%	13,10%	15,10%

Grupos de edad años	Reingresos		
	30 días	60 días	90 días
>= 65	2814 13.80%	3428 18.10%	3651 21.10%
Hombre	3015 10.9%	3600 14.0%	3747 15.9%
Mujeres	3868 8.4%	4760 10.0%	5009 12.7%
Total	6903 9.3%	8360 12.1%	8756 13.9%

*Fuente: Recuperado de Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008, Caballero A 2011. Revista Médica Sanitas Vol 14, pag 5*

En este estudio los ingresos fueron separados por 3 lapsos de tiempo diferentes, ingresos antes de los 30 días, antes de los 60 días y antes de los 90 días, como se puede observar en la tabla 1 en los 3 periodos de tiempo es encabezada por las personas mayores de 65 años, lo que indico que fue la población que más reingreso a los diferentes hospitales.

En la tabla 2, las clasificaciones fueron las patologías por las cuales los pacientes reingresaron a las instituciones hospitalarias, donde se puede observar que las enfermedades más reincidentes son las hematológicas, neoplásicas y circulatorias, las cuales tienen relación casi directa con los adultos mayores de 65 años, en este estudio los autores sugieren que se requieren estudios prospectivos que evalúen la relación de los reingresos con el manejo y la mortalidad extra-hospitalarios, la caracterización de la complejidad médica de los casos, la calidad de la atención, la calidad de vida de los pacientes y el uso de hogar geriátrico en nuestro medio (caballero, 2008, p 14.)

**Tabla 2. Probabilidad de reingresos hospitalarios a los 30, 60 y 90 días**

Patologías	30días	60 días	90 días
Enfermedades de la sangre , órganos hematopoyéticos, sistema inmunológico	19,86	24,02	28,27
Factores que influyen en el estado de salud	15,43	19,59	22,9
Enfermedades del sistema circulatorio	14,24	18,36	21,25
Neoplasias	14,07	19,05	21,17
Enfermedades del sistema nervioso	13,36	17,01	18,26
Traumatismos, envenenamientos y ciertas patologías de causa externa	11,82	13,38	14,48
Trastornos mentales y del comportamiento	11,6	15,92	17,7
Síntomas y signos... no explicados por otra enfermedad	9,85	12,56	14,25
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	9,72	12,68	15,77
Enfermedades del sistema respiratorio	9,4	12,47	14,63
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	8,63	10,82	11,88
Enfermedades de piel y TCS	8,53	10,66	12,03
Enfermedades del sistema genitourinario	8,49	10,95	13,3
Malformaciones congénitas y cromosómicas	8,18	9,97	10,75
Afecciones del periodo perinatal	7,15	7,34	7,56
Enfermedades del sistema digestivo	7,08	9,1	10,31
Embarazo, parto y puerperio	5,19	7,19	7,93
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	5,09	7,51	9,57
Enfermedades del oído y apófisis mastoides	4,63	6,37	7,6
Enfermedades del ojo y anexos	2,7	4,76	6,3

*Fuente: Recuperado de Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008, Caballero A 2011. Revista Médica Sanitas Vol 14, pag: 5*

Por otra parte, Caballero (2016), realizó también una clasificación por edades para clasificar los reingresos y los resultados son muy similares a los de Caballero (2011) datos que se verán en la tabla 3.

**Tabla 3. Prevalencia de reingreso inferior a 30 días del egreso según grupos de edad**

Variable Edad	Egresos	ingresos	%
< 1	5.670	519	9,2
1-4	5.425	289	5,3
5-14	4.168	210	5,0
15-44	13.244	1.045	7,9
45-64	15.265	1.575	10,3
≥ 65	21.197	2.935	13,8
Total	64.969	6.573	10,1

*Fuente: Recuperado de Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia, Caballero A (2016)*

Como se puede observar los datos son similares a las de Caballero (2011) y coinciden en que el dato con mayor número de reingresos son las personas mayores de 65 años,

Al observar la tabla 4, también se puede comparar con el estudio de caballero (2011) ya que es muy similar, las enfermedades del sistema circulatorio, las del sistema respiratorio, las del sistema digestivo y las neoplasias son las que encabezan los mayores reingresos. Dentro de las recomendaciones de los autores resaltan que se requieren estudios prospectivos en nuestro medio que analicen otras variables con potencial impacto en el reingreso tales como: calidad del proceso de atención, programas de seguimiento post-egreso, apoyo social y familiar y a partir de

estos hallazgos se podrá construir modelos para predecir el reingreso de pacientes y desarrollar intervenciones que permitan minimizarlos (Caballero 2016, p 9.). Vale la pena resaltar que independientemente de las recomendaciones de seguir investigando y tratando sobre el tema en cuestión, ya se tiene claro que los adultos mayores son los que más reingresos hospitalarios presentan, por tal motivo cada trabajador de la salud que preste servicios asistenciales a esta población, debe analizar y pensar en que acciones e intervenciones puede estar ejecutando de una manera no tan adecuada que pueda aumentar el riesgo y la posibilidad de que este tipo de pacientes regrese a un servicio hospitalario.

**Tabla 4. Probabilidad de reingreso por patologías**

	Número de egresos por capítulo	Probabilidad de reingreso (%)	Número de reingresos	Participación del capítulo en los reingresos (%)
Enfermedades del sistema circulatorio	9.168	14,0	1.284	19,5
Enfermedades del sistema respiratorio	10.555	9,7	1.029	15,7
Neoplasias	5.478	13,6	745	11,3
Enfermedades del sistema digestivo	9.578	7,0	669	10,2
Enfermedades del sistema genitourinario	6.972	9,1	634	9,6
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	4.611	8,5	390	5,9
Traumatismos, envenenamientos y ciertas patologías de causa externa	2.510	12,0	302	4,6
Síntomas y signos no explicados por otra enfermedad	2.525	10,6	267	4,1
Enfermedades del sistema nervioso	1.882	13,0	244	3,7

	Número de egresos por capítulo	Probabilidad de reingreso (%)	Número de reingresos	Participación del capítulo en los reingresos (%)
Trastornos mentales y del comportamiento	1.941	11,7	227	3,5
Enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas	1.824	9,4	172	2,6
Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	2.746	5,8	159	2,4
Afecciones del periodo perinatal	2.153	6,8	146	2,2
Enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo	1.410	9,1	128	1,9
Enfermedades de sangre, órganos hematopoyéticos, sistema inmunológico	425	22,4	95	1,4
Malformaciones congénitas y cromosómicas	396	8,8	35	0,5
Factores que influyen en el estado de salud	298	7,7	23	0,3
Enfermedades del oído y apófisis mastoides	394	5,6	22	0,3
Enfermedades de ojo y anexos	105	1,9	2	0,0
Total	64.969	10,1	6.573	100,0

*Fuente: Recuperado de: Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia, Caballero A (2016)*

Por su parte J Fernández (2003) habla sobre una patología bastante recurrente en los adultos mayores que es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) el objetivo era conocer la influencia de la calidad de los cuidados intrahospitalarios sobre el riesgo de reingreso precoz en

la exacerbación aguda de la EPOC. Pues se obtuvo dos conclusiones, la primera fue que los paciente que reingresaban al mes por la exacerbación del EPOC se producía por motivos no modificables del paciente, por lo tanto son muy difíciles de predecir y de prevenir, pero por el contrario la segunda conclusión fue que los pacientes que reingresaron antes de cumplir una semana del egreso se producía por baja calidad en los cuidados intrahospitalarios, conclusión que se llega después del análisis de un score diseñado para valorar el cuidado intrahospitalario, (J Fernández, 2003). Los resultados y conclusión de la anterior investigación demuestran que hay situaciones que no son modificables, que son propias de los pacientes y de las enfermedades, pero también hay situaciones que se pueden manejar y de cierta manera controlar, estas son las que se deben analizar, estudiar y tratar para poder brindar un mejor cuidado a los pacientes en las diferentes situaciones que se presenten.

Mientras tanto Tania Q (2013) indagó sobre la Re hospitalización de adultos mayores en un hospital de Lima Perú, cuyo objetivo fue determinar la frecuencia y los factores asociados a las re hospitalizaciones en adultos mayores del servicio de medicina de un hospital general, analizan situaciones diferentes a los diagnósticos médicos, el método utilizado para realizar el seguimiento fue por medio de una llamada telefónica al mes cumplido de la fecha del egreso, así realizaron un seguimiento preciso.

Los factores de riesgo más importantes que encontraron están registrados en la tabla 5:

***Tabla 5. Factores de riesgo de re hospitalización en pacientes Adultos mayores hospitalizados***

Regresión logística	Ora	IC 95%	p
Visita control	2.22	1.23 – 3.22	<0.001

Regresión logística	Ora	IC 95%	p
Presencia de neumonía	0.6	0.33 – 1.52	0.205
Dependencia funcional total	1.02	0.03 – 2.01	0.044

*Fuente: Recuperado de: Re hospitalización en adultos mayores de un hospital de lima, Perú Tania Q (2013)*

El primer y el tercer factor son de mucha importancia porque se puede trabajar en ellos para poderlos prevenir. Dentro de los resultados se evidencio que el factor más importante que se presentó para que los pacientes reingresaron fue la inasistencia a la cita de control correspondiente o asignada en el momento del egreso, con este dato afirman que intervenir en este factor reduciría las hospitalizaciones.

Los autores del artículo recomiendan que en el marco del sistema de salud se debería promover un sistema de salud integrado, donde los cuidados primarios, cuidados domiciliarios y hospitalización estén interrelacionados, implementando programas de transición de cuidados de pacientes de riesgo, estrategia que reduciría la tasa de re hospitalizaciones. (Tania Q 2013, p 4). Las conclusiones son muy acertadas pensando en un cuidado integral de los pacientes, pero aterrizándolo a el sistema de salud de Colombia es muy difícil de implementar, sobretodo el aumentar los cuidados domiciliarios del paciente con alto riesgo de hospitalización, pues si el presupuesto de las clínicas en ocasiones no alcanza para las necesidades básicas de estos, menos va a alcanzar para brindar este tipo de cuidados, sería ideal pero muy difícil de implementar.

En los artículos consultados anteriormente es claro que la población más vulnerable para sufrir un reingreso hospitalario son los adultos mayores, Pero, por otra parte, que consecuencias pueden tener a nivel de las instituciones y su impacto económico.

