



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES Y SU RELACIÓN CON LA READMISIÓN
HOSPITALARIA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN
INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, EN EL PERÍODO 2019 -2021**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

AUTORES: DRA. ESTHER ELIZABETH ESMERALDAS VÉLEZ

DR. ALEXIS DARÍO PUJOTA QUILUMBA

DIRECTOR DE TESIS: DRA. VERÓNICA OLIVIA SEVILLA BETANCOURT

DIRECTOR METODOLÓGICO: JORGE PEÑAHERRERA

QUITO, FEBRERO 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotros Esther Elizabeth Esmeraldas Vélez, portadora de la cédula de ciudadanía No. 1312630203 y Alexis Darío Pujota Quilumba portador de la cédula de ciudadanía No. 1718180324, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presentamos como informe final, previo a la obtención del título de especialistas en Geriátrica y Gerontología son definitivamente únicos, genuinos y personales.

En tal virtud, declaramos que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra exclusiva responsabilidad legal y académica.

Esther Elizabeth Esmeraldas Vélez
CI. 1312630203

Alexis Darío Pujota Quilumba
CI. 1718180324

AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos concedido tantas bendiciones juntas demostrándonos en cada pequeño detalle de su existencia.

A nuestras familias por el amor que todo lo puede, y fueron la razón para seguir adelante ante cualquier adversidad.

A nuestros amigos del posgrado por la camaradería y el compañerismo.

Al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor y sus profesionales por tener las puertas abiertas para llenarnos de conocimientos y a todos nuestros pacientes por regalarnos sus vivencias, anécdotas y sonrisa y hacernos crecer como personas y profesionales.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por la oportunidad de avanzar profesionalmente.

DEDICATORIA

A mi Padre que desde su paraíso, fue el motivo e inspiración para escoger esta especialidad, porque la edad es sólo un número cuando se trata de brindar atención al amor de la vida de alguien.

A mi Madre, Hermanos y Sobrinos, quienes siempre estuvieron brindándome su apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida.

A mi gran familia y amigos por cada momento vivido.

ESTHER ESMERALDAS

El presente trabajo que es la parte final, de 3 años y medio significa alcázar una Meta anhelada, Lo quiero dedicar en primer lugar a mi Familia mis Padres, Hermana y Sobrino que siempre me brindaron su apoyo incondicional y la fuerza necesaria para sortear adversidades,

A la Universidad, Profesores y Compañera de Tesis, quienes durante este tiempo de formación me han guiado, me brindaron sabiduría y conocimientos, para persistir, emprender y proyectar nuevos porvenires en lo profesional y personal.

Además dedicarle a cada persona que, en su momento, me incentivo a tal noble profesión, a mis Amigos a los de ayer, los de hoy y de mañana.

ALEXIS PUJOTA

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	3
DEDICATORIA	4
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE GRÁFICOS	8
RESUMEN	9
ABSTRACT.....	10
CAPÍTULO I	10
INTRODUCCIÓN	10
1.1. JUSTIFICACIÓN	13
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	16
1.4.1. Objetivo general	16
CAPÍTULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. Características del envejecimiento.....	18
2.2. Factores asociados a readmisiones hospitalarias en pacientes de edad avanzada	19
2.4. Importancia de la readmisión del adulto mayor.....	24
2.5. Alta médica	25
2.6. Antecedentes de la investigación	27
CAPÍTULO III	29
MATERIALES Y MÉTODO	29
3.1. METODOLOGÍA	29

CAPITULO IV.....	31
RESULTADOS Y ANÁLISIS	31
4.1. Análisis descriptivo.....	31
4.2. Análisis inferencial	38
CAPÍTULO V.....	46
DISCUSIÓN	46
CAPÍTULO VI.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
6.1. Conclusiones	49
6.2. Recomendaciones	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	31
Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	32
Tabla 3. Características de la hospitalización de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	33
Tabla 4. Características clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	35
Tabla 5. Resultado de los índices de evaluación de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	35
Tabla 6. Características sociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	37
Tabla 7. Relación entre tiempo de alta y reingreso con factores de riesgo sociodemográficos y biológicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	38
Tabla 8. Relación entre tiempo de alta y reingreso con factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	40
Tabla 9. Relación entre estancia hospitalaria al reingreso y factores de riesgo sociodemográficos y biológicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	41
Tabla 10. Relación entre estancia hospitalaria al reingreso y factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	42
Tabla 11. Relación entre edad y factores de riesgo biológico de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	44
Tabla 12. Relación entre edad y factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021	44

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagnóstico de egreso y de readmisión de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	33
Gráfico 2. Condición de egreso de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.....	37

RESUMEN

Las readmisiones hospitalarias en los adultos mayores pueden deberse a factores hospitalarios o clínicos del paciente que potencialmente podrían prevenirse. **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo con datos 111 historias clínicas de los pacientes readmitidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Las variables cualitativas se analizaron con frecuencia y porcentajes, las cuantitativas con medidas de dispersión y la correlación con Chi 2 aceptan significancia si $p < 0.05$ **Resultados:** Se evidenció predominio de femeninos (66.7%), viudos (42.3%) y mayores de 85 años. Las patologías respiratorias y las infecciosas son las más comunes (18.9%) respectivamente. El promedio de días de estancia hospitalarias es mayor de 6. Predomina el bajo peso (45%), polifarmacia 92.8%), comorbilidad alta (61.3%), deterioro cognitivo importante (42.3%), depresión leve (28.8%) y dependencia moderada (34.2%), el 82.9% tenían cuidador. La presencia de cuidador es un factor protector significativo para evitar el reingreso ($p < 0.05$ RR 0.37 IC 95% 0.134-1.024).

Conclusiones: Existe relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes adulto mayor en especial, la edad y la depresión. La presencia del cuidador actúa como factor protector para la readmisión hospitalaria.

Palabras claves: Adulto mayor, readmisión hospitalaria, factores biopsicosociales, calidad de vida.

ABSTRACT

Hospital readmissions in older adults may be due to potentially preventable hospital or clinical patient factors. **Objective:** To determine the relationship between biopsychosocial factors and hospital readmission in patients treated at the Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, in the period 2019-2021. **Methodology:** An observational, descriptive, retrospective study was carried out with data from 111 medical records of patients readmitted to the Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. The qualitative variables were analyzed with frequency and percentages, the quantitative ones with dispersion measures and the correlation with Chi 2 accept significance if $p < 0.05$ **Results:** There was a predominance of females (66.7%), widowers (42.3%) and those over 85 years of age. Respiratory and infectious pathologies are the most common (18.9%) respectively. The average days of hospital stay is greater than 6. Low weight (45%), polypharmacy 92.8%), high comorbidity (61.3%), significant cognitive impairment (42.3%), mild depression (28.8%) and moderate dependency predominate. (34.2%), 82.9% had a caregiver. The presence of a caregiver is a significant protective factor to avoid readmission ($p < 0.05$ RR 0.37 95% CI Respiratory and infectious pathologies are the most common (18.9%) respectively. The average days of hospital stay is greater than 6. Low weight (45%), polypharmacy 92.8%), high comorbidity (61.3%), significant cognitive impairment (42.3%), mild depression (28.8%) and moderate dependency predominate. (34.2%), 82.9% had a caregiver. The presence of a caregiver is a significant protective factor to avoid readmission ($p < 0.05$ RR 0.37 95% CI Respiratory and infectious pathologies are the most common (18.9%) respectively. The average days of hospital stay is greater than 6. Low weight (45%), polypharmacy 92.8%), high comorbidity (61.3%), significant cognitive impairment (42.3%), mild depression (28.8%) and moderate dependency predominate. (34.2%), 82.9% had a caregiver. The presence of a caregiver is a significant protective factor to avoid readmission ($p < 0.05$ RR 0.37 95% CI 0.134-1.024).

Conclusions: There is a relationship between biopsychosocial factors and hospital readmission in elderly patients, especially age and depression. The presence of the caregiver acts as a protective factor for hospital readmission.

Keywords: Older adults, hospital readmission, biopsychosocial factors, quality of life.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

En la vejez, como etapa culminante del ciclo de la vida, está caracterizada por profundas modificaciones en función de la disminución la capacidad de adaptarse ante las condiciones

cambiantes de su entorno. Es importante resaltar que se trata de un proceso universal, irreversible y de acción progresiva que, aunque es inherente a todo ser vivo, cada individuo lo desarrolla de manera particular (Lorén & Gascón, 2011).

El proceso de envejecer es un fenómeno global que se mantienen en aumento y se desarrolla de forma diferente según la región a otra, un ejemplo palpable es el hecho de que el continente europeo se ha mantenido como el más longevo, en oposición a el africano que sigue siendo el más joven. Aunque es evidente esa diferencia entre regiones y personas, lo común siguen siendo los cambios que caracterizan a este proceso, en especial en la morfología y en el funcionamiento, generando a su vez una mayor fragilidad, morbilidad y riesgos en los adultos mayores (AM), así como mayor vulnerabilidad frente a enfermedades agudas o crónicas o la reagudización de estas últimas. Lo anterior está íntimamente relacionado mayor posibilidad de hospitalizaciones prolongadas, reingresos, desarrollo de procesos infecciosos, institucionalización y aumento de la tasa de morbilidad (Ojeda-Mendez, Palomino-Pacichana, Bejarano-Barragán, Ocampo-Chaparro, & Reyes-Ortiz, 2021).

Respecto a la readmisión en los servicios médicos, su prevalencia se está utilizando últimamente como índice para evaluar la calidad de atención, puesto que implica un importante incremento en los costos por de la atención sanitaria mientras que a su vez se disminuyen las posibilidades de mantener o aumentar la capacidad de los hospitales para la atención de otros pacientes, en especial porque están saturados con reingresos que acuden una y otra vez, incluso muchos sin planificación previa (Vélez, 2017).

Esta readmisión de pacientes a los servicios médicos de tercer nivel suele ser frecuente pero también prevenible, en especial cuando ésta se presenta en los próximos 30 días del alta, es posible relacionarla con errores en el diagnóstico, tratamiento errado o incompleto y en caso de procedimientos quirúrgicos, las complicaciones que se presentan en las heridas operatorias por falta de indicaciones más precisas y entendible, en todo caso, es común el manejo inadecuado que se le proporcionó al pacientes durante la hospitalización y, esparcidamente, durante el alta previas (Amado, Vásquez, Huari, & Palacios, 2015).

En el adulto mayor, el reingreso hospitalario se relaciona con las enfermedades crónicas que presenta y con mayor frecuencia, con las pluripatologías comunes en este grupo etario, lo que se convierte en un importante factor de riesgo para acelerar el declive de su estado funcional,

afectando la calidad de vida ya deteriorar en muchos de los casos. La tasa de reingresos antes de cumplirse los primeros 30 días luego del alta anterior sirve de indicador de la eficiencia de la atención y los que se presentan posterior al mes del alta se relacionan más con factores del paciente y su enfermedad. Los motivos del reingreso son variados, sin embargo, los que se derivan del factor sanitario pueden y deben evitarse, por lo tanto, la disminución de los índices de reingresos hospitalarios debe convertirse en una prioridad para los sistemas sanitarios. (Estrada, López, Martín, Soriano, & Grau, 2014).

La salud del adulto mayor se puede ver afectada por gran variedad de factores físicos y biopsicosociales, estos últimos afectan particularmente, la vida y genera trastornos psicoemocionales, incluyendo entre los más comunes el estrés, la ansiedad y la depresión, siendo esta última más frecuente entre pacientes femeninos, altamente relacionado con el entorno social y contribuye, en todos los pacientes al deterioro general de la salud, el funcionamiento y la capacidad para afrontar los aspectos negativos del entorno (Chong, 2012).

La República del Ecuador dispone que el Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: atención gratuita y especializada en salud, trabajo remunerado, jubilación universal (Constitución de la República del Ecuador).

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, es una institución de tercer nivel especializada, que atiende a pacientes Adultos mayores, es considerado como un hospital de referencia nacional, cuenta con la siguiente cartera de servicios: unidad de atención a pacientes agudos, de mediana estancia, de cuidados paliativos, hospital del día geriátrico, consulta externa especializada (Rodríguez, 2015).