Existen diferentes procesos en los hospitales que se consideran de alto costo por evento, uno de ellos es el reingreso hospitalario no programado, se buscó en una base de datos de una de las tantas eps que existen en la ciudad de Bogotá que registra el costo de los ingresos y reingresos de la EPS en Coomeva.

**Tabla 6. Comparación costo evento hospitalario, primer ingreso sobre reingreso**

Mes	Promedio Costo Ingreso	Promedio Costo Reingreso
Enero	\$ 3.146.694	\$ 5.174.941
Febrero	\$ 3.146.694	\$ 2.277.933
Marzo	\$ 2.292.000	\$8.010.028
Abril	\$ 2.735.547	\$ 4.449.990
Mayo	\$ 2.788.349	\$ 8.869.561
Junio	\$ 2.131.191	\$ 3.178.082

*Fuente: Coomeva EPS*

Como se puede observar en la tabla 6 el promedio del costo de los pacientes ingreso es inferior al promedio costo de reingresos, y no solo eso en algunos meses el valor es cuatro veces mayor para los reingresos, esta situación conlleva a que los días de hospitalización de un paciente aumenten, disminuyen el giro cama de la clínica, y como indicador de calidad no es conveniente tener estos datos aumentados en las diferentes entidades prestadoras de salud, los anteriores datos se pueden ver reflejados en la tabla (7).

*Tabla 7. Comparación días de estancia hospitalaria primer ingreso sobre reingreso*

Mes	Promedio días de estancia Ingreso	Promedio días de estancia Reingreso
Enero	5	8.2
Febrero	3.9	4.2
Marzo	4.3	10.7
Abril	4.9	6.7
Mayo	5.4	14.9
Junio	5.3	6.2

*Fuente: Coomeva EPS*

Teniendo en cuenta los anteriores datos y la conclusión basada en los antecedentes consultados la cual fue que del total de los reingresos hospitalarios la población que más solicita servicios hospitalarios después del egreso son los adultos mayores de 60 años, esta situación lleva a pensar que los reingresos hospitalarios en adultos mayores de 60 años es un problema para las instituciones hospitalarias ya que la suma de dinero invertida en estos es considerablemente alta, aparte de ser un índice de calidad para estas, teniendo en cuenta la anterior situación se plantea la siguiente pregunta problema.

## **1.2. Pregunta Problema**

¿Cuáles son las intervenciones del profesional de enfermería para minimizar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores?

## **1.3 Justificación**

### **1.3.1 Social**

Según Caballero (2016), “Los reingresos hospitalarios constituyen un problema relevante para los servicios de salud, compañías aseguradoras, instituciones hospitalarias y pacientes por su impacto en la morbilidad, mortalidad, recursos económicos y cobertura de sus costos y es utilizado como indicador de calidad hospitalaria” teniendo en cuenta esta definición es un indicador que tiene un alto impacto a nivel social, si se encuentran herramientas y estrategias para mejorar este indicador en las personas adultas mayores que son las que encabezan las listas de readmisiones, tendría un efecto positivo se ahorrarían recursos económicos y se ayudaría a que los adultos mayores mejoren su calidad de vida.

### **1.3.2 Disciplinar**

Para la disciplina sería de gran valor demostrar que el papel de enfermería puede ser muy importante para lograr minimizar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores, utilizando su propio conocimiento científico como lo son el plan de atención de enfermería, las intervenciones NIC, y así comprobar que la enfermería es igual de importante a las otras disciplinas de las ciencias de la salud.

### **1.3.3 Teórica**

Los reingresos hospitalarios no son un fenómeno nuevo que nunca se haya estudiado, por el contrario, ya existen estudios desde los años 90 que intenta explicar este suceso, por eso en este

trabajo se recolectara conocimiento de ingresos hospitalarios en adultos mayores, con la intención de poner toda esta teoría en práctica para que pueda ser aplicada por el enfermero profesional.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Proponer un plan de intervenciones del profesional de enfermería para minimizar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Identificar los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores a través de una revisión de literatura.

Establecer intervenciones de enfermería a partir de la taxonomía NIC, que propendan para disminuir los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores.

## 2. Marco Teórico

### Adulto Mayor

Según Pérez (1993) el envejecimiento es el proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo.

Según (Tabloski, 2010) El paso a la vejez conlleva unos cambios fisiológicos normales que se adquieren al transcurso de los años, estos ocurren en el corazón, las arterias, pulmones, cerebro, riñones, vejiga, grasa corporal, músculos, huesos, visión, oído y personalidad que serán descritas a continuación:

**Corazón:** Los músculos cardíacos se engruesan con la edad. La tasa máxima de bombeo del corazón y la capacidad del cuerpo para extraer oxígeno de la sangre disminuyen con el tiempo.

**Arterias:** Las arterias tienden a volverse rígidas con la edad. El corazón mayor tiene que latir más fuerte para aportar la energía necesaria para impulsar la sangre hacia unas arterias menos elásticas.

**Pulmones:** La capacidad inspiratoria máxima puede reducirse en un 40% entre los 40 y los 70 años.

**Cerebro:** Con la edad el cerebro pierde parte de los axones y de las neuronas que se conectan unas con otras. Los estudios recientes indican que el cerebro mayor puede estimularse para que produzca neuronas nuevas, pero las condiciones exactas que estimulan este crecimiento son desconocidas.

**Riñones:** Los riñones se vuelven progresivamente menos eficientes para retirar los desechos de la sangre.

**Vejiga:** La capacidad de la vejiga se reduce.

**Grasa corporal:** La grasa corporal típicamente aumenta hasta aproximadamente la edad media de la vida y luego se estabiliza hasta el final de la vida, cuando el peso tiende a reducirse. Cuando el peso disminuye, la gente mayor pierde tanto músculo como grasa. Con la edad la grasa se redistribuye a los órganos internos a partir de la piel. La grasa que se redistribuye al abdomen en lugar de a las caderas (con forma de manzana en lugar de forma de pera) hace a los hombres y mujeres mayores más vulnerables a la enfermedad cardíaca.

**Músculos:** Sin el ejercicio la masa muscular se reduce en un 22% en las mujeres y en un 23% en los hombres entre los 30 y los 70 años. El ejercicio puede reducir la velocidad de esta pérdida.

**Huesos:** El mineral del hueso se pierde y es sustituido durante la vida, pero las pérdidas superan a la reposición en las mujeres alrededor de los 35 años. Esta pérdida se acelera con la menopausia. Un ejercicio regular de levantamiento de peso y una alta ingesta de calcio pueden ralentizar la pérdida ósea.

**Visión:** La dificultad para enfocar de cerca puede empezar alrededor de los 40 años. Tras los 50 años hay un aumento de la sensibilidad al deslumbramiento, una mayor dificultad para ver en condiciones de baja luminosidad y más dificultad para detectar los objetos en movimiento. Los cambios de adaptación a la luz y la conducción nocturna se hacen más difíciles. A los 70 años, la capacidad para distinguir detalles finos empieza a decaer.

**Oído:** Se hace más difícil oír a altas frecuencias con la edad y esta pérdida empieza a acelerarse en la edad media de la vida. Incluso las personas mayores con un buen oído pueden tener dificultades para distinguir las vocales y comprender el habla, sobre todo en situaciones

con altos niveles de ruido de fondo. El oído decae más rápidamente en los hombres que en las mujeres.

**Personalidad:** La personalidad permanece extraordinariamente estable en la vida adulta, y rara vez la gente mayor sana muestra signos de cambio de la personalidad durante sus últimos años. La personalidad no suele cambiar de forma radical ni siquiera como resultado de unos cambios del estilo de vida importantes como la jubilación o la muerte de un ser querido. La gente mayor que sufre problemas de salud, enfermedades crónicas y dolor tienen un mayor riesgo de depresión y de aislamiento social.

Es importante tener en cuenta los cambios mencionados anteriormente en los adultos mayores ya que según (Tabloski, 2010) la sociedad en general tiene diferentes conceptos hacia los adultos mayores que son mitos, algunos de ellos serán mencionados a continuación.

### **1. Mito: ser viejo significa estar enfermo**

- Realidad: sólo el 5% de las personas mayores son lo suficientemente frágiles como para necesitar asistencia a largo plazo.
- Realidad: la mayoría de la gente mayor tiene enfermedades crónicas, pero siguen teniendo una calidad de vida bastante buena. (Tabloski, 2010).

### **2. Mito: la gente mayor está apegada a sus hábitos y no puede aprender cosas nuevas.**

- Realidad: la gente mayor puede aprender cosas nuevas y hay que estimularles para que se mantengan mentalmente activos.
- Realidad: la gente mayor que se involucra en actividades desafiantes para mantener la mente activa tienen menos probabilidades de apegarse a sus hábitos y menos aún de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. (Tabloski, 2010)

### **3. Mito: la promoción de la salud es inútil en las personas mayores.**

- Realidad: nunca es demasiado tarde para empezar unos buenos hábitos en el estilo de vida como tener una dieta sana y comenzar a hacer ejercicio.
- Realidad: aunque tal vez no sea posible revertir todo el daño, nunca es demasiado tarde para dejar malos hábitos como el tabaco o beber demasiado alcohol. Incluso, las personas que dejan de fumar a edades avanzadas disfrutan de una mejor salud que los que siguen fumando. (Tabloski, 2010).

### **4. Mito: los mayores no hacen su parte.**

- Realidad: la gente mayor contribuye enormemente a la sociedad apoyando las artes, haciendo trabajos de voluntariado y ayudando con los nietos.
- Realidad: el trabajo remunerado no es la única medida del valor y la productividad y las Personas siguen trabajando a edades avanzadas. (Tabloski, 2010).

### **5. Mito: ya es demasiado tarde para cambiar mis malas costumbres. Ya lo sé todo.**

- Realidad: si se es fumador, el riesgo de enfermedad cardíaca empieza a reducirse en cuanto se deja de fumar.
- Realidad: el ejercicio aumenta de forma dramática las aptitudes físicas, el tamaño muscular y la fuerza en las personas mayores. (Tabloski, 2010).

### **6. Mito: la gente mayor no tiene interés por el sexo.**

- Realidad: aunque la actividad sexual se reduce en algunos casos, hay enormes diferencias, lo más frecuente es que la necesidad humana de afecto y contacto físico continúe durante toda la vida. (Tabloski, 2010).

Teniendo en cuenta los cambios físicos que se adquieren al ser adulto mayor y los mitos que tiene la sociedad hacia los adultos mayores es de gran importancia tener en cuenta las principales causas por la cual las personas mayores de 65 años se incapacitan, esto nos muestra una pequeña muestra del porque los ancianos consultan más frecuentes los servicios médicos, estos motivos son los siguientes: (Tabloski, 2010).

- Enfermedad articular degenerativa
- Dolor crónico de espalda
- Aterosclerosis
- Problemas pulmonares o respiratorios
- Sordera o problemas auditivos
- Problemas mentales o emocionales
- Diabetes mellitus
- Ceguera o problemas visuales
- Accidente cerebrovascular (Pat10).

### **Crecimiento Poblacional de los Adultos Mayores**

Según la OMS entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (organización mundial de la salud 2018)

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos,

como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres. (Organización mundial de la salud 2018)

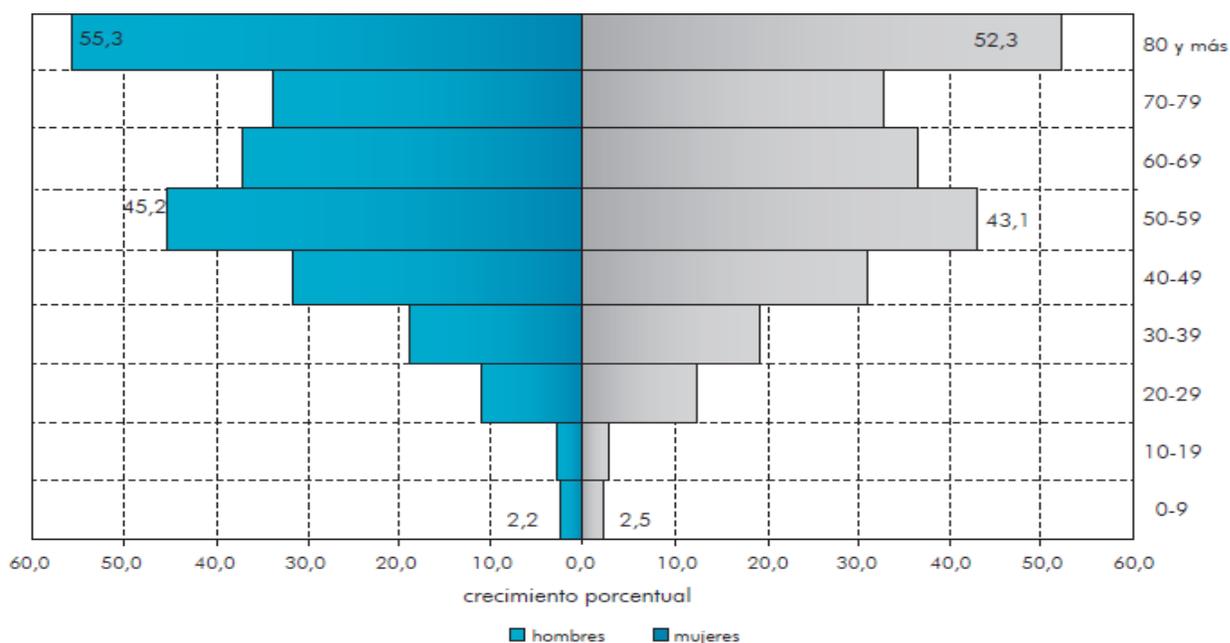
Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías. (Organización mundial de la salud 2018)

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. (Organización mundial de la salud 2018)

Los cambios demográficos observados en la región latinoamericana, muestran incrementos constantes en el crecimiento de las generaciones (gráfico 2), aunque en el interior de la región de Latinoamérica hay una heterogeneidad acentuada entre países. Como es típico de un proceso de transición demográfica, en la región se registraron descensos acentuados de la mortalidad, incluso desde antes de los años cuarenta y de la fecundidad desde mediados de los años sesenta,

y desde entonces se registra el descenso del crecimiento poblacional (Ministerio de protección social 2013).

*Grafica 1. Cambio porcentual del volumen de población en Latinoamérica por sexo y edad. 2000 - 2010*



*Recuperado de Ministerio de protección social 2013*

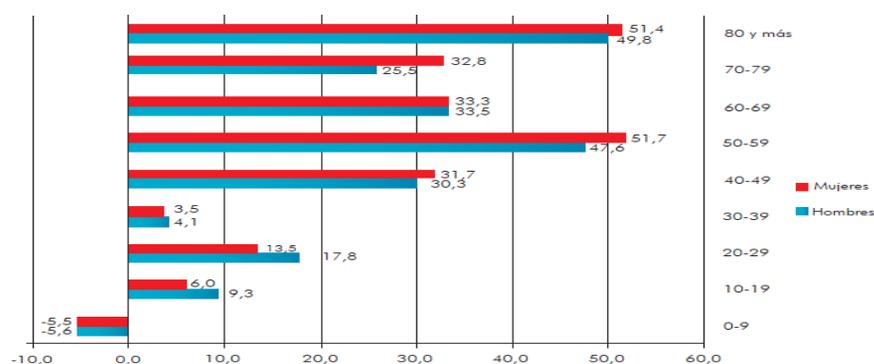
Desde el principio del siglo XX, en Colombia se dieron grandes cambios demográficos y socioeconómicos producto del proceso de urbanización paralelo a la industrialización en los años treinta, el crecimiento del sector terciario de la economía correspondiente al desarrollo del sector servicios y de la pequeña empresa que contribuyó al incremento del empleo total. Posteriormente con el aumento del nivel educativo de la población y en particular el de las mujeres, junto con su incorporación masiva al mercado de trabajo, el uso generalizado de anticonceptivos modernos, el desarrollo científico y tecnológico y la reducción de la mortalidad particularmente la infantil, que contribuyó al mejoramiento de la calidad de vida de la población, al reconocimiento de la mujer como eje del desarrollo, así como a la transformación de las estructuras familiares creando a su

vez un ambiente favorable para la transformación demográfica y el envejecimiento poblacional. (Ministerio de protección social 2013).

En este contexto, desde finales del siglo XX en Colombia, la transición demográfica ha estado determinada por la disminución de la mortalidad y la transición de la fecundidad. Esta transición se ha caracterizado históricamente por un descenso de la mortalidad en la década de los treinta y una disminución de la fecundidad a partir de los años sesenta del siglo XX, lo cual incidió en el envejecimiento poblacional; una evidencia de este proceso es el aumento de la tasa de crecimiento poblacional a medida que las cohortes envejecen. (Ministerio de protección social 2013).

Este proceso se puede evidenciar al comparar el volumen de la población colombiana entre los años 2000 al 2010, encontrando que, desde los 40 años de edad en adelante, el crecimiento de las generaciones aumenta especialmente entre las mujeres hasta alcanzar los mayores niveles en los grupos con 50 y más años de edad (Gráfico 2) (Ministerio de protección social 2013).

*Gráfica 2 Cambio porcentual del volumen de población Colombiana por sexo y edad. 2000 - 2010*



Recuperado de Ministerio de protección social 2013

## **Reingresos Hospitalarios**

El ministerio de protección social define el reingreso hospitalario como: El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. (social M. d., 2011)

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965, habiendo sido considerado como uno de los estándares de calidad hospitalaria, aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, en el sentido de que evitar el reingreso no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios. (Martinez, 2001)

En los últimos años se duda que la tasa bruta de reingreso sirva como índice de calidad (6,10), considerándose en algunos trabajos como debido a causas no modificables, aunque una tasa alta de reingreso en determinadas patologías podría identificar problemas en la asistencia prestada. Además, pueden existir diferencias entre el reingreso programado y aquellos no programados, por lo que estos últimos son los que debieran ser utilizados como índice de calidad. (Martinez, 2001)

Otros autores sí consideran que el reingreso hospitalario puede ser indicativo de mala calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de

recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad, siendo la variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso.

(Martinez, 2001)

### **Plan de Atención de Enfermería (PAE)**

Es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. Es el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y progreso de salud.

(Social, 2013).

### **Metodología PAE**

El Proceso de Atención de Enfermería PAE, consta de cinco puntos esenciales:

- 1.- VALORACIÓN
- 2.- Definición de DIAGNÓSTICOS (NANDA)
- 3.- Criterios de Resultado (NOC)
- 4.- Intervenciones (NIC)
- 5.- EVALUACION.

## **Clasificación NANDA**

Dentro del proceso de atención de enfermería, como referente metodológico de los cuidados, el diagnóstico enfermero tiene una importancia fundamental, por representar la identificación del problema enfermero y la base para el plan de cuidados [1]. De entre las clasificaciones de diagnósticos enfermeros es la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) la que actualmente goza de mayor difusión. (Rey, 2001)

### **Definición de términos**

La clasificación diagnóstica NANDA II [2] contiene tres términos que son claves para la comprensión de la estructura organizativa que presenta dicha clasificación. Estos términos son:

#### **Eje:**

Se define como “la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico. Una respuesta humana puede ser positiva, negativa o de riesgo.

#### **Dominio**

Representa el nivel más abstracto de la clasificación, con ellos se trata de dar unidad Al significado de los diagnósticos que se agrupan en un mismo dominio. Cada dominio esta referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento de la persona. (Rey, 2001)

#### **Clase:**

Representa el nivel más concreto de la clasificación: la clase identifica aspectos más específicos dentro de un dominio. Contiene los conceptos diagnósticos, definidos como el elemento principal o parte esencial y fundamental del diagnóstico, y los diagnósticos que se relacionan con dichos Conceptos. (Rey, 2001).