En el sistema actual de salud las camas designadas para atención geriátrica a nivel de la Zona 9 son de 66 camas pertenecientes al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, de las cuales 55 camas están destinadas para la atención geriátrica exclusiva, divididas en 21 camas para la unidad geriátrica aguda y 24 camas para la unidad geriátrica de mediana estancia , 11 camas para cuidados paliativos, el déficit de camas a nivel del Cantón Quito es de 364 camas geriátricas basadas en los datos estadísticos INEC 2019. (MSP, 2019).

Este estudio se propuso determinar la relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.

1.1.JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo pretende determinar los factores biopsicosociales relacionados en la readmisión hospitalaria de pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, buscando alternativas de solución a este problema, y como estrategia para mejorar las condiciones de salud que repercute no sólo en el paciente, sino que también afecta a la familia y a la sociedad en general.

El estudiar la rehospitalización como un problema de salud pública, permitirá estudiar la prevención de las readmisiones, es así que, ya se ha descrito la importancia de los cuidados posteriores al alta, en particular en adultos mayores frágiles, en quienes puede prevenirse el reingreso hasta en el 60% de los casos. Estudiar los múltiples ingresos hospitalarios nos permite conocer su impacto económico y social, además de permitir comparar la efectividad de los hospitales o la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos, el estudio de las relaciones con la duración de la asistencia y la identificación de los pacientes con un alto riesgo de reingresar, con el objeto de implementar planes de cuidados específicos (Quispe, Ticse, Gálvez, & Varela, 2013).

La investigación busca proporcionar un aporte a la medicina geriátrica ecuatoriana ya que mediante la investigación y la correcta toma de decisiones se logrará reducir la tasa de reingreso hospitalario, complicaciones y los costos que esto implica.

Para el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor es importante el desarrollo de estos estudios, debido a que los resultados pueden ser puestos a disposición de la institución, y se podrá contar con un marco de referencia que logre disminuir los reingresos hospitalarios mejorando los índices de calidad asistencial, de modo que sea factible desarrollar programas que aborden los factores y complicaciones de esta problemática, y así lograr una mayor eficacia en las acciones terapéuticas, lo que ocasionará que permitan disminuir dichos ingresos y cuyos beneficiarios directos son los adultos mayores y sus familias.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El reingreso hospitalario ha sido objeto de estudio desde la perspectiva de índice de calidad asistencial, convirtiéndose en un estándar de calidad hospitalaria (Altamar & Martínez, 2017). Es importante destacar que las instituciones sanitarias no tienen como fin tener readmisiones de pacientes como su resultado final, en este sentido los estudios señalan que los reingresos programados no se deben tener en cuenta al momento de medir la calidad asistencial, más bien el reingreso debe ser dividido en base a las complicaciones del ingreso previo, adherencia al tratamiento, recurrencia de la enfermedad o la creación de una nueva (Espinel-Bermúdez, et al., 2011).

Entre los factores de readmisión hospitalaria dentro del área del cuidado de un adulto mayor se puede destacar aspectos: clínicos, derivados del hospital, y del paciente mismo. Entre las causas frecuentes por las que se produce el reingreso están el empeoramiento del trastorno crónico, el deficiente manejo ambulatorio, un mal diagnóstico previo, una nueva enfermedad, el efecto tóxico-iatrogenia, entre otros factores como el nivel económico, edad, grado de dependencia, tipo de seguro médico, estado de salud autopercebido, educación del paciente y de la familia, sumado a la incapacidad de los familiares para atender al paciente por una ausencia de recursos, falta de apoyo, abandono, y déficit de autocuidado, generando incumplimiento de los tratamientos (Alvarado, Lozada, & Suárez, 2019).

Los reingresos hospitalarios son eventos frecuentes, potencialmente prevenibles, costosos, y asociados a alta morbi-mortalidad. En España en el año 2017, el colectivo de pacientes crónicos complejos que acudieron a casas de asistencia de salud se representó entre el 3% y el 5% de la población y consumió el 65% de los recursos sanitarios (Pérez, 2017). Estos pacientes son grandes frequentadores de los servicios sanitarios con multitud de visitas a los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios recurrentes y largos, además de consumir gran cantidad de fármacos. El 32,7% de reingresos fue en el servicio de urgencias y el 30,9% en la unidad de agudos de geriatría.

En su estudio de derivación y validación de un índice para predecir muerte temprana o readmisión no planificada después del alta hospitalaria a la comunidad realizado en Canadá, señala que el 37% de los reingresos son dependientes de factores del hospital, el 38% de reingresos por factores clínicos y el 21% de reingresos por factores dependientes del paciente. Algunos de estos últimos se pueden evitar, aun cuando los factores de la enfermedad no siempre se puedan controlar.

Asimismo, se ha descrito que los pacientes con reingresos tienen una mayor mortalidad intrahospitalaria que el total de los pacientes. Del mismo modo, se ha observado un fenómeno de facilitación en el reingreso hospitalario, ya que una vez que un paciente ingresa en un hospital, este incrementa su riesgo de futuras descompensaciones o agravamiento de su enfermedad, se incrementa la posibilidad de reingreso, y su posibilidad de reingreso en un tiempo más corto (reingreso precoz), pudiendo en sucesivos ingresos recorrer diferentes áreas del hospital (multingreso) (Van Walraven, et al., 2010).

En el hospital General de Lima (Perú) determinaron la frecuencia y los factores asociados a las rehospitalizaciones en adultos mayores del servicio de medicina con una población total de 276 pacientes adultos mayores, como resultados obtuvieron que el 14% de ellos fueron rehospitalizados y llegaron a la conclusión que se encuentra dentro del rango que presentan países de Latinoamérica (9-23%), Norteamérica (13-23%), Canadá (13.3%) y Europa (5-14%) (Quispe, Ticse, Gálvez, & Varela, 2013).

En el servicio de emergencia del Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N° 1, de la ciudad de Quito, se realizó un estudio con 67 historias clínicas donde se encontró una prevalencia de readmisiones del 15.3%. El género femenino muestra una tendencia mayor a ser readmitido, sin que se encuentre significancia estadística con el género masculino. La estancia hospitalaria media fue de 4.7 días. El tiempo transcurrido entre el egreso y la readmisión del paciente tuvo una media de 7.6 días. Las causas de readmisión fueron la falta de adherencia al tratamiento (26.8%), soporte inadecuado al egreso (17.1%), egreso prematuro (12.2%), falla de seguimiento al alta (12.2%). Los factores de riesgo más críticos incluyen edad mayor a 65 años (OR 4.06 IC95% 3.10-4.25), neoplasias y comorbilidad (OR 3.66 IC 95% 1.96 – 3.86) (Vélez, 2017).

En análisis realizados en el adulto mayor en el área de medicina interna del Hospital General Milagro, nos da a conocer que el 58% del adulto mayor tuvo un reingreso hospitalario por falta de conocimiento sobre su autocuidado, el 25% corresponde a mal manejo terapéutico y el 15% a descuido familiar (Altamirano Llinin & Orozco Reyes, 2019).

El promedio de días de hospitalización de adultos mayores en el Hospital se encuentra en 12.32 días, tomando en consideración que estos datos son de un hospital de segundo nivel y el universo son los adultos mayores ingresados, con una máxima de 66 días de hospitalización y una mínima de 1 día (Trudy, 2018).

El Hospital del Adulto Mayor en Quito, es una casa de asistencia médica de salvación para las familias con pacientes adultos mayores de Quito y de otras ciudades, En 2015 la atención de consulta externa estimada fue de 37.600 pacientes (Rodríguez, 2015).

En nuestro país son escasas las publicaciones de reingresos y el impacto que generan sobre la calidad de vida de los pacientes, los recursos y la prestación de los servicios de salud que incluye frecuentes visitas al hospital, sea por urgencias, consultas externas o ingresos de estancia media prolongada, poli medicación y disminución de la autonomía personal, con frecuentes situaciones de discapacidad y dependencia; uso elevado de recursos sanitarios y sociales; y factores adicionales como edad avanzada, vivir solo, escaso apoyo familiar y social, secuelas de patología previa, lo que deteriora su calidad de vida, la misma que se pueden entender como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, teniendo en cuenta las alteraciones producidas por su enfermedad y su tratamiento.

Por lo que la presente investigación servirá para comprender mejor los factores que pueden contribuir a que los pacientes mayores tengan reingresos hospitalarios no planificados después del alta de la atención subaguda, y para evaluar estrategias diseñadas para minimizar este resultado.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021?

1.4. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 - 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que se readmitieron en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Describir los factores biopsicosociales que determinan una readmisión hospitalaria de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
- Establecer la asociación entre los factores biopsicosociales de los pacientes readmitidos en el hospital de atención integral del adulto mayor y sus factores de riesgo.

1.5. HIPÓTESIS

Los factores biopsicosociales están relacionados con la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Características del envejecimiento

La trayectoria de vida de los hombres y las mujeres los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez, que reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia, debido a su rol social el mayor problema que se presenta en esta población radica en aspectos de salud, son personas vulnerables a sufrir constantemente cualquier tipo de enfermedad.

Los cambios que componen e influyen el envejecimiento son complicados. En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños celulares y moleculares. Al pasar del tiempo estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (OMS, 2015).

Los reingresos hospitalarios son un significativo reflejo de la complejidad tanto de las relaciones entre los distintos niveles asistenciales como de la atención a personas con edad avanzada (Alvarado, Lozada, & Suárez, 2019), (Martín, Carmona, Escortell, Rico, & Sarría, 2011). Un ingreso hospitalario en estas personas es un factor de riesgo que puede desencadenar un proceso de declive en el estado funcional y una pérdida de calidad de vida.

El envejecimiento representa un triunfo del desarrollo. Debido a las mejoras alcanzadas en diversos ámbitos como la nutrición, la educación, los adelantos médicos y el bienestar económico, se ha logrado que las personas vivan más años (OPS, 2022).

A escala mundial cada segundo dos personas cumplen 60 años, es decir, el total anual es de casi 58 millones de personas que llegan a los 60 años. Dado que actualmente una de cada nueve personas tiene 60 años o más, y las proyecciones indican que la proporción será una de cada cinco personas hacia 2050, el envejecimiento de la población es un fenómeno que ya no puede ser ignorado (Alper, O'Malley, & Greenwald, 2022).

El envejecimiento poblacional está asociado a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Este hecho repercute en un mayor uso de los servicios sanitarios y sociales que produce una mayor

presión económica sobre los sistemas de salud (Martín, Carmona, Escortell, Rico, & Sarría, 2011), (Alper, O'Malley, & Greenwald, 2022). Frente a esta realidad, es necesario plantearse cómo ofrecer un modelo de atención que sea más resolutivo en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas.

2.2. Factores asociados a readmisiones hospitalarias en pacientes de edad avanzada

Las hospitalizaciones no planificadas son caras, no deseables y en muchos casos evitables y constituyen un problema importante para los servicios de salud, instituciones hospitalarias y pacientes debido al impacto que tienen en la mortalidad, morbilidad y recursos económicos. Una consecuencia de ello es el incremento de la edad y el aumento de pacientes con enfermedades crónicas (Legrain, et al., 2011). Un ingreso hospitalario en estas personas mayores, crónicas y pluripatológicas es un componente de riesgo que logra desencadenar un proceso de declive en el estado funcional y una disminución de la calidad de vida. El motivo de readmisión puede deberse a diversos factores. Mientras que los relacionados con los sanitarios y personales podrían ser evitables, los relacionados con la enfermedad no siempre pueden controlarse (Crossen-Alféizares, Toomey, & Doherty, 2006).

En España en el año 2011 se realizó un estudio sobre los factores que se asociaban a reingresos hospitalarios en personas con edad avanzada con los siguientes resultados: mayor número de medicamentos consumidos conlleva un incremento del riesgo de reingreso, al igual que padecer insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, o ser hipertenso. La comorbilidad del paciente, establecida mediante el índice de Charlson, también se ha asociado a mayor probabilidad de tener un reingreso en los seis meses siguientes al ingreso índice. También se había observado el menor riesgo de las mujeres o el efecto protector de la inmunización frente a la gripe (Dawson, et al., 2021).