## **Estructura de la clasificación**

En la taxonomía diagnóstica NANDA II se presentan los diagnósticos aprobados por NANDA hasta abril de 2000, relacionados alfabéticamente y codificados utilizando cinco dígitos consecutivos (del 00001 al 00155). NANDA prevé la inclusión de los diagnósticos que vayan aprobándose en sucesivas conferencias de manera consecutiva al último del listado actual y sin respetar el orden alfabético que actualmente presenta la clasificación. (Rey, 2001)

A continuación, se describe la estructura de la clasificación. Ésta presenta 13 dominios con su correspondiente definición:

- **1. Promoción de la salud:** toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.
- **2. Nutrición:** actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- **3. Eliminación:** secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
- **4. Actividad/reposo:** producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- **5. Percepción/cognición:** sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- **6. Autopercepción:** conciencia del propio ser.
- **7. Rol/relaciones:** conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que demuestran tales conexiones.
- **8. Sexualidad:** identidad sexual, función sexual y reproducción.
- **9. Afrontamiento/tolerancia al estrés:** forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

- **10. Principios vitales:** principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contemplados como verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.

- **11. Seguridad/protección:** ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.

- **12. Confort:** sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

- **13. Crecimiento/desarrollo:** aumento de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

La clasificación presenta 46 clases, distribuidas en los distintos dominios, con su correspondiente definición.

- **1. Promoción de la salud.**

- 1. Toma de conciencia de la salud.

- 2. Manejo de la salud.

- **2. Nutrición.**

- 1. Ingestión.

- 2. Digestión.

- 3. Absorción.

- 4. Metabolismo.

- 5. Hidratación.

- **3. Eliminación.**

- 1. Sistema urinario.

- 2. Sistema gastrointestinal.

- 3. Sistema integumento.

– 4. Sistema pulmonar.

• **4. Actividad/reposo.**

– 1. Reposo/sueño.

– 2. Actividad/ejercicio.

– 3. Equilibrio de la energía.

– 4. Respuestas cardiovasculares/respiratorias.

• **5. Percepción/cognición.**

– 1. Atención.

– 2. Orientación.

– 3. Sensación/percepción.

– 4. Cognición.

– 5. Comunicación.

• **6. Auto percepción.**

– 1. Auto concepto.

– 2. Autoestima.

– 3. Imagen corporal.

• **7. Rol/relaciones.**

– 1. Roles del cuidador.

– 2. Relaciones familiares.

– 3. Desempeño del rol.

• **8. Sexualidad.**

– 1. Identidad sexual.

– 2. Función sexual.

– 3. Reproducción.

• **9. Afrontamiento/tolerancia al estrés.**

– 1. Respuesta postraumática.

– 2. Respuestas de afrontamiento.

– 3. Estrés neurocomportamental.

• **10. Principios vitales.**

– 1. Valores.

– 2. Creencias

– 3. Congruencia de las acciones con los valores/creencias.

• **11. Seguridad/protección.**

– 1. Infección.

– 2. Lesión física.

– 3. Violencia.

– 4. Peligros ambientales.

– 5. Procesos defensivos.

– 6. Termorregulación.

• **12. Confort.**

– 1. Confort físico.

– 2. Confort ambiental.

– 3. Confort social.

• **13. Crecimiento/desarrollo.**

– 1. Conocimiento.

– 2. Desarrollo.

Los 108 conceptos diagnósticos se encuentran contenidos en las “clases”. Actualmente encontramos “clases” definidas en las que no aparece ningún concepto diagnóstico pues no existen diagnósticos aprobados.

Los 155 diagnósticos aprobados se encuentran agrupados dentro de un “concepto diagnóstico”. La definición de cada diagnóstico es comparada con la del dominio y la clase para introducirlo en aquella que resulte más congruente. (Rey, 2001)

### **Diagnóstico de Enfermería**

Los diagnósticos son problemas que entran dentro de la competencia de enfermería; son respuestas humanas que el profesional de enfermería puede tratar de forma totalmente independiente. El diagnóstico, siempre es la consecuencia del proceso de valoración y es la suma de datos ya confirmados y del conocimiento e identificación de necesidades o problemas.

Los diagnósticos se organizan en sistemas de clasificación o taxonomías diagnósticas.

Estos son diagnósticos clínicos efectuados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras en virtud de su educación y experiencia son capaces de tratar y están autorizadas para ello.

Esta definición excluye por tanto problemas de salud para los cuales la forma de terapia aceptada es la prescripción de fármacos, cirugía, radiaciones y otros tratamientos que se definen legalmente como práctica de la medicina”. (enfermería A. e.)

### **Descripción y uso de las Intervenciones NIC**

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas

situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la cuantificación de la productividad, la evaluación de la competencia, la retribución, la docencia y el diseño de programas. La Clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza un profesional de la enfermería para mejorar los resultados del paciente. Aunque el profesional individual sólo será competente en un número limitado de intervenciones que reflejen su especialidad, la Clasificación en su totalidad abarca las competencias de todo el personal de enfermería. La NIC puede utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (desde la enfermería de cuidados críticos a la enfermería pediátrica y geriátrica). La Clasificación en su totalidad describe las competencias de enfermería; sin embargo, algunas de las intervenciones de la Clasificación también las realizan otros profesionales. Todos los profesionales de la salud son bienvenidos en el uso de la NIC para describir sus tratamientos. (Gloria M 2013)

Las intervenciones NIC incluyen tanto el ámbito fisiológico (p. ej., Manejo ácido básico) como el psicosocial (p. ej., Disminución de la ansiedad). Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades (p. ej., Manejo de la hiper-glucemia), la prevención de las mismas (p. ej., Prevención de caídas) y para el fomento de la salud (p. ej., Fomento del ejercicio). La mayoría de las intervenciones son para su utilización en individuos, pero muchas de ellas son para su uso en familias (p. ej., Estimulación de la integridad familiar) y algunas para

ser empleadas en comunidades enteras (p. ej., Manejo ambiental: comunidad). También se incluyen intervenciones de enfermería indirectas (p. ej., Manejo de los suministros). Cada intervención que aparece en la Clasificación está catalogada con una denominación, una definición, una serie de actividades para llevar a cabo la intervención. (Gloria M 2013).

### **3. Marco Metodológico**

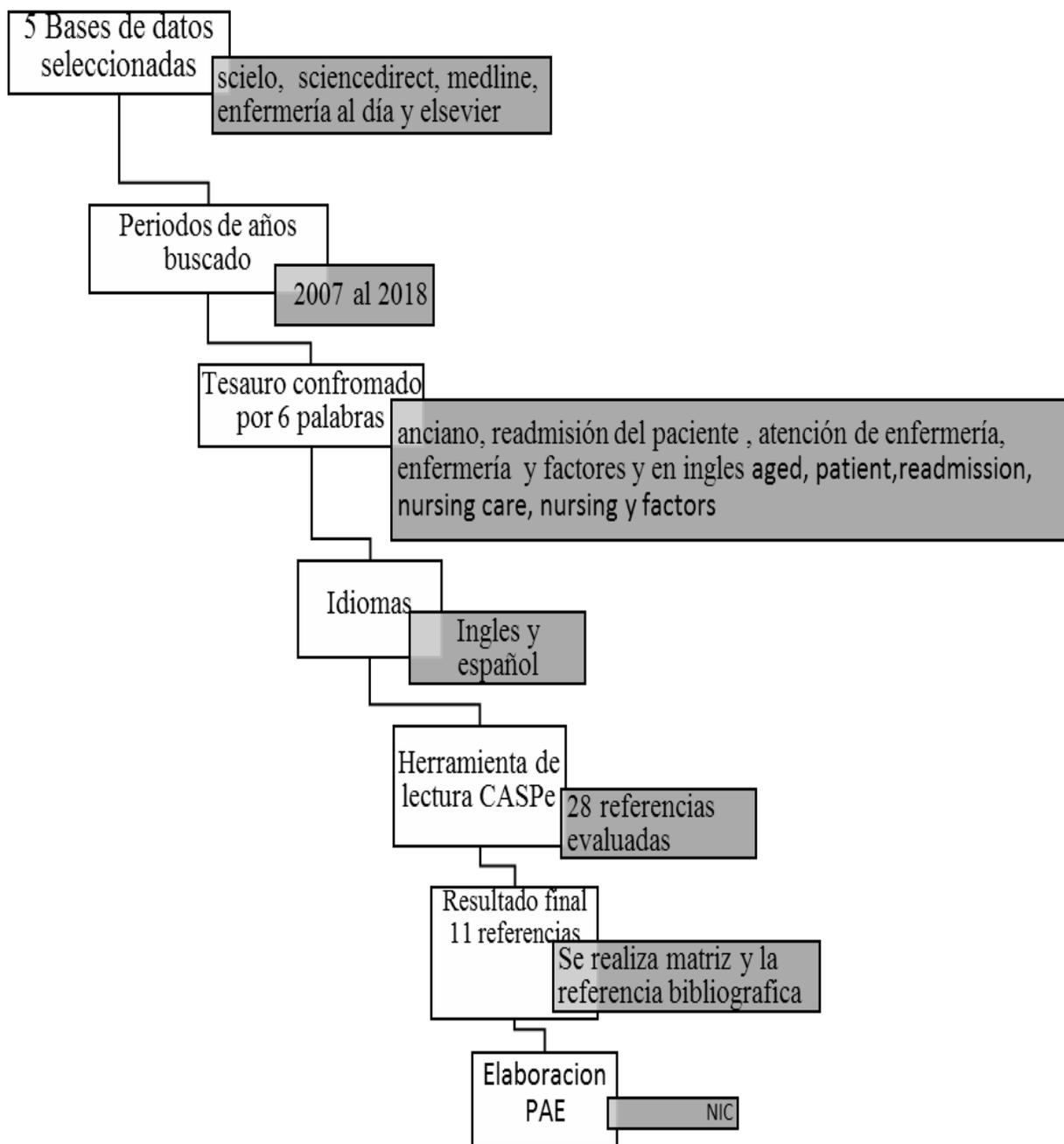
#### **3.1 Tipo de Estudio**

Este es un estudio descriptivo basado en revisión bibliográfica

#### **3.2 Criterios de Inclusión**

- La búsqueda se realizó en diferentes bases de datos como scielo, sciencedirect, medline, enfermería al día y elsevier.
- Las selecciones de los artículos estuvieron dentro del periodo del año 2007 al año 2018.
- Las bases de datos se revisaron bajo los des anciano, readmisión del paciente, atención de enfermería, enfermería y factores y en ingles aged, patient, readmission, nursing care, nursing y factors.
- Se revisaron artículos en inglés y en español.
- Como resultado se obtuvo 28 referencias, donde se utilizó otro criterio de exclusión, consistió en utilizar CASPe, instrumento de Cabello J (2015).
- Como resultado final se obtuvo 11 referencias, con estos se realizó una matriz y con base en esta se realizará Planes de atención de enfermería con diagnostico enfermero, con intervenciones NIC y actividades de enfermería en los diferentes factores encontrados.

Grafica 3 Flujograma criterios de inclusión de la revisión bibliográfica



### 3.3 Criterios de Exclusión

Dentro de los criterios de exclusión estuvieron todos los artículos relacionados con los reingresos hospitalarios de los adultos mayores publicados antes del periodo de 2007.

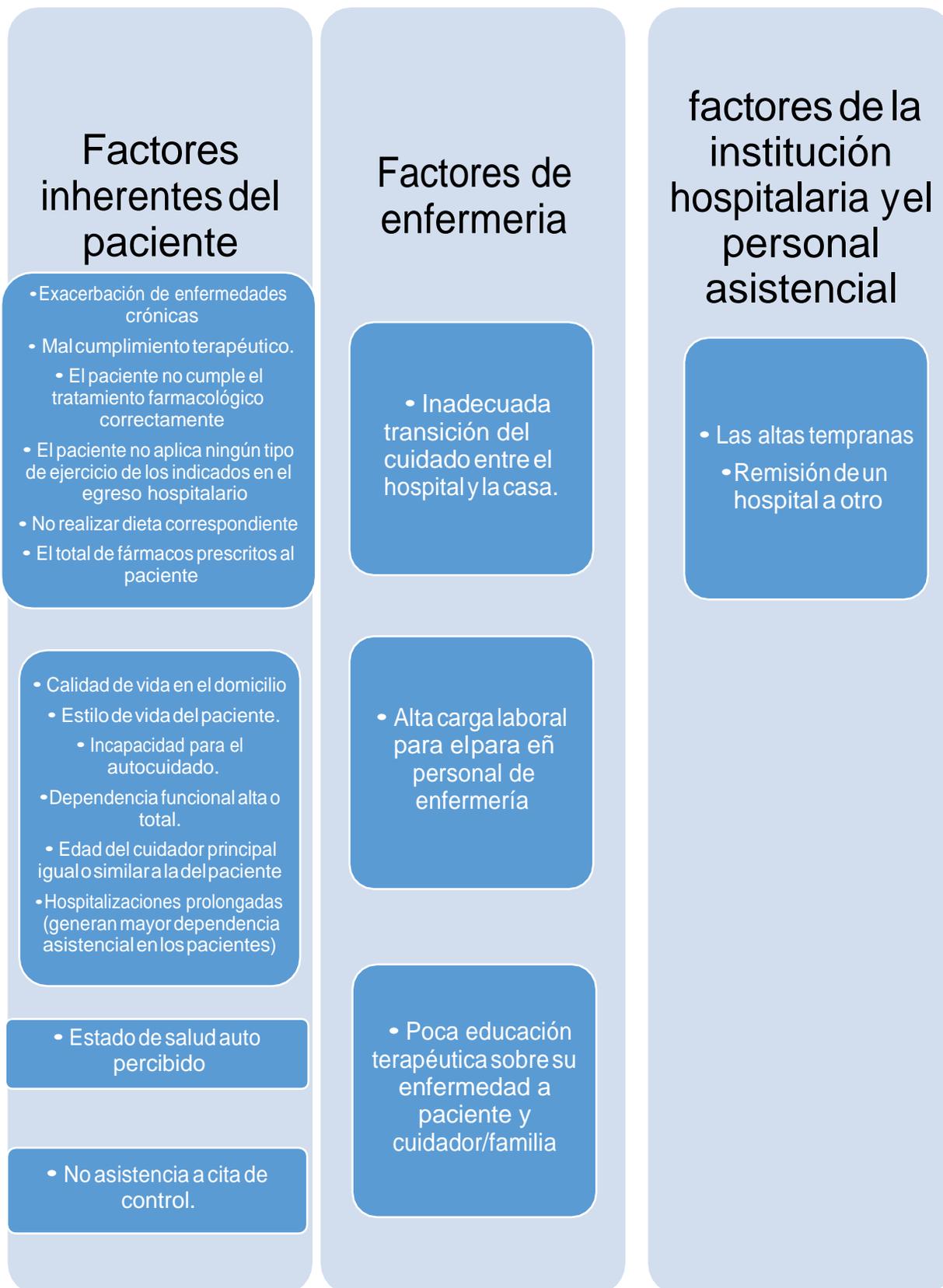
### **3.4 Criterios Éticos.**

El criterio ético dentro del trabajo fue respetar la autoría de las investigaciones citadas dentro del contenido.

#### **4. Resultados**

De cada uno de los artículos que conforman la matriz, se obtuvo diferentes factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores, por ser diversos y de gran cantidad se dividieron en tres grupos, los primeros factores inherentes del paciente definiéndose como condiciones naturales y propias del paciente por ejemplo las enfermedades, condiciones de vida, capacidad para ejercer el autocuidado etc. El segundo grupo son los factores propios de enfermería, entendiéndose como escenarios o situaciones relacionadas con el cuidado brindado por el enfermero, como lo son la educación que debe recibir el paciente acerca de su tratamiento o la carga laboral que tiene enfermería en la jornada de trabajo afectando así la calidad del cuidado brindado al paciente. El tercer grupo son los factores de la institución hospitalaria y el personal asistencial, que son las características del tratamiento instaurado por el personal médico y las características que tiene cada hospital. Cada grupo con sus respectivos factores se pueden ver de manera más completa en la gráfica 4.

Grafica 4 Resultados



Teniendo distribuidos de manera organizada los factores que intervienen en los reingresos hospitalarios de los adultos mayores, se procedió a realizar diferentes PAE conformados por el diagnóstico enfermero, las intervenciones de enfermería NIC y actividades que se consideraron oportunas para poner en práctica en cada situación indicada, esta información está condensada en la tabla 8.

*Tabla 8 Categorías, factores, intervenciones de enfermería NIC, acciones de enfermería y diagnósticos de enfermería*

CATEGORIAS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	FACTORES	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC	ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
Factores inherentes del paciente	Dominio 1: Promoción de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exacerbación de enfermedades crónicas</li> <li>• Mal cumplimiento terapéutico.</li> </ul>	Control de la medicación (2395)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente y a la familia a mantener una lista de medicación actualizada y verificarla con el médico en cada visita o ingreso hospitalario.</li> <li>• Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</li> </ul>
	Clase 2: Gestión de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente no cumple el tratamiento farmacológico o correctamente</li> </ul>	Enseñanza medicamentos prescritos (5616)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento.</li> </ul>
	Gestión ineficaz de la propia salud, evidenciado por el fracaso al incluir el régimen del tratamiento en la vida diaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El paciente no aplica ningún tipo de ejercicio de los indicados en el egreso hospitalario</li> <li>• No realizar dieta correspondiente</li> </ul>	Enseñanza: ejercicio prescrito (5612)  Enseñanza: dieta prescrita (5614)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.</li> <li>• Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.</li> <li>• Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito.</li> <li>• Indicar al paciente que notifique los posibles</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El total de fármacos prescritos al paciente</li> </ul>		<p>problemas (p. ej., dolor, mareo y tumefacción)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria.</li> <li>• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.</li> <li>• Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.</li> </ul>
Dominio 4: Actividad y reposo			
Clase 5: Autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida en el domicilio.</li> <li>• Estilo de vida del paciente.</li> <li>• Incapacidad para el autocuidado.</li> <li>• Dependencia funcional alta o total.</li> <li>• Edad del cuidador principal igual o similar a la del paciente</li> </ul>	<p>Apoyo para la consecución del sustento (7500)</p> <p>Facilitar la autorresponsabilidad (4480)</p> <p>Apoyo familiar (7140)</p> <p>Apoyo al cuidador principal (7040)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comentar las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.</li> <li>• Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.</li> <li>• Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas.</li> <li>• Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados.</li> <li>• Reconocer la comprensión de la decisión familiar acerca de los cuidados posteriores al alta.</li> <li>• Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.</li> <li>• Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.</li> </ul>
Déficit del autocuidado, evidenciado por el deterioro en el estado de salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalizaciones prolongadas (generan mayor dependencia asistencial en los pacientes)</li> </ul>		
Dominio 7: Rol/Relaciones			
Clase 1: Roles de cuidador			
Riesgo de cansancio del rol de cuidador evidenciado porque el desarrollo del cuidador no es suficiente para desempeñar su rol.			
Dominio 6: Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de salud auto percibido.</li> </ul>	<p>Apoyo emocional (5270)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.</li> </ul>

	<p>Clase 2: Autoestima</p> <p>Baja autoestima situacional, relacionado con el estado de salud.</p> <p>Dominio 1: Promoción de la salud</p>		<p>Mejora de la autoconfianza (5395)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada</li> <li>• Identificar los obstáculos al cambio de conducta.</li> <li>• Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.</li> </ul>
	<p>Clase 2: Gestión de la salud</p> <p>Mantenimiento ineficaz de la salud evidenciado por incapacidad de asumir su responsabilidad</p> <p>Dominio 7: Riesgo de relación ineficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No asistencia a cita de control.</li> </ul>	<p>Seguimiento o telefónico (8190)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar cómo puede localizarse al paciente o a algún miembro de la familia</li> <li>• Establecer una fecha y una hora para el seguimiento o una cita.</li> </ul>
Factores de enfermería	<p>Clase 4: Desempeño del rol</p> <p>Riesgo de relación ineficaz, relacionado con la poca comunicación paciente – enfermero, evidenciado por la alta carga laboral en el</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inadecuada transición del cuidado entre el hospital y la casa.</li> <li>• Alta carga laboral en el personal de enfermería.</li> </ul>	<p>Planificación para el alta (7370)</p> <p>Desarrollo del personal (7850)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las capacidades del paciente para el alta.</li> <li>• Comunicar al paciente los planes de alta, según corresponda.</li> <li>• Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta.</li> <li>• Ayudar al paciente/familia/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital.</li> <li>• Identificar las necesidades de aprendizaje del personal (cambios en la política y en los procedimientos, nueva contratación para la</li> </ul>

personal de enfermería.	Supervisión del personal (7830)	<p>organización, traslado dentro de la organización, nuevos requisitos laborales, entrenamiento cruzado, ascensos del equipo, nuevas tendencias, entrenamiento de habilidades).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar los puntos fuertes y débiles del empleado</li> <li>• Buscar información sobre las inquietudes del empleado en cuanto al cuidado del paciente y al ambiente de trabajo.</li> <li>• Crear un ambiente de trabajo que valide la importancia de cada empleado para la organización.</li> <li>• Proporcionar una descripción del trabajo a todos los empleados nuevos.</li> <li>• Escuchar las inquietudes y sugerencias de los empleados.</li> <li>• Asesorar al empleado acerca de la forma de mejorar su rendimiento, cuando resulte oportuno.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca educación terapéutica sobre su enfermedad a paciente y cuidador/familia</li> </ul>	Enseñanza proceso de enfermedad (5602)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento</li> <li>• Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso.</li> <li>• Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar los <u>síntomas, según corresponda.</u></li> </ul>