2.2.1. Factores biológicos

Los factores clínicos incluyen los siguientes: Uso de medicamentos de alto riesgo (antibióticos, glucocorticoides, anticoagulantes, narcóticos, medicamentos antiepilépticos, antipsicóticos, antidepresivos y agentes hipoglucemiantes), polifarmacia, más de seis condiciones crónicas, condiciones clínicas específicas (p. ej., enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada,

diabetes, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cáncer, pérdida de peso, depresión, sepsis).

- Anemia

El rango normal de hemoglobina varía generalmente de 13,2 a 16,6 gramos (g) de hemoglobina por decilitro (dL) de sangre en los hombres y de 11,6 a 15 g/dL en las mujeres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra de Hb para establecer la existencia de anemia en ancianos es igual o menor a 12 g/dL para las mujeres y 13 g/dL en los hombres. De acuerdo con estas cifras, la anemia es un trastorno común en personas de 65 años o más y se calcula que en los Estados Unidos afecta a 3 millones de personas. Se ha informado que las tasas de anemia son mayores en individuos hospitalizados y entre aquellos de edad muy avanzada y ligeramente más común en hombres (11%) que en mujeres (10.2%); también se sabe que tiene mayor prevalencia en afroamericanos que en caucásicos (Academia Nacional de Medicina de México, 2013).

Diversos estudios han demostrado que los Adultos Mayores con anemia disminuyen la capacidad física y la fuerza muscular, 2 terceras partes de los pacientes experimentan algún grado de deterioro, muy significativo en el 30%. También son importantes las observaciones de que los Adultos Mayores con anemia tienen 150% más probabilidades de hospitalizados y 200% de que se les recluya en una casa de cuidados para individuos de Edad Mayor. Igualmente importante es que la anemia se correlaciona con aumento de la mortalidad cuando los Adultos Mayores tienen otras condiciones patológicas, como se observa, por ejemplo, en individuos con insuficiencia cardíaca congestiva (Academia Nacional de Medicina de México, 2013)

- Albúmina

Es una de las más importantes proteínas plasmáticas producidas en el hígado. Entre sus múltiples funciones se incluye nutrición, mantenimiento de la presión oncótica y transporte de sustancias como Ca, bilirrubina, ácidos grasos y esteroides. Alteraciones en los valores de albúmina indican enfermedades del hígado, desnutrición, lesiones de la piel como dermatitis, quemaduras severas o deshidratación. Los valores de referencia son 3,5 a 5,0 g/dL (Albito, 2017).

Aunque la albúmina sérica no es un indicador muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, es un buen indicador del estado de salud en el Adulto Mayor. Diversos estudios en

adultos de la tercera edad viviendo en la comunidad y con buena capacidad funcional muestran baja prevalencia de albuminemia baja (menor de 3.5 g/gL) o muy bajas (menos de 3 g/dL), en contraste con lo que ocurre con los adultos mayores institucionalizados o enfermos. Niveles de albúmina menores a 3.5 g/dL, tienen un valor significativo como indicador nutricional cuando no miden otros factores patológicos. Los parámetros de la albúmina sérica se pueden clasificar en: 3,6 a 4,5 g/dL (normal), 2,8-3,5 g/dL (malnutrición leve), de 2,1 a 2,7 g/dL (Malnutrición moderada) y menor a 2,1 g/l malnutrición grave (Flores, 2015).

- Sodio

Los valores normales del sodio oscilan entre 135 a 145 mmol/l. La hiponatremia definida cuando el sodio en sangre está por debajo de 135 mmol/l es el trastorno electrolítico más frecuente en la población de mayor edad. Suele indicar un estado hipotónico, aunque en algunos casos de hiponatremia la osmolaridad del plasma puede ser normal o alta. Según los valores del sodio, se considera como ligera cuando está entre 134-130 mmol/l, de mediana gravedad 130-120 mmol/l o ya hiponatremia grave cuando es <120 mmol/l. La prevalencia de la hiponatremia dependerá del ámbito en que se evalúa. Así se han descrito en la comunidad prevalencias en torno al 8-11%, mientras que aumenta en los pacientes hospitalizados con porcentajes desde el 18% hasta al 42,6%, siendo también altos los porcentajes en el colectivo de personas mayores institucionalizadas (entre el 11,3 y el 31,3%). La presencia de hiponatremia se ha asociado a una mayor morbimortalidad. Además, la hiponatremia se ha asociado a un aumento del riesgo alteraciones de la marcha, las caídas, la osteoporosis y de muerte en pacientes hospitalizados e incluso en individuos que viven en la comunidad. (Formiga & Ruiz, 2017).

2.2.2. Factores relacionados con la asistencia sanitaria

Los estudios de factores de riesgo para el reingreso hospitalario en los Adultos Mayores han identificado las características del paciente, de la enfermedad y los factores del sistema de salud que predicen el ingreso o reingreso hospitalario, este último puede resultar de una nueva condición, una exacerbación recurrente de una condición crónica conocida, una complicación resultante de atención médica o quirúrgica previa, eventos adversos de medicamentos y lesiones asociadas con o como consecuencia de la atención médica, o alta prematura a un entorno donde no se satisfacen

las necesidades de atención pos hospitalaria del paciente (Silverstein, Qin, Mercer, Fong, & Haydar, 2008).

En cuanto a las variables asociadas a la asistencia sanitaria, estancias hospitalarias prolongadas conllevan mayor probabilidad de reingreso. Además, se ha observado cómo los pacientes de edad avanzada que viven solos y tienen dificultades económicas, presentan mayor riesgo de reingreso que los que viven con un cuidador informal o cuentan con mayores recursos económicos.

Varios factores pueden aumentar la probabilidad de readmisión pueden modificarse, especialmente aquellos que se relacionan con problemas a nivel del médico o del sistema, tales factores incluyen: descarga prematura, soporte inadecuado posterior al alta, seguimiento insuficiente, errores terapéuticos, eventos adversos de medicamentos y otros problemas relacionados con medicamentos, transferencias fallidas, complicaciones después de los procedimientos, infecciones nosocomiales, úlceras por presión y caídas de pacientes (Jack, et al., 2009).

En un metanálisis de 2021 de 19 ensayos de siete países, los pacientes asignados a recibir una intervención de comunicación al alta hospitalaria, como asesoramiento sobre medicamentos o educación específica de la enfermedad, tuvieron tasas de reingreso a los 30 días más bajas que los asignados a la atención habitual. La comunicación y la educación enfocadas del paciente en el momento del alta pueden ser una forma relativamente simple de ayudar a prevenir readmisiones innecesarias (Goldman, et al., 2014)

El alta prematura o el alta a un entorno que no es capaz de satisfacer las necesidades médicas del paciente puede dar lugar a la readmisión en el hospital. Además, es posible que el alta hospitalaria temprana no genere un ahorro general de costos si resulta en la necesidad de una utilización posterior más intensa de la atención médica, incluidas las visitas al departamento de emergencias o a un centro de enfermería, como lo indica un estudio observacional que comparó pacientes que recibieron atención hospitalaria de un médico de atención primaria con la atención de una médico hospitalaria (Goldman, et al., 2014).

2.3. Factores sociales y demográficos

Las tasas de reingreso a los treinta días por riesgo pueden verse influenciadas por factores sociales, se ha encontrado que los factores del paciente como la raza, el origen étnico, la educación y los

ingresos están relacionados con el riesgo de readmisión en varios estudios. Los resultados sugieren que un trabajo adicional para caracterizar e informar los efectos de los factores socioeconómicos en las medidas de readmisión puede ayudar a los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y brindar una atención más equitativa por parte de los hospitales, los pagadores y otras partes interesadas (Nagasako, Reidhead, Waterman, & Dunagana, 2014).

Los factores sociales de alto nivel se estudiaron con menos frecuencia, pero los examinados a menudo, pero de manera inconsistente, se asociaron significativamente con las readmisiones, incluyendo bajo nivel socioeconómico, situación de vida (estabilidad del hogar, dirección rural), falta de apoyo social, estar soltero y comportamientos de riesgo (tabaquismo, uso de cocaína e incumplimiento médico/visita) (Calvillo, et al., 2013).

Se sabe que las necesidades sociales relacionadas con la salud comprometen la salud, además de existir una relación entre el número de necesidades sociales y las readmisiones hospitalarias de personas en riesgo social que incluyen empleo, familia, vivienda, estado psicosocial y nivel socioeconómico bajo (Bensken, Alberti, & Koroukia, 2021).

Los síntomas depresivos, el nivel socioeconómico, el apoyo social percibido, predicen el riesgo de reingreso y la frecuencia de readmisiones hospitalarias en pacientes atendidos, de allí la necesidad futura de reducir la demanda de ingresos hospitalarios no programados, donde se podría incluir el diseño y la evaluación de intervenciones dirigidas a optimizar la atención psicosocial de los pacientes manejados en el hogar (Coventry, Gemmell, & Todd, 2011).

Los factores demográficos y logísticos incluyen: hospitalización previa, que generalmente incluye hospitalizaciones no planificadas en los últimos 6 a 12 meses, raza negra, baja alfabetización en salud, indicadores de red social reducidos (p. ej., estar solo la mayor parte del día con contacto limitado o nulo de familiares o amigos por teléfono o en persona), nivel socioeconómico más bajo, alta en contra del consejo médico (Jack, et al., 2009).

Varios estudios han sugerido que existen parámetros clínicos y demográficos que pueden aumentar el riesgo de readmisión. Los factores de riesgo pueden variar según el intervalo entre el alta y la readmisión, los factores de riesgo de reingresos tempranos (dentro de una semana después del alta) pueden ser diferentes a los factores de riesgo de reingresos posteriores (entre 8 y 30 días después del alta) (Guerrero & Yépez, 2015).

En la actualidad, el creciente fenómeno del envejecimiento se considera una preocupación importante en todas las sociedades, las personas mayores están expuestas a una variedad de problemas de salud y discapacidades por muchas razones, Se sugieren intervenciones para mejorar el estado mental (es decir, disminuir los niveles de depresión, ansiedad y estrés) y desarrollar el apoyo social para reducir el riesgo de reingreso hospitalario entre los pacientes ancianos (Alavi, Baharlooie, & Adelmehraban, 2017).

2.4. Importancia de la readmisión del adulto mayor

El reingreso hospitalario dentro de los 30 días posteriores al alta sigue siendo un problema importante en el sistema de atención médica. Las readmisiones hospitalarias no planificadas a menudo se han considerado marcadores de una atención médica de calidad potencialmente deficiente. Los reingresos tempranos están influenciados por las condiciones médicas y la atención hospitalaria, mientras que los reingresos tardíos están influenciados por la atención ambulatoria y los factores domiciliarios (Zurek, et al., 2022).

Las readmisiones hospitalarias tempranas han sido reconocidas como una ocurrencia común y costosa, particularmente entre pacientes ancianos y de alto riesgo. Debido a que los pacientes recién dados de alta del hospital se encuentran en un estado de extrema vulnerabilidad fisiológica y psicológica, su capacidad para promulgar el autocuidado es baja (Leppin, et al., 2014).

Usando datos de pacientes hospitalizados de un hospital universitario urbano, examinaron cómo los elementos de las características individuales y el nivel socioeconómico del vecindario influyeron en la probabilidad de readmisión bajo una estructura organizativa y de personal fija única. Los pacientes que vivían en vecindarios de alta pobreza tenían un 24 por ciento más de probabilidades que otros de ser readmitidos, después de ajustar las características demográficas y las condiciones clínicas. Los pacientes casados tenían un riesgo significativamente menor de readmisión, lo que sugiere que tenían más apoyo social que los pacientes solteros (Hu, Gonsahn, & Nerenz, 2014).

Las circunstancias difíciles de la vida plantean una barrera mayor para la recuperación que la falta de conocimientos médicos, esta se ve comprometida por factores que contribuyen a socavar la capacidad de los pacientes para seguir las recomendaciones de sus médicos, incluido el apoyo para las necesidades médicas y básicas, el uso de sustancias y las limitaciones en la disponibilidad de

transporte a las citas médicas. La angustia, en particular la depresión, contribuye aún más a la mala salud y socava la capacidad de seguir las recomendaciones de los médicos y los planes de alta. Las intervenciones de alta que evalúan la necesidad de apoyo social y brindan acceso y servicios tienen el potencial de reducir la rehospitalización crónica (Strunin, Stone, & Brian, 2007).