Factores de la institución hospitalaria y el personal asistencial.	<p>Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés.</p> <p>Clase 1: Respuestas postraumáticas.</p> <p>Riesgo de síndrome de estrés del traslado Relacionado con el desplazamiento casa – hospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las altas tempranas</li> <li>• Remisión de un hospital a otro</li> </ul>	<p>Colaboración con el médico (7710)</p> <p>Control de calidad (7800)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alentar una comunicación abierta directa entre médicos y personal de enfermería.</li> <li>• Comentar las preocupaciones del paciente sobre la asistencia o las cuestiones relacionadas con la práctica directamente con los médicos implicados.</li> <li>• Informar acerca de variaciones de la práctica médica dentro del sistema de garantía de calidad o de manejo de riesgos, según corresponda.</li> <li>• Utilizar proyectos y comisiones multidisciplinarios como foros para educar a los médicos acerca de cuestiones relacionadas con la enfermería.</li> <li>• Identificar los problemas asistenciales de los pacientes o las oportunidades para mejorar la asistencia.</li> <li>• Consultar con el personal de enfermería o con otros profesionales sanitarios para desarrollar planes de acción, según corresponda.</li> <li>• Recomendar cambios en las prácticas, basados en los hallazgos.</li> <li>• Participar en equipos intra e interdisciplinarios de resolución de problemas.</li> </ul>
--	---	---	---	--

Existen diferentes estudios de enfermería que trabajan sobre los reingresos hospitalarios, como por ejemplo (Cano A 2008) Donde realizaron una prueba piloto implementando un formato de egreso especial de enfermería, como resultado se obtuvo disminución de los reingresos en el grupo de control, por otra parte (Sánchez B 2014) realizó una revisión integrada sobre el plan de transición y egreso hospitalario y su efecto en el cuidado de la salud, donde

resaltan que existen diversas herramientas que se implementan como estrategia para disminuir los reingresos hospitalarios, pero que la gran problemática se encuentra en la transición del egreso como tal de cada paciente.

En los anteriores estudios hablan de la importancia que hay que prestarle a los pacientes en el momento del egreso como punto clave, para mejorar la transición de hospital - casa y así disminuir los reingresos, es una conclusión muy acertada, pero en este trabajo de investigación se puede observar que es más importante brindar la mayor educación posible al paciente y a los familiares desde el momento en que ingresan a los servicios de un hospital, para que de esa manera ellos se familiaricen con todo lo relacionado a la patología, las exacerbaciones de las enfermedades y todo lo relacionado con el tratamiento, y no dejar todo para el momento del egreso, puesto que brindar toda esa información antes de la salida puede ser de difícil comprensión por la densidad de la información.

## 5 Conclusiones

Los factores que inciden en los reingresos de los adultos mayores se clasificaron en tres grupos: 1) factores inherentes del paciente definiéndose como condiciones naturales y propias del paciente por ejemplo las enfermedades, condiciones de vida, capacidad para ejercer el autocuidado etc. 2) factores propios de enfermería, entendiéndose como escenarios o situaciones relacionadas con el cuidado brindado por el enfermero, como lo son la educación que debe recibir el paciente acerca de su tratamiento o la carga laboral que tiene enfermería en la jornada de trabajo afectando así la calidad del cuidado brindado al paciente. 3) factores de la institución hospitalaria y el personal asistencial, que son las características del tratamiento instaurado por el personal médico y las características que tiene cada hospital.

La intervención que se observa con mayor relevancia es la parte de educación por tal motivo el enfermero profesional debe estar preparado para poder ejecutar esta actividad de la mejor manera.

La enfermería tiene como herramienta el PAE, basado en los diagnósticos de enfermería NANDA y las intervenciones NIC, que permiten demostrar, que se cuenta con el suficiente conocimiento disciplinar para actuar en las diferentes problemáticas del ser humano y la sociedad.

## **6. Limitantes**

La poca información y estudios actualizados referentes a los reingresos hospitalarios en adultos mayores y la escasa investigación que tiene enfermería respecto al cómo trabajar desde el cuidado y la educación para disminuir este índice de calidad.

## **7. Recomendaciones**

En la presente trabajo de investigación se identificaron factores, que tienen los adultos mayores para que reingresen a un hospital, se invita a los lectores a realizar estudios que pongan en práctica las intervenciones NIC y acciones de enfermería en las diferentes situaciones descritas en el contenido del trabajo, de esta manera se podría examinar de manera más exacta que tanto impacto tendrían las acciones de enfermería en los reingresos de estos pacientes.

## Bibliografía

(s.f.).

Alonso Martinez, J., Llorente, B., Urbieto, E., & Gonzalez, A. (2001). Reingreso hospitalario en medicina interna. *Scielo España*, 28-34. Recuperado el 18 de 02 de 2017, de <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n5/original4.pdf>

Anzola, E. (1997). *Enfermería Gerontológica Conceptos para la Práctica*. Recuperado el 21 de 04 de 2017, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173956/1/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20practica.pdf>

Barcelona:, J. B. (2015). *Lectura crítica de la evidencia clínica*. Barcelona. Recuperado el 19 de 05 de 2018, de (ISBN 978-84-9022-447-2)

Caballero A, C. P. (2008). Características y Factores Pronósticos de Reingresos Hospitalarios en Pacientes Afiliados a la Organización Sanitas Internacional. *Revista Médica Sanitas*, 14, 12-26. Recuperado el 27 de 04 de 2017, de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/22/REINGRESOS.pdf>

Caballero A, I. M. (2016). Frecuencia de Reingresos Hospitalarios y Factores Asociados en Afiliados a una Administradora de Servicios de Salud en Colombia. *Scielo*. Recuperado el 26 de 05 de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000705009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000705009&script=sci_abstract&tlng=es)

Cano Arana A, M. A. (26 de 03 de 2013). Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años. Atención primaria. *science article*.  
Obtenido de [http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&\\_udi=B94RY](http://www.sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&_udi=B94RY)

cuidado, A. m. (s.f.).

- E, M. J. (2014). *Análisis del uso del servicio de urgencias del hospital naval de Cartagena por parte de sus usuarios durante el segundo semestre del año 2013*. Cartagena. Recuperado el 24 de 02 de 2018, de [https://www.google.com.co/search?q=An%C3%A1lisis+del+uso+del+servicio+de+urgencias+del+hospital+naval+de+Cartagena+por+parte+de+sus+usuarios+durante+el+segundo+semestre+del+a%C3%B1o+2013+\(Anteproyecto+de+grado\)+Universidad+de+Cartagena.+Colombia&oq=An%C3%](https://www.google.com.co/search?q=An%C3%A1lisis+del+uso+del+servicio+de+urgencias+del+hospital+naval+de+Cartagena+por+parte+de+sus+usuarios+durante+el+segundo+semestre+del+a%C3%B1o+2013+(Anteproyecto+de+grado)+Universidad+de+Cartagena.+Colombia&oq=An%C3%)
- Eloísa Tixtha López, A. A. (2014). El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios, *Revista de enfermería neurológica*, México. *revista de enfermeria neurologica*. Recuperado el 24 de 05 de 2017, de [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
- enfermeria, a. d. (s.f.). *NANDA, NOC, NIC, Metodología de enfermería PAE*. Obtenido de [://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/](http://enfermeriaactual.com/metodologia-pae/)
- enfermeria, A. e. (s.f.). Diagnósticos de Enfermería. *ENFERMERIA ACTUAL*.
- Estrada D, L. M. (2014). Reingresos hospitalarios en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. *Scielo*. Recuperado el 24 de 02 de 2018, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300003>
- Gloria M, J. M. (2013). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) Sexta edición*. Elsevier. Recuperado el 19 de 04 de 2018, de <https://www.amazon.es/Clasificaci%C3%B3n-Intervenciones-Enfermer%C3%ADa-Gloria-Bulechek-ebook/dp/B00GDZL9CE>
- Jiménez A, F. J. (2003). Calidad de la asistencia hospitalaria y riesgo de reingreso precoz en la exacerbación aguda de la EPOC. *Scielo*. Recuperado el 20 de 03 de 2018, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992003000700002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000700002)

- Marques A, D. M. (2015). Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención. *Scielo*. Recuperado el 28 de 06 de 2017, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es\\_0104-1169-rlae-23-02-00337.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/es_0104-1169-rlae-23-02-00337.pdf)
- Martín M, C. R. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *elsiver*. Recuperado el 25 de 04 de 2017, de <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-asociados-reingresos-hospitalarios-pacientes-S0212656710000612>
- Martinez, A. (2001). Reingreso Hospitalario En Medicina Interna.
- P, V. L. (2011). Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Scielo*, 22. Recuperado el 28 de 03 de 2017, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400002>
- Perez, E. A. (1993). *ENFERMERÍA GERONTOLOGICA: CONCEPTOS PARA LA PRACTICA* .
- R., A. L. (2016). Aplicación del proceso enfermero y Fomentar el cuidado en colaboración. *Elsevier*, 2.
- Rey, C. F. (2001). DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LAS CLASIFICACIONES NANDA, NOC Y NIC. *fundamentos de enfermeria*. Obtenido de [http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar\\_betancourt/apuntes/recurso\\_883.pdf](http://ciam.ucol.mx/portal/portafolios/edgar_betancourt/apuntes/recurso_883.pdf)
- salud, O. m. (2018). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Obtenido de <http://www.who.int/ageing/es/>
- Sánchez J, C. E. (2016). Evaluación del impacto de un plan de cuidados de enfermería de pacientes con EPOC con diagnóstico enfermero. *revista electronica trimestral de enfermeria*, 39-48. Recuperado el 21 de 05 de 2018, de [https://www.google.com.co/search?q=S%C3%A1nchez+J%2C+Corpa+E%2C+Morales+T%2C+Soto+A%2C+Rodr%C3%ADguez+M+y+Alcaraz+A.++\(2016\).+Evaluaci%C3%B](https://www.google.com.co/search?q=S%C3%A1nchez+J%2C+Corpa+E%2C+Morales+T%2C+Soto+A%2C+Rodr%C3%ADguez+M+y+Alcaraz+A.++(2016).+Evaluaci%C3%B)

3n+del+impacto+de+un+plan+de+cuidados+de+enfermer%C3%ADa+de+pacientes+con  
+EPOC+con+diagn%C3%B3stico+enfermero&oq=S%C3

Sánchez, B., Carrillo, G., & Barrera, L. (18 de enero de 2014). EL PLAN DE TRANSICIÓN Y EGRESO HOSPITALARIO Y SU. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*. Obtenido de <https://outlook.live.com/owa/?path=/attachmentlightbox>

social, M. d. (2006). *Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006*. Obtenido de Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf)

social, M. d. (2011). *minsalud*.

social, M. d. (06 de 2013). *envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Social, M. d. (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *salud publica*, 41-48.

Soler M, P. J. (2011). Modelo de hospitalización y frecuencia de reingreso en pacientes con exacerbación de epoc. *Enfermeria Global*, 10. Recuperado el 19 de 06 de 2017, de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115211>

Tabloski, P. (2010). *Enfermería Gerontológica*. Prentice-Hall. Recuperado el 08 de 07 de 2017, de <https://www.casadellibro.com/libro-enfermeria-gerontologica/9788483226438/1775509>

Tania Q, R. A. (2013). Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30. Recuperado el 10 de 04 de 2017, de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/245/2111>

Zea M y Torres B. (2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado

(Sánchez, Carrillo, & Barrera, 2014)

(enfermería a. d.)

## Anexos

### Matriz de Artículos Utilizados en la Revisión Bibliográfica.

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado.	2007	Etnografía enfocada.	Se realizaron 30 entrevistas semi-estructuradas a adultos mayores, familiares suyos y profesionales de cinco instituciones de salud, públicas y privadas. En los municipios de Medellín, Bello y Rio negro, Antioquia-Colombia se llevaron a cabo 25 observaciones participantes en 9 salas hospitalarias y los datos fueron analizados manualmente siguiendo los lineamientos etnográficos.	Se destacó la temática Adultos mayores enfermos y su familia: mucho más que la enfermedad. En ella se describieron el sentir de las personas como sujetos que requieren un cuidado integral, y las relaciones que establece el personal de enfermería con los enfermos, la objetivación del sujeto de cuidado por la pérdida de la interacción entre la persona enferma y la persona cuidadora, y la forma como se realiza la transición del cuidado entre el hospital y la casa en estas instituciones de salud.	El adulto mayor es dado de alta sin haberle brindado el conocimiento sobre cómo continuar el cuidado en casa. Es necesario que el personal de salud asuma de manera real la transición del cuidado hospital – casa.

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
Eficacia de la planificación del alta de enfermería para disminuir los reingresos en mayores de 65 años.	2008	Ensayo clínico controlado, no aleatorizado.	Participaron mayores de 65 años que ingresarán de sus domicilios con las patologías de estudio. Participaron en el estudio 97 pacientes, 49 en el grupo intervención y 48 en el grupo control. El personal de enfermería de enlace realizaba visitas cada 48 horas y proporcionaba educación sanitaria al cuidador y al paciente. Los pacientes en el grupo control recibieron la atención convencional. El personal de enfermería de atención primaria contactó telefónicamente con los pacientes de ambos grupos a las 2, 6, 12 y 24 semanas después de su alta hospitalaria. Se registró el reingreso por la misma causa y el	Los pacientes del grupo control ingresaron con más frecuencia que los del grupo experimental (OR = 3,3; IC del 95%, 1,13-9,52; ajustado por el diagnóstico al ingreso). El resultado concordaba al realizar un análisis considerando el tiempo hasta el reingreso (HR = 2,29; IC del 95%, 1,03-5,10; ajustando de la misma manera).	Una intervención planificada del alta con una valoración integral individualizada disminuye los reingresos y el tiempo hasta el reingreso en mayores de 65 años.

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			tiempo hasta el reingreso.		
Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada	2011	Estudio observacional descriptivo.	Pacientes mayores de 74 años que han ingresado en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias en 2006. Se han excluido aquellos con ingreso en los 6 meses previos. Participaron 1.051 pacientes. Mediciones principales: Se utilizaron el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria y el sistema de información de atención primaria para desarrollar modelos de regresión logística. La variable dependiente fue reingreso en seis meses y las variables independientes fueron	El 22,6% reingresaron en los seis primeros meses. Las variables que se asocian con mayor fuerza al reingreso fueron la estancia hospitalaria (estancias superiores a 15 días presentan un OR: 1,73; IC del 95%: 1,17—2,54), el total de fármacos prescritos al paciente (OR: 1,05; IC del 95%: 1,01—1,09), padecer hipertensión (OR:1,56; IC del 95%: 1,11—2,18), insuficiencia cardiaca (OR: 1,56; IC del 95%: 1,00—2,44) o cardiopatía isquémica (OR: 1,51; IC del 95%: 1,00—2,26), y la presión asistencial media	Los reingresos hospitalarios se han asociado a condiciones propias del paciente y a factores derivados de la asistencia sanitaria recibida. Integrar información de bases de datos

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			Sociodemográficas, de estado de salud del paciente, y de la actividad asistencial.	de enfermería (OR: 0,93; IC del 95%: 0,87—0,98). El modelo que identifica mayor número de factores asociados al reingreso es el que integra información de ambos sistemas.	
Modelo De Hospitalización Y Frecuencia De Reingreso En Pacientes Con Exacerbación De Epoc	2011	Estudio de cohortes retrospectivo no aleatorizado	Estudio que se realizó en pacientes hospitalizados por Exacerbación de EPOC durante 2004 en un hospital general. El seguimiento se prolongó hasta el 31 de diciembre de 2006. La censura de datos se produce en la fecha final de seguimiento o aparición de muerte o reingreso. El análisis estadístico se basó en Kaplan-Meier, test del log-Rank y Regresión de Cox.	De los 543 pacientes incluidos, 252 ingresaron en UCE y 291 en HC. Los pacientes de UCE eran mayores (75,4 frente a 71,7 años; $p < 0,001$ ), y tendencia a un menor I. Charlson (0,46 frente a 0,58; $p < 0,07$ ) que los pacientes de HC. La estancia media fue de 3,2 días en UCE frente a 8,9 días en HC ( $p < 0,001$ ). En el análisis univariante, los pacientes ingresados en UCE mostraron una mayor incidencia de muerte o reingreso (Riesgo Relativo [RR] 1,31; $p < 0,001$ ), a expensas de los Reingresos (RR 1,53; $p = 0,013$ ), no hubo diferencias de	En el estudio, los pacientes con exacerbación de EPOC ingresados en UCE tuvieron peores resultados en términos de reingreso que los de HC.

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
				mortalidad (RR 0,82; p=0,34). Al ajustar para las covariables del modelo de hospitalización mediante regresión de Cox, estas estimaciones no cambiaron El análisis de las curvas de supervivencia demostró que las diferencias no se debieron a un aumento de los reingresos precoces	
Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en pacientes ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria	2011	Estudio observacional retrospectivo	Sobre una muestra de Informes de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria (ICCA), de pacientes incluidos en el proceso de atención al paciente pluripatológico emitidos desde el Hospital San Agustín de Linares (Jaén), en el periodo desde el 1 de Enero de 2009 y el 1 de marzo de 2010. Los datos se obtuvieron del sistema informatizado de historia de salud de Atención	Se analizaron 151 ICCA de pacientes pluripatológicos con una edad media de 77 años y un alto porcentaje de pacientes dependientes (40%). En los informes se registraron 30 diagnósticos, 49 resultados y 59 intervenciones diferentes, con una media por pacientes de 3,85, 3,91 y 6,69 respectivamente. Entre los diagnósticos más frecuentes estaban: deterioro de la	el colectivo de pacientes pluripatológicos presenta una importante demanda de cuidados en el momento de su alta hospitalaria. La utilización de los lenguajes enfermeros NNN en los Informes de Continuidad de Cuidados al Alta permite una comunicación eficaz entre los profesionales, aunque su empleo aún precisa más investigación

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			<p>Primaria de Andalucía. Las variables consideradas fueron: diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, así como variables sociodemográficas, tales como edad, sexo, motivo de ingreso, unidad de alta y nivel de autonomía. Se realizó un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, y un análisis bivalente para explorar la existencia de correlaciones</p>	<p>movilidad física (50,3%), ansiedad (50,3%), riesgo de caídas (43%), Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (36,4%) e intolerancia a la actividad. Los resultados más frecuentes fueron: nivel de movilidad (45%), control de la ansiedad (32,5%), conducta de seguridad: prevención de caídas (24,5%), control del riesgo (23,8%) y tolerancia a la actividad (19,9%). Las intervenciones más frecuentes, entre otras, han sido manejo de la energía (58,3%), prevención de caídas (44,4%), apoyo al cuidador familiar (42,4%), prevención de las úlceras por presión (34,4%) y asesoramiento (30,5%). Hay una correlación positiva entre el índice de Barthel y el número de diagnósticos (<math>r = 0,56</math>), resultados (<math>r = 0,35</math>)</p>	