2.5. Alta médica

Cuando se ha determinado que un paciente está médicamente listo para el alta, el equipo de atención médica debe determinar el entorno más apropiado para la atención continua. Los determinantes del sitio apropiado de atención involucran aspectos médicos, funcionales y sociales de la enfermedad del paciente. Deben tenerse en cuenta las condiciones médicas agudas y crónicas del paciente, el potencial de rehabilitación y la capacidad de toma de decisiones.

Se necesitan aportes de múltiples fuentes para determinar el plan de descarga más adecuado. Las partes involucradas a menudo incluirán al paciente, la familia u otros seres queridos, el administrador de casos, la enfermera, el médico, el terapeuta físico y ocupacional, el trabajador social, entre otras.

Para que el paciente se considere seguro y listo para el alta a su hogar o a un entorno no agudo (rehabilitación, transición o atención crónica), un proveedor debe tener en cuenta una serie de factores más allá de los determinantes médicos. Estos factores incluyen: estado cognitivo del paciente, nivel de actividad del paciente y estado funcional, la naturaleza del hogar actual del paciente y la idoneidad para las condiciones del paciente (p. ej., presencia de escaleras, limpieza), disponibilidad de apoyo familiar o acompañante, capacidad para obtener medicamentos y servicios, disponibilidad de transporte del hospital al hogar y para visitas de seguimiento y disponibilidad de servicios en la comunidad para ayudar al paciente con la atención continua.

La planificación del alta es el desarrollo de un plan de alta individualizado para el paciente, antes de dejar el hospital, para garantizar que los pacientes sean dados de alta en el momento adecuado y con la prestación de servicios adecuados posteriores al alta, una revisión sistemática de 2010 identificó una mayor satisfacción del paciente y pequeñas disminuciones en la duración de la

estadía y las tasas de reingreso con la planificación del alta, mientras que las tasas de mortalidad no cambiaron (Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, 2017).

Entre las estrategias para el alta hospitalaria se destaca:

- **Conciliación de medicamentos:** es el proceso de verificar las listas de medicamentos del paciente en una transición en el punto de atención, como el alta hospitalaria, para identificar qué medicamentos se agregaron, suspendieron o cambiaron en relación con las listas de medicamentos previas al ingreso. Realizar una conciliación precisa de la medicación es un elemento crítico para una transición de alta exitosa.
- **Resumen del alta:** el principal modo de comunicación entre el equipo de atención hospitalaria y los proveedores de cuidados posteriores suele ser el resumen del alta, lo que aumenta la importancia de la transmisión exitosa de este documento de manera oportuna. Desafortunadamente, el resumen del alta llega al proveedor de atención primaria en el momento de la primera visita de seguimiento en solo el 12 al 34 por ciento de dichas visitas, e incluso entonces a menudo carece de información clave.
- **Instrucciones para el paciente:** En el momento del alta, se debe proporcionar al paciente un documento que incluya instrucciones apropiadas en lenguaje y alfabetización y materiales educativos para el paciente para ayudar a una transición exitosa del hospital. Estos documentos deben ser breves, enfocados en información crítica para el paciente y dirigidos principalmente a lo que el paciente necesita entender para manejar su condición después del alta.
- **Volver a enseñar:** Es una técnica mediante la cual el proveedor le pide al paciente o al cuidador que explique el concepto recién enseñado con las propias palabras del paciente. Esta técnica le permite al proveedor identificar y corregir cualquier malentendido en tiempo real, con la intención de prevenir eventos adversos relacionados con la comprensión inadecuada de la información del alta. Si bien el método de enseñanza se ha validado para enseñar a un paciente una nueva habilidad (p. ej., administrar insulina o cambiar un vendaje), no se ha estudiado ampliamente como mecanismo para reducir las readmisiones.

2.6. Antecedentes de la investigación

De los 154 participantes, el 43.5 % eran femeninos, la edad media fue de 59 (DE \pm 15) y el 37,7 % tuvieron un reingreso hospitalario de 30 días cuyos diagnósticos principales fueron enfermedades cardiovasculares en el 31,2% de los pacientes e infecciones en 12,3%. La duración promedio de la estancia hospitalaria fue de 5 días. En los análisis no ajustados, las personas con detección positiva de depresión, menor alfabetización en salud y apoyo social más deficiente tenían más probabilidades de tener una readmisión a los 30 días (frente a la detección negativa). La detección de depresión positiva y un apoyo social más deficiente permanecieron significativamente asociados con la readmisión a los 30 días en modelos ajustados por raza, insuficiencia cardíaca, servicio de admisión, día de alta en fin de semana y albúmina sérica: OR ajustado (IC del 95 %), 2,3 (1,02–5,1) para positivos síntomas depresivos y 2,5 (1,1-5,9) por peor apoyo social. El apoyo social deficiente y los síntomas depresivos identificados durante las hospitalizaciones pueden representar factores de riesgo de reingreso (Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, 2017).

En comparación con los pacientes hospitalizados sin depresión, los que recibieron el alta con síntomas depresivos tenían más probabilidades de ser readmitidos (20,4 % frente a 13,7 %, riesgo relativo [RR]: 1,7, intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,1-2,5) o morir (2,8 % frente a 1,5 %, RR: 2,1, IC del 95 %: 1,31-3,4) dentro de los 30 días. Se encontraron pruebas sólidas de una asociación entre los síntomas depresivos y un pronóstico deficiente a corto plazo después del alta hospitalaria: un riesgo 73 % mayor de reingreso y un riesgo dos veces mayor de muerte dentro de los 30 días en comparación con los pacientes sin síntomas depresivos con resultados similares en 90 días (Pederson, Warkentin, Majumdar, & McAlister, 2016).

Un total de 55 participantes (38,7%) tuvieron un ingreso hospitalario no planificado adicional dentro de los 6 meses. En el análisis multivariado, enfermedad crónica (odds ratio ajustado [OR] 3,4; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,3-9,3, P = 0,002), síntomas depresivos (OR ajustado, 3,0; IC del 95 %, 1,3-6,8, P = 0,01) y el bajo peso (OR ajustado, 12,7; IC del 95 %, 2,3-70,7, P = 0,004) fueron predictores significativos de reingreso después de ajustar por edad, duración de la estancia hospitalaria y estado funcional (Mudge, et al., 2011).

Hubo 19253997 ingresos hospitalarios índices ponderados para todos los diagnósticos y 3613488 reingresos a los 30 días entre 2010 y 2015. Los pacientes en el cuartil de ingresos más bajos ($\leq 37\,999$) tenían mayores probabilidades de reingreso a los 30 días en todas las condiciones ($P < 0,0001$). Los factores sociodemográficos y económicos están asociados con las tasas de readmisión a los 30 días y deben incorporarse a las herramientas o intervenciones para mejorar la planificación del alta y mitigar las readmisiones (Murray, Allen, Clark, Daly, & Jacobs, 2021).

En un estudio de cohorte prospectivo de 202 encuestados readmitidos dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria de 2 unidades de medicina para pacientes adultos, casi la mitad indicó que necesitaban más asistencia general para estar bien fuera del hospital. Aquellos que informaron una barrera relacionada con al menos 2 medidas de determinantes sociales de la salud tenían más probabilidades de tener reingresos prevenibles (34 % frente a 17 %, $P = 0,006$). Los participantes con antecedentes de falta de vivienda o trastorno por consumo de sustancias tenían más probabilidades de tener reingresos prevenibles (44 % frente a 20 %, $P = 0,04$ y 32 % frente a 18 %, $P = 0,03$, respectivamente) (Carter, Ward, Thorndike, Donelan, & Wexler, 2020).

En Loja, se realizó un estudio descriptivo y transversal, con el propósito de evaluar el estado de nutricional de los adultos mayores mediante la aplicación del *Mini Nutritional Assessment* (MNA) y marcadores bioquímicos (albúmina, prealbúmina, transferrina, linfocitos y colesterol) en el Centro Gerontológico de la ciudad de Saraguro. La muestra quedó conformada por 100 adultos mayores de 65 años y más que cumplieron con los criterios de inclusión. De los 100 evaluados 63 eran mujeres, 37 hombres; la edad media para las mujeres fue de 74 años y para los hombres 73 años. Por MNA 75% tienen un estado nutricional normal, 25% en riesgo de desnutrición y no se encontró ningún caso de malnutrición. La albúmina promedio fue de 4.7 g/dL, prealbúmina 29,96 g/dL, transferrina 286,5 mg/dL, linfocitos 28,8 % y colesterol 170,6 mg/dL. Llegando a la conclusión que la mayoría se encuentra en un buen estado nutricional (Albito, 2017).

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODO

3.1. METODOLOGÍA

En la presente investigación se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo; que estudio las causas y factores biopsicosociales de readmisión de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

3.1.1. Población y muestra

La población de estudio fue conformada por todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que tuvieron readmisión hospitalaria por una o más ocasiones en el año en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en el período 2019 -2021, estudiando así, a todo el universo disponible sin la necesidad del cálculo de una muestra, dando un total de 111 pacientes.

3.1.2. Criterio de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes Adultos mayores atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor con seguimiento continuo por más de 1 año.
 - Pacientes atendidos en el Área de Hospitalización del Hospital del Adulto Mayor según los registros en el sistema SIAM.
 - Pacientes con descripción de los factores asociados, estado de salud y etiología de readmisión registradas en la historia clínica en el sistema SIAM del Área De Hospitalización.
- Criterios de exclusión:
 - Reingreso hospitalaria mayor de 30 días.
 - Readmisión hospitalaria en otra casa de Salud.
 - Documentación clínica incompleta sobre las variables en estudio.
 - Readmisión hospitalaria debido a prestaciones fuera del hospital.

3.1.3. Procedimiento de recolección de la información

Se solicitó autorización al Departamento de Docencia y al servicio de Estadística del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor para que el personal de este departamento entregue la información a los investigadores (anexo 1); la cual se obtuvo de la historia clínica de cada uno de los pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Para recolectar la información solicitada se entregó al delegado del departamento de estadística una matriz con las variables de estudio que no incluyó ninguna variable que recolecte información personal de los participantes, diseñada para lograr los objetivos propuestos (anexo 2)

CAPITULO IV

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Se determinó la relación entre los factores biopsicosociales y la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 - 2021, con una población total de 111 (3.2%) pacientes readmitidos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de este estudio,

Tabla 1.

Pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Año	Total pacientes	Reingresos	Pacientes del estudio
2019	1360 (40%)	125 (3.6%)	34 (0.99%)
2020	897 (26%)	86 (2.60%)	32(0.93%)
2021	1161 (34%)	160 (4.6%)	45 (1.31%)
Total	3418 (100%)	371 (10.8%)	111 (3.2%)

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

4.1. Análisis descriptivo

4.1.1. Características sociodemográficas de los pacientes que se readmitieron en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Los pacientes que se readmitieron en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, presentaron una media de edad de 84.99 (DE \pm 7.9) años, con un mínimo de 65 y máximo 99 años. Los pacientes de sexo femenino agruparon la mayor frecuencia con el 66.7 % (n= 74), los de procedencia urbana con el 79.3 % (n= 88) y el estado civil predominante fue el de viudo con un 42.3 % (n= 47). (Tabla 2).

Tabla 2.

Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Características	N (%)
Sexo	
Masculino	37 (33.3)
Femenino	74 (66.7)
Procedencia	
Rural	23 (20.7)
Urbano	88 (79.3)
Estado civil	
Viudo	47(42.3)
Casado	38 (34.2)
Soltero	15 (13.5)
Divorciado	11 (9.9)

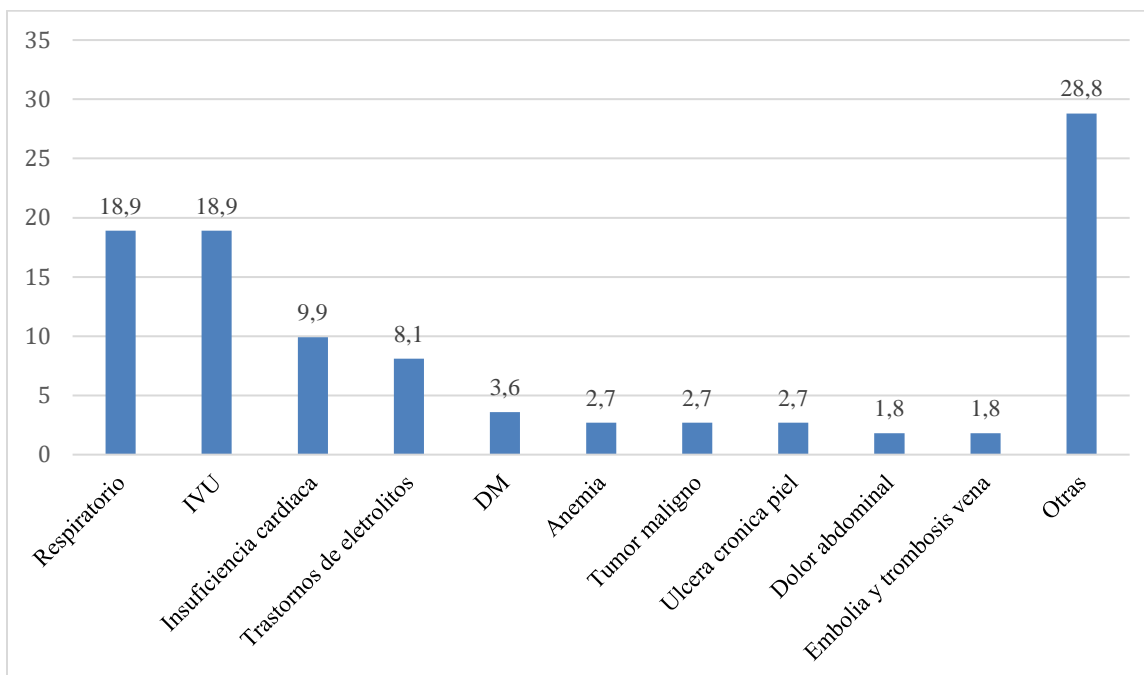
Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

Los diagnósticos de egreso y readmisión más frecuentes fueron la neumonía y neumonitis con el 18.9 % (n= 21), las infecciones de vías urinarias con un 18.9% (n= 21), la insuficiencia cardiaca congestiva con un 9.9 % (n= 11) y los trastornos del equilibrio de los electrolitos con el 8.1 % (n= 9). (Gráfico 1).

Gráfico 1.

Diagnóstico de egreso y de readmisión de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021



*Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).*

Los días de estancia hospitalaria durante el primer ingreso registraron una media de 10.92 (DE \pm 6.8) días, con un mínimo de 1 y máximo de 31; los días de estancia hospitalaria durante el reingreso registraron una media de 9.5 (DE \pm 6.5) días, con mínimo de 1 y máximo de 30 y el tiempo transcurrido entre el primer ingreso y la readmisión presentó una media de 15.64 (DE \pm 10.8) días, con mínimo de 1 y máximo de 30. Al agrupar las estancias hospitalarias del tiempo transcurrido entre el primer ingreso y la readmisión, la mayor frecuencia en todos los casos fue de más de 6 días. (Tabla 3).

Tabla 3.

Características de la hospitalización de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Características de la estancia hospitalaria	N (%)
Días de estancia en el primer ingreso	
1 a 2	5 (4.5)
3 a 4	9 (8.1)
5 a 6	7 (6.3)
Más de 6	90 (81)
Días de estancia en el reingreso	
1 a 2	13 (11.7)
3 a 4	10 (9)
5 a 6	8 (7)
Más de 6	80 (72.1)
Tiempo entre primer ingreso y readmisión	
1 a 2	8 (7)
3 a 4	12(10.8)
5 a 6	2 (2)
Más de 6	89 (80.2)

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

4.1.2. Describir los factores biopsicosociales que determinan una readmisión hospitalaria de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Respecto a las características clínicas, lo más destacado fue: el 45 % (n= 50) de los casos un predominio de peso bajo, el 92.8 % (n= 103) refirió el uso de más de 4 fármacos, el 42.3 % (n= 47) presentó anemia, el 51.4 % (n= 57) tuvo hipoalbuminemia y el 52.3 % (n= 58) hiponatremia. (Tabla 4).

Tabla 4.

Características clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Características	Frecuencia (%)
Estado nutricional	
Bajo peso	50 (45)
Normal	42 (37.8)
Sobrepeso	13 (11.7)
Obeso	6 (5.4)
Polifarmacia	
Más de 4 fármacos	103 (92.8)
Hasta 4 fármacos	8 (7.2)
Hemoglobina	
Normal	50 (45)
Anemia	47 (42.3)
Poliglobulia	14 (12.6)
Albúmina	
Hipoalbuminemia	57 (51.4)
Normal	54 (48.6)
Sodio	
Hiponatremia	58 (52.3)
Normal	50 (45)
Hipernatremia	3 (2.7)

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

Los pacientes presentaron comorbilidad alta, de acuerdo al índice de Charlson, en un 61.3 % (n= 68), deterioro cognitivo importante por índice de Pfeiffer en 42.3 % (n= 47), depresión leve con el índice de Yesavage un 28.8 % (n= 32) y dependencia moderada de acuerdo al índice de Barthel en el 34.2 % (n= 38) de los pacientes (Tabla 5).

Tabla 5.

Resultado de los índices de evaluación de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Índices	Frecuencia (%)
Comorbilidad (Índice de Charlson)	
Ausencia de comorbilidad	9 (8.1)
Comorbilidad baja	34 (30.6)
Comorbilidad alta	68 (61.3)
Deterioro cognitivo (Índice de Pfeiffer)	
Deterioro leve	21 (18.9)
Deterioro moderado	23 (20.7)
Deterioro importante	47 (42.3)
Normal	20 (18)
Depresión (Índice de Yesavage)	
Normal	26 (23.4)
Depresión leve	32 (28.8)
Depresión establecida	16 (14.4)
No valorable (Alzheimer)	37 (33.3)
Dependencia (Índice de Barthel)	
Dependencia total	17 (15.3)
Dependencia grave	21 (18.9)
Dependencia moderada	38 (34.2)
Dependencia leve	32 (28.8)
Independiente	3 (2.7)

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

El 63.1 % (n= 70) acudieron a su control; el 98.2 % (n= 109) regresaron a su domicilio cuando fueron dados de alta y el 82.9 % (n= 92) tienen cuidador (Tabla 6).

Tabla 6.

Características sociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Características	Frecuencia (%)
Acude a control	
Sí	70 (63.1)
No	41 (36.9)
Destino al alta	
Domicilio	109 (98.2)
Residencia	2 (1.8)
Presencia de cuidador	
Sí	92 (82.9)
No	19 (17.1)

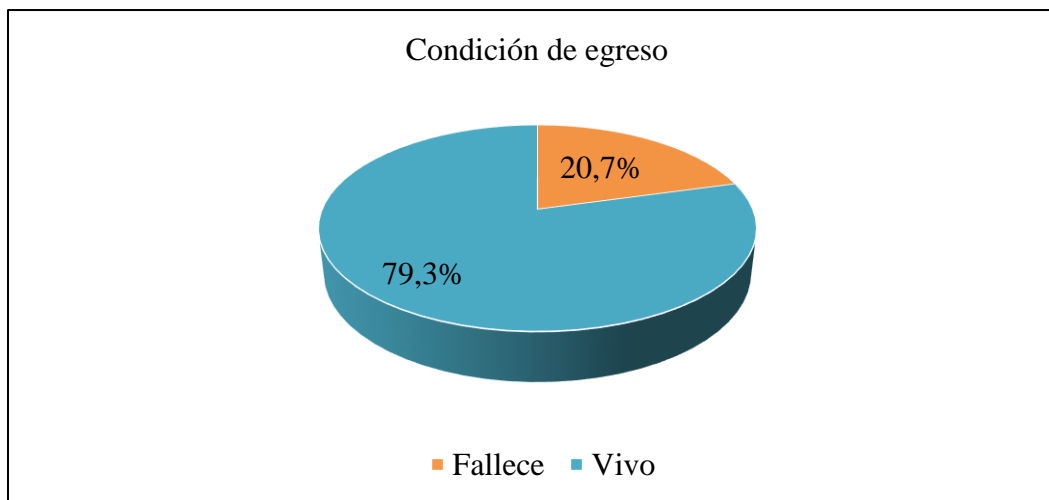
Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

En la condición de egreso más frecuente entre estos pacientes prevalecieron los vivos con 79.3 % (n= 88) y fallecidos 20.7 % (n=23). (Gráfico 2).

Gráfico 2.

Condición de egreso de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021



Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

4.2. Análisis inferencial

4.2.1. Asociación entre los factores biopsicosociales de los pacientes readmitidos en el hospital de atención integral del adulto mayor y sus factores de riesgo.

Tomando en cuenta el tiempo transcurrido entre el alta y el reintegro, entre los pacientes que permanecieron menos de 7 días antes de su nueva hospitalización, prevalecieron los de sexo femenino con un 39.5 % (n= 15), los menores de 80 años con 41.7 % (n= 10), procedencia urbana en 30.4 % (n= 7) y estado civil casado con 36.8 % (n= 14). Entre los actores biológicos, hemoglobina con niveles patológicos 32.8 % (n= 21), estado nutricional normal 28.6% (n= 12), albúmina normal 29.6 % (n= 16), sodio normal 32 % (n= 16), sin polifarmacia con 50 % (n= 50). Las patologías pulmonares prevalecieron entre los que tardaron más de 7 días para el reintegro con 86.4 % (n= 19) y cardiovasculares 76.9 % (n= 10), mientras que las infecciosas prevalecieron entre los que registraron menos de 7 días antes del reintegro con 30 % (n= 9) Entre estas variables no se evidenció asociación significativa, con un valor de $p > 0.05$. (Tabla 7).

Tabla 7.

Relación entre tiempo de alta y reintegro con factores de riesgo sociodemográficos y biológicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Tiempo entre alta y reintegro					
	Menos de 7 días N (%)	Más de 7 días N (%)	p	RR	IC 95%
Sexo					
Femenino	15 (39.5)	23 (60.5)	0.074	2.1	0.9-5
Masculino	17 (23.3)	56 (76.7)			
Edad					
Hasta 80 años	10 (41.7)	14 (58.3)	0.117	2.1	0.8-5
81 años o más	22 (25.3)	65 (74.7)			
Procedencia					
Urbano	7 (30.4)	16 (69.6)	0.849	1.1	0.4-3
Rural	25 (28.4)	63 (71.6)			

Estado civil					
Soltero	4 (26.7)	11 (73.3)			
Casado	14 (36.8)	24 (63.2)	0.148		
Viudo	10 (21.3)	37 (78.7)			
Divorciado	4 (36.4)	7 (63.6)			
Hemoglobina					
Patológico	21 (32.8)	43 (67.2)	0.280	1.5	0.6-3.7
Normal	11 (23.4)	36 (76.6)			
Estado nutricional					
Patológico	20 (29)	49 (71)	0.963	1	0.4-2.3
Normal	12 (28.6)	30 (71.4)			
Albúmina					
Patológico	16 (28.1)	41 (71.9)	0.856	0.9	0.4-2.1
Normal	16 (29.6)	38 (70.4)			
Sodio					
Patológico	16 (26.2)	45 (73.8)	0.504	0.7	0.3-1.7
Normal	16 (32)	34 (68)			
Polifarmacia					
Sí	28 (27.2)	75 (72.8)	0.289	2.8	0.3-24.4
No	4 (50)	4 (50)			
Patologías pulmonares					
Si	3 (13.6)	19 (86.4)	0.079	0.3	0.08-1.1
No	29 (32.6)	60 (67.4)			
Patologías infecciosas					
Si	9 (30)	21 (70)	0.868	1	0.4-2.7
No	23 (28.4)	58 (71.6)			
Patologías cardiovasculares					
Si	3 (23.1)	10 (76.9)	0.626	0.7	0.1-2.7
No	29 (29.6)	69 (70.4)			

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

Entre los pacientes que reingresaron antes de cumplirse los 7 días, presentaron alterado el índice de Charlson un 28.4 % (n= 29), Pfeiffer 35 % (n= 7) y alterado Yesavage 29.4 % (n= 25), con un nivel de dependencia leve, moderada, grave o total según el Índice de Barthel el 25 % (n= 19);

fallecieron el 30.4 % (n= 7) de los pacientes con menos de 7 días para el reingreso, el 31.7 % (n= 13) de estos pacientes no acudieron a sus controles. El 25 % (n= 23) tenían cuidador, entre estas últimas variables se evidenció asociación significativa, con un valor de $p < 0.05$. (Tabla 8).

Tabla 8.

Relación entre tiempo de alta y reingreso con factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Tiempo entre alta y reingreso					
	Hasta 7 días	Más de 7 días	p	RR	IC 95%
	N (%)	N (%)			
Charlson					
Alterado	29 (28.4)	73 (71.6)	0.756	0.7	0.1-3.3
Normal	3 (33.3)	6 (66.7)			
Pfeiffer					
Alterado	25 (27.5)	66 (72.5)	0.501	0.7	0.2-1.9
Normal	7 (35)	13 (65)			
Yesavage					
Alterado	25 (29.4)	60 (70.6)	0.806	1.1	0.4-3
Normal	7 (26.9)	19 (73.1)			
Barthel					
Dependencia leve/ moderada/grave/total	19 (25)	57 (75)	0.189	0.5	0.2-1
Independencia	13 (37.1)	22 (62.9)			
Acude a control					
Sí	19 (27.1)	51 (72.9)	0.608	0.8	0.3-1
No	13 (31.7)	28 (68.3)			
Presencia de cuidador					
Sí	23 (25)	69 (75)	0.050	0.3	0.1-1
No	9 (47.4)	10 (52.6)			
Egreso					
Fallecido	7 (30.4)	16 (69.6)	0.849	1.1	0.4-3
Vivo	25 (28.4)	63 (71.6)			

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

Durante el reingreso, entre los pacientes que permanecieron más de 6 días en estancia hospitalaria prevalecieron los de sexo femenino con un 68.8 % (n= 55), los mayores de 81 años con 77.5 % (n= 62), procedencia urbana 72.7 % (n= 64) y estado civil viudo con 80.9 % (n= 38). Entre los factores biológicos, la hemoglobina con niveles patológicos 53.8 % (n= 43), estado nutricional patológico 60 % (n= 48), albúmina patológica 51.3 % (n= 41), sodio patológico 57.5 % (n= 46), con polifarmacia con 91.3 % (n= 73), patologías pulmonares 86.4 % (n= 19), infecciosas 86.7 % (n= 26) y cardiovasculares 84.6 % (n= 11). Entre estas variables no se evidenció asociación significativa, con un valor de $p > 0.05$. (Tabla 9).

Tabla 9.

Relación entre estancia hospitalaria al reingreso y factores de riesgo sociodemográficos y biológicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Estancia hospitalaria al reingreso					
	Más de 6 días	Hasta 6 días	p	RR	IC 95%
	N (%)	N (%)			
Sexo					
Femenino	55 (68.8)	19 (61.3)	0.298	0.7	0.3-1.7
Masculino	25 (31.3)	12 (38.7)			
Edad					
Hasta 80 años	18 (22.5)	8 (25.8)	0.445	1.1	0.4-3.1
81 años o más	62 (77.5)	23 (74.2)			
Procedencia					
Rural	16 (69.6)	7 (30.4)	0.763	1.1	0.4-3.1
Urbano	64 (72.7)	24 (27.3)			
Estado civil					
Soltero	11 (73.3)	4 (26.7)	0.228		
Casado	23 (60.5)	15 (39.5)			
Viudo	38 (80.9)	9 (19.1)			
Divorciado	8 (72.7)	3 (27.3)			
Hemoglobina					
Patológico	43 (53.8)	21 (67.7)	0.130	1.8	0.7-4.3
Normal	37 (46.3)	10 (32.3)			
Estado nutricional					
Patológico	48 (60)	21 (67.7)	0.298	1.4	0.5-3.3
Normal	32 (40)	10 (32.3)			

Albúmina					
Patológico	41 (51.3)	16 (51.6)	0.571	1	0.4-2.3
Normal	39 (48.8)	15 (48.4)			
Sodio					
Patológico	46 (57.5)	15 (48.4)	0.256	0.6	0.3-1.5
Normal	34 (42.5)	16 (51.6)			
Polifarmacia					
Sí	73 (91.3)	30 (96.8)	0.289	2.8	0.3-24.4
No	7 (8.8)	1 (3.2)			
Patologías pulmonares					
Si	19 (86.4)	3 (13.6)	0.480	0.6	0.1-2.3
No	71 (79.8)	18 (20.2)			
Patologías infecciosas					
Si	26 (86.7)	4 (13.3)	0.361	0.5	0.1-1.8
No	64 (79)	17 (21)			
Patologías cardiovasculares					
Si	11 (84.6)	2 (15.4)	0.729	0.7	0.1-3.6
No	79 (80.6)	19 (19.4)			

*Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).*

Entre los pacientes que permanecieron más de 6 días de estancia hospitalaria durante el reingreso, presentaron alterado el índice de Charlson un 100 % (n= 31), Pfeiffer 77.4 % (n= 24), Yesavage 71 % (n= 22) y nivel de dependencia leve, moderada, grave o total según el Índice de Barthel el 96.8 % (n= 30); el 71 % (n= 22) de estos pacientes acudieron a sus controles y el 83.9 % (n= 26) tenían cuidador. El 71 % (n= 22) de los pacientes con más de días de estancia hospitalaria al reingreso, egresaron vivos. Entre estas variables no se evidenció asociación significativa, con un valor de $p > 0.05$. (Tabla 10).

Tabla 10.

Relación entre estancia hospitalaria al reingreso y factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 - 2021

Estancia hospitalaria al reingreso					
	Más de 6 días	Hasta 6 días	p	RR	IC 95%
	N (%)	N (%)			
Charlson					
Alterado	31 (100)	71 (88.8)	0.051	0.6	0.6-0.7
Normal	0 (0)	9 (11.3)			
Pfeiffer					
Alterado	24 (77.4)	67 (83.8)	0.301	0.6	0.2-1.8
Normal	7 (22.6)	13 (16.3)			
Yesavage					
Alterado	22 (71)	63 (78.8)	0.264	0.6	0.2-1.6
Normal	9 (29)	17 (21.3)			
Barthel					
Dependencia leve/ moderada/grave/total	30 (96.8)	78 (97.5)	0.630	1.3	0.1-14.8
Independencia	1 (3.2)	2 (2.5)			
Acude a control					
Sí	22 (71)	48 (60)	0.197	1.6	0.6-3.9
No	9 (29)	32 (40)			
Presencia de cuidador					
Sí	26 (83.9)	66 (82.5)	0.554	1.1	0.3-3.3
No	5 (16.1)	14 (17.5)			
Egreso					
Fallecido	9 (29)	14 (17.5)	0.140	1.9	0.7-5.0
Vivo	22 (71)	66 (82.5)			

*Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).*

Los pacientes con más de 81 años presentaron estado nutricional patológico en el 61.2 % (n= 52) de los casos, polifarmacia 94.1 % (n= 80), hemoglobina patológica 60 % (n= 51), albúmina alterada 50.6 % (n= 43) y sodio patológico en el 52.9 % (n= 45) de los casos. Entre estas variables no se evidenció asociación significativa, con un valor de $p > 0.05$. (Tabla 11).

Tabla 11.

Relación entre edad y factores de riesgo biológico de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Edad					
	81 años o más	Hasta 80 años	p	RR	IC 95%
	N (%)	N (%)			
Estado nutricional					
Patológico	52 (61.2)	17 (65.4)	0.442	0.8	0.3-2.0
Normal	33 (38.8)	9 (34.6)			
Polifarmacia					
Sí	80 (94.1)	23 (88.5)	0.278	2.0	0.4-9.3
No	5 (5.9)	3 (11.5)			
Hemoglobina					
Patológico	51 (60)	13 (50)	0.249	1.5	0.6-3.6
Normal	34 (40)	13 (50)			
Albúmina					
Patológico	43 (50.6)	14 (53.8)	0.474	0.8	0.3-2.1
Normal	42 (49.4)	12 (46.2)			
Sodio					
Patológico	45 (52.9)	16 (61.5)	0.294	0.7	0.2-1.7
Normal	40 (47.1)	10 (38.5)			

Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).

Los pacientes con más de 81 años presentaron alteraciones en el índice de Charlson en el 94.1 % (n= 80) de los casos, Pfeiffer 85.9 % (n= 73), Yesavage 81.2 % (n= 69), entre estas variables se evidenció una asociación estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0.05 y riesgo de 2.695 (IC 95% 1 -7) veces mayor probabilidad de que los mayores de 81 años presenten el índice de Yesavage alterado. El nivel de dependencia leve, moderada, grave o total, de acuerdo al índice de Barthel con un 98.8 % (n= 84), acudían a control en el 63.5 % (n= 54) y tenían cuidador el 87.1 % (n= 74) de los pacientes, entre estas variables se evidenció asociación significativa, con un valor de p menor a 0.05, con un riesgo de 2.990 (IC 95% 1-8.5) veces mayor probabilidad de que los pacientes mayores de 81 años tengan un cuidador. Entre los pacientes mayores de 81 años, falleció el 20 % (n= 17) de estos (Tabla 12).

Tabla 12.

Relación entre edad y factores de riesgo psicosociales de los pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021

Edad					
	81 años o más N (%)	Hasta 80 años N (%)	p	RR	IC 95%
Charlson					
Alterado	80 (94.1)	22 (84.6)	0.128	2.9	0.7-11.7
Normal	5 (5.9)	4 (15.4)			
Pfeiffer					
Alterado	73 (85.9)	18 (69.2)	0.055	2.7	0.9-7.5
Normal	12 (14.1)	8 (30.8)			
Yesavage					
Alterado	69 (81.2)	16 (61.5)	0.039	2.6	1 -7
Normal	16 (18.8)	10 (38.5)			
Barthel					
Dependencia moderada/grave/total	84 (98.8)	24 (92.3)	0.136	0.1	0.01-1.6
Independiente/dependencia leve	1 (1.2)	2 (7.7)			
Acude a control					
Sí	54 (63.5)	16 (61.5)	0.515	1.08	0.4-2.6
No	31 (36.5)	10 (38.5)			
Presencia de cuidador					
Sí	74 (87.1)	18 (69.2)	0.039	2.9	1-8.5
No	11 (12.9)	8 (30.8)			
Egreso					
Fallecido	17 (20)	6 (23.1)	0.464	0.8	0.2-2.3
Vivo	68 (80)	20 (76.9)			

*Fuente: Historias clínicas Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor
Elaborado por: Dra. Esther Esmeraldas y Dr. Alexis Pujota (2022).*

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El promedio de reingresos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor durante el periodo de estudio fue de 10.8%, oscilando desde un 9.2 a 13.8% en cada año, estas cifras están un poco por debajo de las registradas por Vélez (2017), quien en un estudio realizado en un hospital de la ciudad de Quito, estimó una frecuencia de reingresos del 15.3%, mientras que estos resultados se asemejan a los obtenidos por los autores Caballero, Ibañez, Suarez, & Acevedo, (2016), quienes registraron un 10.1% de reingresos en un periodo de un año.

Los pacientes que se readmitieron en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, presentaron una media de edad de 84.99 años y prevalencia de sexo femenino con el 66.7 %, aspectos semejantes a los evidenciados en el estudio de Albito, (2017) en la ciudad de Loja, cuyos pacientes tenían predominio de sexo femenino, sin embargo, con menos edad promedio (74 años), de igual manera, en el estudio de Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, (2017), los autores refieren predominio de mujeres entre sus pacientes y con edades aún más jóvenes registrando una media de 59 (DE \pm 15), por su parte, Vélez (2017) evidenció de igual manera predominio del sexo femenino, sin embargo, ese estudio no encontró significancia estadística en sus resultados, por el contrario, los resultados del estudio de Caballero, Ibañez, Suarez, & Acevedo, (2016), registraron una leve prevalencia de pacientes masculinos con 10.9% sobre los pacientes femeninos con 9.5%.

En cuanto a la procedencia de los participantes de este estudio, el 79.3 % vivían en zonas urbanas, aspecto que se asemeja a los hallazgos de Vélez, (2017) quien refiere una procedencia urbana en el 88.1% de su muestra.

Los diagnósticos de egreso y readmisión más frecuentes fueron enfermedades respiratorias con el 18.9 %, las infecciones de vías urinarias con un 18.9 % y la insuficiencia cardiaca congestiva con un 9.9 %, aspectos en los que se concuerda con los hallazgos de Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, (2017), quienes comentan que los principales diagnósticos de su estudio fueron las enfermedades cardiovasculares (31.2%) y los procesos infecciosos (12.3%). Por su parte Mudge, et al., (2011), confirma con su estudio la relación entre la presencia de enfermedades crónicas y la posibilidad de reingresos hospitalarios en este grupo etario de pacientes, mientras que los

investigadores Caballero, Ibañez, Suarez, & Acevedo, (2016), afirman que en su estudio las patologías hematológicas fueron las causas de reingreso más frecuente seguidas del sistema circulatorio y las neoplasias.

Los días de estancia hospitalaria durante el reingreso registraron una media de 9.51 ($DE \pm 6.5$) días y al agrupar las estancias hospitalarias y el tiempo transcurrido entre el primer ingreso y la readmisión, la mayor frecuencia en todos los casos fue de más de 6 días, aspecto donde se concuerda con el estudio de Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, (2017), cuyo promedio de días fue de 5 días y con Caballero, Ibañez, Suarez, & Acevedo, (2016) de 7.07 días. Adicionalmente, los días transcurridos entre el alta inicial y el reingreso fueron más de 6 días en el 80.2 % de los casos en este estudio, aspecto en el que se difiere con el estudio de Vélez, (2017) quien señala que el 48.8 % de sus pacientes duraron de 8 a 0 días como tiempo transcurrido hasta la readmisión.

En este estudio, respecto a las características clínicas, lo más destacado fue el peso bajo en el 45 %, el 42.3 % de los pacientes presentó anemia, el 51.4 % tuvo hipoalbuminemia y el 52.3 % hiponatremia, aspecto en el que se concuerda con Rubio (2017), cuyos pacientes con reingreso hospitalario presentaron hipoalbuminemia en el 77.8% de los casos, al contrario de lo referido por el investigador Albito, (2017), quien en su estudio refiere que estos parámetros se encontraban en su mayoría dentro de límites normales concluyendo que los pacientes participantes en su estudio se encontraban en un buen estado de salud nutricional.

Entre los resultados obtenidos se registró un mayor porcentaje de comorbilidad alta en el 61.3% de los pacientes, aspecto que difiere con los hallazgos de Rubio (2017) en cuya investigación los pacientes con reingreso presentaron mayor porcentaje de comorbilidad baja en un 50.3%.

Los pacientes de este estudio presentaron depresión leve de acuerdo con el índice de Yesavage en un 28.8 %, cifras que concuerdan con los hallazgos de Pederson, Warkentin, Majumdar, & McAlister, (2016), quienes aseguran que el 20.4 % de sus pacientes al momento del alta presentaban depresión, por su parte los investigadores Mudge, et al., (2011) y Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, (2017) evidenciaron la presencia de depresión en los participantes de su trabajo, tomando en cuenta que en ambos estudios se comportó como un factor de riesgo de readmisión. Adicionalmente, los pacientes del presente estudio presentaron una dependencia

moderada en el 34.2% de los casos, lo que se asemeja a los resultados de Rubio (2017), quien refiere que el 65.5% de los pacientes de su estudio presentaban algún grado de dependencia.

En cuanto al destino de los pacientes, se evidenció que al momento del alta un 98.2 % regresó a su domicilio, aspecto en el cual se concuerda con Rubio (2017), quien refiere que los pacientes de su estudio regresaron a sus hogares luego del alta en un 99.5% de los casos.

En este estudio, el 82.9 % de los pacientes tenían un cuidador, evidenciándose asociación significativa, como factor protector para evitar la readmisión de los pacientes, aspecto que es señalado también por autores como Flythe, Hilbert, Kshirsagar, & Gilet, (2017) y Carter, Ward, Thorndike, Donelan, & Wexler, (2020) quienes señalan el apoyo social como un factor importante para evitar la readmisión del paciente adulto mayor. Este aspecto también es reseñado por los autores Altamirano Llinin & Orozco Reyes, (2019), quienes en sus resultados resaltan que al menos el 15% de sus pacientes tuvieron un reingreso hospitalario relacionado con la falta de cuidador y un 60 % por falta de conocimiento de autocuidado, factor que de igual manera se puede solventar con la presencia del cuidador.

En los resultados se registró un 20.7% de pacientes fallecidos, cifra muy por encima de los resultados emitidos en la investigación de Caballero, Ibañez, Suarez, & Acevedo, (2016) quienes refieren un 5.8 % de fallecidos entre los pacientes con reingreso hospitalario.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- El resultado de la investigación de la readmisión hospitalaria en pacientes atendidos en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, en el período 2019 -2021, concluyó que los pacientes de sexo femenino tienen mayor reingreso que los hombres presentando las siguientes características, mayores de 85 años, viudos y de procedencia urbana, sin embargo, los resultados no evidenciaron asociación estadísticamente significativa.
- Los diagnósticos más frecuentes de la readmisión fueron enfermedades del sistema respiratorio, cardiovascular y los procesos infecciosos, siendo las características clínicas predominantes el bajo peso, anemia, hipoalbuminemia, alta comorbilidad y la polifarmacia.
- Los pacientes permanecieron hospitalizados durante la readmisión por más de 10 días en promedio con un aproximado de 15 días de tiempo transcurrido entre el primer ingreso y la readmisión.
- Entre los aspectos psicosociales se evidenció alta frecuencia de pacientes con deterioro cognitivo, depresión leve y dependencia moderada, egresados vivos, la mayoría a su domicilio con cuidador y asistencia a consultas de control.
- Existe asociación entre edad mayor de 81 años con la presencia de cuidador y el índice de Yesavage alterado.
- La presencia del cuidador fue un factor protector para la readmisión hospitalaria.
- No se evidenció asociación entre el resto de las variables del estudio y la readmisión de los pacientes.

6.2. Recomendaciones

- Se recomienda tomar en cuenta factores como edad, sexo, el deterioro cognitivo y la presencia de comorbilidades como posibles factores de riesgo para la readmisión de los pacientes.
- Al momento de alta hospitalaria realizar intervenciones de fortalecimiento en el estado de ánimo y reforzar las indicaciones de alta.
- La ausencia de cuidador debe ser considerado como un importante riesgo de readmisión.
- Mantener estudios similares para seguir estableciendo los actores de riesgo de readmisión en pacientes adulto mayor en otros centros de salud incluyendo mayor cantidad de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia Nacional de Medicina de México. (2013). Características y consecuencias de la anemia en ancianos. *Rev. Fac. Med. (Méx.)*, 56(6), 1-3. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000900009#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20Organizaci%C3%B3n,g%20en%20los%20hombres.
- Alavi, M., Baharlooei, O., & Adelmehraban, M. (Nov-Dec de 2017). Do Psychosocial factors predict readmission among diabetic elderly patients? *Iran J Nurs Midwifery Res*, 22(6), 460-464. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684794/>
- Albito, A. (2017). *Estado nutricional de los adultos mayores del centro gerontológico de la ciudad de Saraguro*. Tesis, Universidad Nacional de Loja, Facultad de Salud Humana, Loja. Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19549/1/Estado%20Nutricional%20Adulto%20Mayor.pdf>
- Alper, E., O'Malley, T., & Greenwald, J. (2022). Alta hospitalaria y readmisión. *UpToDate*. Obtenido de https://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission?search=hospital-discharge-and-&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Altamar, Z., & Martínez, C. (2017). *Diseño de un modelo de categorización del riesgo de reingreso para pacientes egresados de urgencias y hospitalización en clínicas de Barranquilla*. Tesis, Universidad de la Costa, Barranquilla, Colombia. Obtenido de <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/335>
- Altamirano Llinin, J., & Orozco Reyes, M. (2019). Factores que influyen en el reingreso hospitalario. *Ciencia Digital*, 3(2.6), 302.
- Alvarado, E., Lozada, M., & Suárez, G. (2019). Factores relacionados al reingreso hospitalario de pacientes con diabetes 2: resultados de un plan piloto. *Reciamuc*, 3(3). Obtenido de <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/278>

- Amado, J., Vásquez, R., Huari, R., & Palacios, A. (2015). Readmisión frecuente de pacientes al servicio de emergencia de adultos en un hospital terciario de Lima Perú. 2012. *Rev Soc Peruana de Med Interna*, 28(4). Obtenido de http://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2015/revista_28_4_2015/2_articulo_original.pdf
- Bensken , W., Alberti, P., & Koroukia, S. (may de 2021). Health related social needs and increased readmission rates: findings from the nationwide readmissions database. *J Gen Intern Med* , 36(5), 1173-1180. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33634384/>
- Caballero, A., Ibañez, M., Suarez, I., & Acevedo, J. (2016). Frecuencia de reingresos hospitalarios y factores asociados en afiliados a una administradora de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 32(7). Obtenido de <https://www.scielo.br/j/csp/a/5nKrqCxztfXxVKYxQpNvpsq/?format=pdf&lang=es>
- Calvillo, L., Arnold, D., Eubank, K., Lo, M., Yunyongying, P., & Stieglitz, H. (2013, Feb). Impact of social factors on risk of readmission or mortality in pneumonia and heart failure:systematic review. *J gen intern Med*, 28(2), 269-82. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23054925/>
- Carter, J., Ward, C., Thorndike, A., Donelan, K., & Wexler, D. (Feb de 2020). Social factors and patient perceptions associated with preventable hospital readmissions. *J Patient Exp*, 7(1), 19-26. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32128367/>
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 28(2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009
- Constitución de la República del Ecuador* . (s.f.). . Registro Oficial 449, 20 de 2008.
- Coventry, P., Gemmell, I., & Todd, C. (2011). Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study . *BMC Pulmonary medicine*, 11(49). Obtenido de <https://bmcpulmmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2466-11-49>

- Crossen-Alf ezares, J., Toomey, I., & Doherty, M. (2006). Estrategias para reducir las hospitalizaciones no planificadas de pacientes de atención domiciliaria: un ENFOQUE PASO A PASO. *Enfermera de salud en el hogar*, 24(6), 368-76. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16849942/>
- Dawson, N., Hull, B., Vijapura, P., Dumitrascu, A., Ball, C., & Burton, C. (2021). Home Telemonitoring to Reduce Readmission of High-Risk Patients: a Modified Intention-to-Treat Randomized Clinical Trial. *J Gen Intern Med*, 36(11), 3395-3401. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33506388/>
- Espinel-Bermúdez, M., Sánchez-García, S., Juárez-Cedillo, T., García-González, J., Viveros-Pérez,  ., & García-Peña, C. (2011). Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. *Salud Pública de México*, 53(1), 17-25. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/106/10619407004.pdf>
- Estrada, D., López, M., Martín, E., Soriano, R., & Grau, J. (2014). Reingresos hospitalarios en un servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel. *Index Enferm*, 23(4). Retrieved from https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300003
- Flores, M. (2015). *Determinación de albúmina y nitrógeno urinario para valoración de malnutrición en pacientes de la tercera edad del asilo de ancianos de la ciudad de Ambato*. Tesis, Universidad Técnica de ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Ambato. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/10100/1/Flores%20ChiliQuinga%2C%20Mar%2C%20de%20los%20%2C%20Ingeles.pdf>
- Flythe, J., Hilbert, J., Kshirsagar, A., & Gilet, C. (2017). Psychosocial factors and 30 day hospital readmission among individuals receiving maintenance dialysis. a prospective study. *Am J Nephrol*, 45(5), 400-408. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483850/>
- Formiga, F., & Ruiz, D. (2017). El sodio, un parámetro geriátrico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 59-60. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-el-sodio-un-parametro-geriatrico-S0211139X16301627

- Goldman, E., Sarkar, U., Kessell, E., Guzman, D., Schneidermann, M., & Kushel, M. (2014). Support from hospital to home for elders: a randomized trial. *Ann Intern Med*, *161*(7), 472-81. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25285540/>
- Guerrero, N., & Yépez, M. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de. *Rev Univ. salud.*, *17*(1), 121-131. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Hu, J., Gonsahn, M., & Nerenz, D. (2014). Socioeconomic status and readmissions: evidence from an urban teaching hospital. *Health Aff (Millwood)*, *33*, 778-85. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24799574/>
- Jack, B., Chetty, V., Anthony, D., Grenwald, J., Sanchez, G., & Culpepper, L. (2009). A Reengineered Hospital Discharge Program to Decrease Rehospitalization. *Ann Intern Med.*, *150*(3), 178-187. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2738592/>
- Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J., & Iacaille, S. (2011). Una nueva intervención multimodal de planificación del alta geriátrica para prevenir visitas de emergencia y rehospitalizaciones de adultos mayores: la optimización de la medicación en el ensayo controlado aleatorio multicéntrico AGEd. *J Am Geriatr Soc*, *59*(11), 2017-28. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22091692/>
- Leppin, A., Gionfriddo, M., Kessler, M., Brito, J., Mair, F., & Gallacher, K. (2014). Preventing 30 day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern med*, *174*, 1095-1107. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4249925/>
- Lorén, L., & Gascón, A. (2011). Variables biopsicosociales relacionadas con la duración de la estancia hospitalaria en personas mayores. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *19*(6). Obtenido de <https://www.scielo.br/j/rlae/a/j5kgLw9648TPFbwXqTfwYsf/?format=pdf&lang=es>

- Martín, M., Carmona, R., Escortell, E., Rico, M., & Sarría, A. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Atón Primaria.*, 43(3), 117-124. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025000/>
- MSP. (2019). *Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor*. Obtenido de <https://haiam.gob.ec/index.php/transparencia/rend/2019>
- Mudge, A., Kasper, K., Clair, A., Redfern, H., Bell, J., & Barras, M. (2011). Recurrent readmissions in medical patients: a prospective study. *J Hosp Med*, 6, 61-7. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20945294/>
- Murray, F., Allen, M., Clark, C., Daly, C., & Jacobs, D. (2021). Sociodemographic and economic factors associated with 30 day readmission for conditions targeted by the hospital readmissions reduction program. a population based study. *BMC Public Health*, 21, 1922. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8540163/>
- Nagasako, E., Reidhead, M., Waterman, B., & Dunagana, C. (May de 2014). Adding socioeconomic data to hospital readmissions calculations may produce more useful results. *Health Aff (Millwood)*, 33(5), 786-791. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079850/>
- Ojeda-Mendez, C., Palomino-Pacichana, D., Bejarano-Barragán, L., Ocampo-Chaparro, J., & Reyes-Ortiz, C. (2021). Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Acta Med Colomb*, 46(1). Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-24482021000100007&script=sci_arttext&tlng=es
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- OPS. (2022). *Envejecimiento Saludable*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Pederson, J., Warkentin, L., Majumdar, S., & McAlister, F. (2016). Depressive symptoms are associated with higher rates of readmission or mortality after medical hospitalization. a

- systematic review and meta-analysis. *J Hosp med* , 11, 373-380. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5066695/>
- Pérez, G. (2017). *Impacto de un programa de gestión de casos a pacientes crónico complejos*. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Barcelona. Obtenido de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457349/GPG_TESIS.pdf?sequence=1
- Quispe, T., Ticse, R., Gálvez, M., & Varela, L. (2013). Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4), 635-40. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a16v30n4>
- Rodríguez, S. (28 de septiembre de 2015). *Red Latinoamericana de Gerontología* . Obtenido de <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=330>
- Rubio, R. (2017). *Factores asociados a la readmisión hospitalaria en el departamento de medicina del hospital nacionak Edgardo Rebagliati Martins 2017*. Tesis, Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana, Lima, Perú. Obtenido de https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3257/rubio_rii.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Silverstein, M., Qin, H., Mercer, S., Fong, J., & Haydar, Z. (2008). Risk factors for 30 day hospital readmission in patients >65 years of age. *Proceedings (Baylor University medical Center)*, 21, 363-72. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566906/>
- Strunin, L., Stone, M., & Brian, J. (Sep de 2007). Understanding rehospitalization risk: can hospital discharge be modified to reduce recurrent hospitalization? *J Hosp Med*, 2(5), 297-304. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935257/>
- Trudy, R. (2018). MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES. *PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR*, 68.
- Van Walraven, C., Dhalla, I., Bell, J., Etchells, E., Stiell, I., & Forster, A. (2010). Derivación y validación de un índice para predecir muerte prematura o readmisión no planificada después del alta hospitalaria a la comunidad. *CMAJ*, 182(6), 551-7. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20194559/>

- Vélez, P. (2017). *Prevalencia de readmisión de pacientes adultos atendidos en emergencia del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1 de Quito. Enero - Abril 2017*. Tesis, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Quito. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16519/1/T-UCE-0006-CME-072-P.pdf>
- Zurek, K., Boswell, C., Miller, N., Pecina, J., Decker, M., & Wi, C. (2022, jun 22). Association of early and late hospital readmissions with a novel housing-based socioeconomic measure. *Health Serv Res Manag Epidemiol*, 9, 23333928221104644. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9234927/>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE RECOLECCION DE DATOS

#	CODIGO	EDAD	SEXO	PROCEDENCIA	ESTADO CIVIL	DIAGNOSTICO EGRESO PRIMER HOSPITALIZACION	DIAGNOSTICO DE READMISION	DH IER INGRESO	DH READMISIÓN
1	8990	98	2.MUJER	2.URBANO	3.VIUDO	INFECCION DE VIAS URINARIAS N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO N390	9	9
2	9542	91	2.MUJER	1.RURAL	1.SOLTERO	OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO L088	OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO	7	10
3	18865	82	2.MUJER	1.RURAL	3.VIUDO	INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA I509	INSUFICIENCIA CARDIACA	9	7

TIEMPO ENTRE INGRESO Y	HB	ALBUMINA	SODIO	IMC	POLIFARMACIA	UMERO DE FARMACOS	INDICE DE CHARLSON	PFEIFFER
21	11,3	4,1	137	23,19	> 4 FARMACOS	6,00	1. AUSENCIA DE COMORBILIDAD	0-2: normal
24	10,8	2,4	130	24	> 4 FARMACOS	5	3. COMORBILIDAD ALTA	8- 10: important
30	17	3,99	125	45	> 4 FARMACOS	8,00	3. COMORBILIDAD	8- 10: important

YESAVAGE	BARTHEL	ACUDE A CITA DE CONTROL	DESTINO AL ALTA DE PRIMERA HOSPITALIZACION	PRESENCIA DE CUIDADO	CONDICION DE EGRESO	AÑO DE INGRESA
>10: depresión establecida	20-35= dependencia grave	1. SI	DOMICILIO	SI	VIVO	2021
No valorable: AIZEHIMER	0 a 20= dependencia total	1. SI	DOMICILIO	SI	VIVO	2021
0-5: normal.	>60= dependencia leve	1. SI	DOMICILIO	SI	VIVO	2021

ANEXO 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Tipo
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad	Años cumplidos	Años cumplidos	Cuantitativa
Sexo	Condición orgánico funcional que distingue entre hombre y mujer	Sexo	Sexo	Femenino Masculino	Cualitativa
Lugar de procedencia	El sitio donde nace o deriva.	Sitio donde proviene	Lugar de procedencia	1 Rural 2 Urbano	Cualitativa
Estado civil	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otros y que son reconocidos jurídicamente	Estado civil	Estado civil actual	1 Soltero 2 Casado 3 Viudo 4 Divorciado	Cualitativa
Causa de egreso hospitalario previo	Etiología tratada previo a la salida del establecimiento de un paciente internado	Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª revisión – CIE-10	Nombre de la enfermedad principal por la que egreso	Neumonía Infección de vías urinarias Fractura de cadera Entre otros	Cualitativa
Causa de readmisión Hospitalaria	Etiología de hospitalización de un paciente que se produce en un período determinado tras uno previo	Clasificación Internacional de las Enfermedades, 10ª revisión – CIE-10	Nombre de la enfermedad principal por la que egreso	Neumonía Infección de vías urinarias Fractura de cadera Entre otros	Cualitativa
Días de estancia hospitalaria en primer ingreso hospitalario	Número de días comprendidos entre la primer fecha de admisión y la fecha de egreso	Días de hospitalización	Días de hospitalización	1-2 3-4 5-6 Más de 6	Cuantitativa
Días de estancia hospitalaria en readmisión	Número de días comprendidos entre la fecha de readmisión y la fecha de egreso	Días de hospitalización	Días de hospitalización	1-2 3-4 5-6 Más de 6	Cuantitativa
Hemoglobina	Hemoproteína que transporta dióxido de oxígeno desde los órganos respiratorios hasta los tejidos	Valor de hemoglobina en laboratorio	Alteración de los niveles de hemoglobina	Anemia Normal Poliglobulia	Cualitativa
Albúmina	Proteína producida por el hígado.	Valor de Albúmina en laboratorio	Alteración de los niveles de albúmina	Hipoalbuminemia Normal Hiperalbuminemia	Cualitativa

Sodio	Macromineral que posee importantes funciones en la regulación de las concentraciones de los medios acuosos	Valor del Nivel de Sodio plasmático	Hiponatremia Normal Hipernatremia	Hiponatremia Normal Hipernatremia	Cualitativa
Estado nutricional	Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo	Cálculo de IMC	IMC	< 23: bajo peso o enflaquecido 23.1-27.9: normal 28-31.9: sobrepeso >32: obeso	Cualitativa
Polifarmacia	Según la OMS, consumir más de cuatro medicamentos simultáneamente con prescripción o sin prescripción médica.	Cantidad de fármacos administrados	Número de fármacos	>4 fármacos ≤4 fármacos	Cualitativa
Índice de comorbilidad	Evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto	Carga de patología	Índice de Charlson (factor de riesgo)	Ausencia de comorbilidad: 0-1 punto Comorbilidad baja: 2 puntos Comorbilidad alta > 3	Cualitativa
Estado cognitivo	Facultad de un ser vivo para procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información.	Valoración cognitiva	Test de Pfeiffer	0-2 : normal 3- 4: leve deterioro cognitivo 5-7 : : moderado 8- 10: importante	Cualitativa
Estado depresivo. Factor asociado	Grupo de afecciones asociadas a los cambios de humor de una persona, como la depresión	Escala de Depresión	Test Yesavage	0-5: normal. 6-9: depresión leve. >10: depresión establecida.	Cualitativa
Actividades básica de la vida diaria (ABVD) Al egreso hospitalario previo.	Capacidad del adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria en forma independiente. Índice de Barthel: Escala estandarizada, aceptada universalmente, para valoración de las actividades de la vida diaria en el adulto mayor	Dependencia funcional	Índice de Barthel	0 a 20= dependencia total 20-35= dependencia grave 40-55= dependencia moderada >60= dependencia leve 100= independiente	Cualitativa
Cumplimiento de citas médica subsecuente	Consulta subsiguiente a la primera otorgada a una persona, por una	Chequeos médicos	Citas médicas	Si No	Cualitativa

	determinada enfermedad, en el año de información	posteriores al alta.	subsecuentes		
Presencia de cuidador en domicilio	Un cuidador es una persona que brinda ayuda a otra que lo necesita, como a un cónyuge o pareja enfermo	Persona que presta atención individualizada.	Cuidador	Si No	Cualitativa
Destino al Alta	Lugar donde ira el paciente posterior al alta	Lugar donde estuvo después de su egreso	Destino al Alta	Domicilio solo Domicilio con cuidador Casa de familiares Institución	Cualitativa

Elaborado por: Elaborado por los autores