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Diseño de investigación</b>	<b>Metodología</b>	<b>Resultados</b>	<b>Conclusiones</b>
				e intervenciones ( $r = 0,37$ ). Se han identificado varias asociaciones entre grupos de diagnósticos, de resultados y de intervenciones	
Re hospitalización En Adultos Mayores De Un Hospital De Lima, Perú	2013	Se realizó un estudio longitudinal	Se realizó una entrevista a los pacientes o Cuidadores durante la hospitalización, además de recoger datos de la historia clínica. Luego de la alta médica se les siguió por 30 días mediante llamadas telefónicas, para conocer la condición del paciente y si estuvo hospitalizado en algún centro de atención Durante este periodo. Se incluyeron 276 pacientes adultos mayores	El 14% de ellos fueron re hospitalizados. Se encontró que La re hospitalización estuvo asociada a dependencia funcional ( $p=0,003$ ), el diagnóstico de neumonía al ingreso ( $p=0,045$ ) y a la falta de control ambulatorio ( $p<0,001$ ); este último factor además tuvo un RRa de 2,22 (IC95%: 1,23-3,22)	En conclusión, el factor asociado más importante para la re hospitalización de adultos mayores es la falta de una visita de control posterior al alta.
Reingresos hospitalarios en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel	2014	Estudio observacional descriptivo	Con una muestra de 100 pacientes que reingresaron de forma consecutiva y no programada, antes de haber transcurrido 180 días. De cada uno	Los reingresos se produjeron en un 65% antes de 1 mes. Un 50% tenía más de 80 años y un 60% eran mujeres. El 40% convivía con personas de igual edad, siendo	Los reingresos son más frecuentes en los primeros 30 días. Los mayores de 71 años con problemas respiratorios son los que

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			de ellos se estudió variables demográficas, socio-familiares, salud enfermedad, preocupación al alta anterior, continuidad asistencial y seguimiento terapéutico.	estas su principal cuidador. El principal motivo de ingreso, de reingreso y de problema en domicilio fue la disnea. El diagnóstico mayoritario fue la infección respiratoria, con una media de comorbilidad de 4 y una media de cuidados al alta anterior de 3. Las personas se sintieron bien informadas al alta. Un 42% recibió respuesta de su centro de atención primaria antes de las 48 horas y se sintió satisfecho por la atención que recibió. Un 18% de los pacientes no fueron cumplidores.	presentaron mayor riesgo de reingreso.
El Plan De Transición Y Egreso Hospitalario Y Su Efecto En El Cuidado De La Salud: Una Revisión Integrada	2014	Mediante una revisión integrada de investigación.	Incluyó búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados, estudios descriptivos, estudios de relación, revisiones sistemáticas, meta análisis	Como resultado, se encontraron y analizaron 52 referencias clasificadas en cuatro grupos, de acuerdo con su énfasis: 1) Falta de lineamientos claridad e incentivos para adelantar el plan; 2)	se puede llegar a la conclusión, que existe una literatura variada sobre el plan de transición y egreso hospitalario, que refleja un nivel heterogéneo frente a directrices concretas,

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			<p>y meta síntesis, en bases de datos, como Medline, ScienceDirect, Ovid y Scielo, bajo los descriptores plan de egreso o transición cruzadas con efectividad, cuidado integral, cuidado continuo y cuidado seguro, en el periodo de 1997 a 2013, se exploró la literatura referente a plan de transición y de egreso hospitalario, sus componentes, sus funciones, así como la existencia de evidencia sobre sus efectos en el cuidado de la salud.</p>	<p>Desarrollo de instrumentos que respaldan la valoración y medición dentro del plan de egreso; 3) Las características básicas que debe tener un plan de egreso o su desarrollo teórico y, 4) Efectividad del plan de egreso y transición hospitalaria para el cuidado continuo, seguro e integral de los pacientes y sus familias.</p>	<p>para adelantar dichos planes, aunque se recomienda esta gestión en beneficio de los usuarios. La evidencia sobre la efectividad del desarrollo de planes de cuidado, como parte fundamental del cuidado continuo, seguro e integral de los pacientes y sus familias es limitada.</p>
<p>Usuarios frecuentes de servicios de emergencia: factores asociados y motivos de la búsqueda de atención.</p>	<p>2015</p>	<p>Se adoptó un método mixto del tipo secuencial explicativo</p>	<p>Los datos cuantitativos fueron recolectados en registros de fichas electrónicas, con muestra de 385 usuarios atendidos cuatro veces o más, en un servicio de emergencia, durante el año de</p>	<p>Se identificó que 42,9% eran ancianos, 84,9% tenían enfermedades crónicas, 63,5% fueron clasificados como urgentes, 42,1% permanecieron más de 24 horas en el servicio</p>	<p>Los resultados contribuyen para la comprensión del uso repetido de servicios de emergencia y ofrecen informaciones para planificar alternativas para Reducción de la utilización frecuente.</p>

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
			<p>2011. Los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas con 18 usuarios, seleccionados Intencionalmente a partir de los resultados de la etapa cuantitativa. Los datos cuantitativos fueron analizados con estadística descriptiva e inferencial y los cualitativos con análisis temático</p>	<p>y 46,5% tuvieron alta para el domicilio. El retorno programado, la clasificación de riesgo, el tiempo de permanencia y el resultado, son factores asociados a la utilización frecuente. Los motivos de la búsqueda por el servicio son relacionados, principalmente a: la agudización de enfermedades crónicas, la mayor facilidad de acceso y concentración de tecnología, los vínculos, y a los retornos programados</p>	
<p>Evaluación del impacto de un plan de cuidados de enfermería de pacientes con EPOC con diagnóstico enfermero "Manejo inefectivo del régimen terapéutico" , en términos de mejora del</p>	<p>2016</p>	<p>Estudio cuasi experimental</p>	<p>En dos Hospitales Generales Universitarios (junio 2007 - diciembre 2008) pacientes con EPOC. Grupo intervención: plan de cuidados desarrollado mediante taxonomías; grupo control: asistencia hospitalaria habitual</p>	<p>143 pacientes incluidos en el estudio (grupo intervención=56; grupo control =87). Mejora NOC a las 2 semanas (69.2% intervención vs. 10,7% control; p&lt;,008); mejora NOC a las 24 semanas (68.7% vs.10.1%, p&lt;,001). Indicadores "descripción justificación</p>	<p>La implementación de un plan de cuidados dirigido al alta orientado al incremento del Enfermería Global N° 41 enero 2016 Página 40 NOC mejora el manejo del régimen terapéutico.</p>

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
criterio de resultado de enfermería (NOC) "Conocimiento del régimen terapéutico"				régimen terapéutico"; "actividad prescrita"; "beneficios del tratamiento" mejoran con $p < ,001$ .	
Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia	2016	Estudio analítico con cohorte retrospectiva	Se obtuvieron 64.969 hospitalizaciones entre enero de 2008 y enero de 2009 en 47 ciudades colombianas 6.573 reingresos hospitalarios	prevalencia: 10,1% (hombres 10,9%; mujeres 9,5%), 44,7% en > 65 años. Mortalidad mayor en reingresos hospitalarios (5,8% vs. 1,8%). Mayor carga de reingresos hospitalarios en grupo sistema circulatorio. Mayor probabilidad de reingresos hospitalarios en enfermedades hematológicas y neoplasias. Estancia hospitalaria promedio durante el primer ingreso: 7 días en pacientes que reingresaron y 4,5 en quienes no. Costo total mayor para reingresos hospitalarios (USD 21.998.275): 15,8% del costo total de hospitalizaciones. Mayor prevalencia en pacientes	Uno de cada 10 pacientes que egresan de nuestros hospitales y clínicas reingresan a los 30 días, con mortalidad y estancia mayor, comparadas con el grupo que no reingresa, y consumo del 16% de los costos globales de la atención hospitalaria. El mayor número de reingresos correspondió a los pacientes que ingresaron por urgencias, sin embargo, los pacientes remitidos de otras instituciones, tienen el mayor riesgo de reingreso, al igual que los hombres y los mayores de 65 años. La mayor proporción de reingresos

Título	Año	Diseño de investigación	Metodología	Resultados	Conclusiones
				remitidos (18,8%) y de consulta externa (13,7%).	ocurre con enfermedades del sistema circulatorio, sin embargo, en el análisis multivariado, los grupos de diagnóstico con mayor riesgo de reingreso fueron enfermedades de la sangre y neoplasias

## Relación Artículos y Factores que Aumentan el Riesgo de Reingresos en Pacientes Adultos

### Mayores

AUTOR	FACTORES QUE AUMENTAN EL RIESGO DE INGRESO
Zea M (2007)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Inadecuada transición del cuidado entre el hospital y la casa</li></ul>
Martín M (2011)	<ul style="list-style-type: none"><li>• la estancia hospitalaria (estancias superiores a 15 días)</li><li>• El total de fármacos prescritos al paciente</li><li>• Hipertensión Arterial</li><li>• Insuficiencia cardiaca</li><li>• Pacientes con mayor presión asistencial de enfermería tienen menor riesgo de reingresar (Se entiende por presión asistencial el número total de usuarios atendidos por profesional al día)</li></ul>
Soler M (2011)	<ul style="list-style-type: none"><li>• EPOC</li><li>• Calidad de vida en el domicilio</li><li>• Estilos de vida</li><li>• Incapacidad para el autocuidado</li></ul>
Villarejo L. (2011)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las altas tempranas en hospitalización en la población adulta (la planificación al alta y el seguimiento en domicilio, retrasa los reingresos hospitalarios y los reduce en número)</li></ul>
Tania Q (2013)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mal cumplimiento terapéutico</li></ul>

- Dependencia funcional alta o total
  - Estado de salud auto percibido
  - No asistencia a cita de control
  - Neumonía
- Estrada D  
(2014)
- Infecciones respiratorias
  - Insuficiencia cardiaca
  - El cuidador principal del paciente es una persona similar a su edad
  - Poca educación terapéutica sobre su enfermedad a paciente y cuidador/familia
  - El paciente no cumple el tratamiento farmacológico correctamente
  - El paciente no aplica ningún tipo de ejercicio de los indicados en el egreso hospitalario
  - No realizar dieta correspondiente
- Marques A  
(2015)
- Exacerbación de enfermedades crónicas (hipertensión, asmática y de hipoglucemia).
- Caballero A  
(2016)
- Hospitalizaciones prolongadas
  - Alta temprana
  - Remisión de un hospital a otro
  - Enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplásicas