

# Cuidado de transición: calidad y seguridad de la atención en personas con condiciones crónicas de salud

MARÍA CECILIA ARECHABALA MANTULIZ<sup>1,a</sup>,  
NOELIA ROJAS SILVA<sup>1,a</sup>, MARCELA GONZÁLEZ MADRID<sup>1,a</sup>,  
CLAUDIA BUSTAMANTE TRONCOSO<sup>1,a</sup>,  
CLAUDIA ALCAYAGA ROJAS<sup>1,a</sup>, GLORIA ROJAS DÍAZ<sup>2,b</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud del Adulto y Senescente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Biblioteca de San Joaquín, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

<sup>a</sup>Enfermera.

<sup>b</sup>Bibliotecóloga.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

En el marco de la investigación "Evaluación del efecto del CT sobre la funcionalidad, la re hospitalización y la calidad de vida de pacientes post ACV y sus cuidadores" (SA16I0100) financiada por el Fondo de Investigación en Salud (FONIS).

Recibido el 19 de enero de 2022, aceptado el 23 de mayo de 2022.

Correspondencia a:

Noelia Rojas

Departamento de Salud del Adulto y Senescente

Escuela de Enfermería,

Pontificia Universidad Católica de

Chile. Santiago, Chile.

nprojas@uc.cl

## Transitional care for people with chronic health conditions

*People with chronic conditions and elderly frequently use different levels of health care. If those are not coordinated, patients are exposed to complications and adverse effects. To avoid this, the implementation of transitional care (TC) is proposed, which includes the coordination and follow-up of users through the different care settings. We aimed to analyze the concept of transitional care, its characteristics and impact on people with chronic conditions. A search of articles published between 2012 and 2019 in Google Scholar, MEDLINE, CINAHL and Cochrane Library databases was conducted looking for articles related to the concept of transitional care, characteristics, and impact on people with chronic conditions. Several models of TC have been formulated and the literature identifies common interventions, namely telephone follow-up, outpatient clinics and home visits for self-management support. Reports show that TC reduces re-hospitalizations, care costs, increases quality of life and user satisfaction with the health system.*

(Rev Med Chile 2022; 150: 664-671)

**Key words:** Chronic Disease; Hospitalization; Self-Management; Transitional Care; Quality of Life.

En los países en desarrollo, la transición epidemiológica ha condicionado cambios en los problemas de salud más prevalentes, desde enfermedades materno-infantiles e infecto-contagiosas a las no transmisibles, específicamente enfermedades crónicas (EC)<sup>1</sup>.

El cuidado de personas con EC considera controles periódicos, atenciones de urgencia, que inciden en la economía de los países<sup>2-5</sup>.

El incremento y complejidad de la atención hospitalaria dificulta la continuidad del cuidado cuando los usuarios son derivados a la atención primaria<sup>6,7</sup>, comprometiendo la calidad y seguridad asistencial debido a fallas en la comunicación

entre ambos centros de salud. Esto cobra relevancia debido al alta precoz implementada para controlar tiempos de espera, y otorgar a las personas atención en su entorno habitual, mediante la atención domiciliaria<sup>8-11</sup>.

Si la transición al hogar no es planificada y monitoreada, puede generar consecuencias como reingresos hospitalarios, eventos adversos e incluso la muerte<sup>2</sup>.

Estudios en Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.) muestran que 25% de las readmisiones hospitalarias pudieran deberse a ausencia de procesos de transición<sup>12</sup> y que una de cada cinco personas es rehospitalizada en los 30 días pos-

teriores al alta<sup>13,14</sup>. Entre las causas están efectos adversos de medicamentos, escaso apoyo del sistema hospitalario o fallas en la comunicación entre el hospital y la atención primaria<sup>13</sup>, estimándose que alrededor de 20% eran prevenibles<sup>9</sup>. Mejorar la coordinación entre el hospital y los centros de atención primaria contribuye a reducir los reingresos<sup>15,16</sup>, especialmente en personas con condiciones crónicas de salud<sup>17,18</sup>.

En este contexto surge el cuidado de transición (CT), referido a las transferencias de usuarios entre profesionales de la salud y entornos de atención, durante un episodio de enfermedad<sup>19</sup>, su objetivo es establecer transferencias seguras y oportunas para garantizar continuidad de la atención y evitar complicaciones<sup>1</sup>.

El objetivo de esta revisión es sintetizar el concepto de CT, características e impacto en personas con condiciones crónicas de salud.

## Metodología

Se realizó una búsqueda para identificar artículos relevantes relacionados con CT en personas con condiciones crónicas de salud entre los años 2012 y 2019, sin restricción de idiomas. Las bases consultadas fueron: Google Scholar, MEDLINE, CINAHL y Cochrane Library, utilizando palabras claves “transitional care”, “chronically ill”, “transition after hospitalization”, “care continuum transition”. Se encontraron 99 artículos, siendo incluidos cuando hacían referencia a CT o a su implementación en personas con condiciones crónicas de salud. Además, se realizó búsqueda en referencias de los artículos seleccionados. Posteriormente se procedió a resumir los principales hallazgos.

## Desarrollo

### *Cuidado de transición*

El alta hospitalaria afecta al usuario y su familia, ya que deben enfrentar múltiples desafíos, como falta de conocimiento, tratamiento y cambios en los estilos de vida<sup>20,21</sup>.

La literatura señala que cinco de cada siete cuidadores esperan contar con apoyo e información del cuidado durante la transición al hogar, de no ser así, pueden presentar problemas de salud físicos, mentales o ambos, los que podrían

evitarse<sup>11,22,23</sup>. La transición más estudiada es el alta hospitalaria, momento en que el usuario y su familia están ansiosos y sin los conocimientos necesarios para asumir el cuidado, de manera de evitar complicaciones<sup>17</sup>.

En consecuencia, se necesitan nuevos modelos de atención que aseguren la continuidad del cuidado, mejoren la experiencia de usuarios y cuidadores y reduzcan los costos de la atención. Uno de estos es el CT que promueve un mejor estado de salud, seguro y con contención de costos<sup>24</sup>.

El CT es un conjunto de intervenciones por un tiempo determinado, cuyo objetivo es velar por la continuidad y seguridad de la atención, cuando una persona es trasladada de un entorno de cuidado a otro, o cuando cambia la responsabilidad de la atención de un proveedor de salud a otro<sup>2,11,20,25,26,27,28,29</sup>, es reconocido como factor clave para asegurar la eficiencia de la atención, controlar el uso de los servicios de salud y prevenir complicaciones<sup>30,31</sup>.

No hay consenso en la definición de CT, sin embargo, se han identificado elementos comunes de este como la educación, manejo de medicamentos, en general medidas de automanejo de condiciones crónicas, entregadas al alta hospitalaria o en servicios ambulatorios<sup>27</sup>.

Independiente de su definición, el CT consiste en intervenciones iniciadas previo al alta hospitalaria, con el objeto de garantizar una transición segura y efectiva entre los servicios de salud o el hogar<sup>26</sup>, asegurando continuidad de la atención, compensación clínica, reducción del reingreso hospitalario y costos de atención<sup>32</sup>. Entrega herramientas e información del cuidado, actividades comunitarias y grupos de apoyo, de manera que este nuevo rol no impacte en la salud física o emocional del usuario y familia<sup>33</sup>. Por lo anterior, para el éxito de este modelo es central la comunicación fluida entre distintos niveles de atención<sup>34</sup> como entre usuario y proveedores de salud<sup>26</sup>.

### *Modelos de cuidado de transición*

El CT es un elemento central de modelos de atención integrados, cuyo objetivo es que los proveedores de salud trabajen coordinadamente para entregar continuidad en la atención<sup>35</sup>.

Uno de los más destacados es el *Modelo de Cuidado de Transición* (TCM sigla en inglés) desarrollado por Naylor. Su objetivo es gestionar la atención para mejorar la salud de los adultos

mayores (AM) con factores de riesgo y personas con condiciones crónicas al alta hospitalaria<sup>26,36,37</sup>.

Un elemento central de este modelo es la “enfermera de cuidado de transición” (TCN sigla en inglés), quien cautela la continuidad del cuidado en pacientes frágiles de alto riesgo, constituyéndose en nexo entre ellos y los proveedores de salud. Realiza evaluaciones y, en conjunto con cuidadores, identifica los objetivos del cuidado, realiza visitas domiciliarias y monitoreo telefónico posterior a la hospitalización, entregando información en relación a signos y síntomas de complicaciones y uso de medicamentos<sup>13,19,25,26,37</sup>. Feil Weber concluyó que las principales actividades de la TNC son: planificación del alta hospitalaria, educación, coordinación con unidades clínicas y seguimiento del usuario<sup>38</sup>.

Un segundo modelo es *Intervenciones de Cuidado de Transición* (CTI sigla en inglés), desarrollado por Coleman, implementado en hospitales de EE. UU. en AM con accidente vascular cerebral (AVC) y enfermedades crónicas. Su propósito es establecer compromiso y participación del usuario y cuidadores en el automanejo después de la hospitalización y entregar herramientas para navegar en el sistema de salud.

Este modelo tiene cuatro pilares: manejo de medicamentos, ficha única dentro del sistema de salud, seguimiento por proveedor primario e identificación de alertas, que permitan al paciente o cuidador contactarse tempranamente en situaciones de riesgo<sup>19,26,39</sup>.

Otro modelo de CT es el proyecto *Better Outcomes for Older Adults through Safe Transitions* (BOOST, sigla en inglés) desarrollado por la Sociedad de Médicos Hospitalistas de EE. UU., cuyo objetivo es disminuir los reingresos hospitalarios de los AM, implementando un alta con enfoque multidisciplinario, evaluación de riesgos, manejo de medicamentos y seguimiento<sup>19,26</sup>.

El modelo *Interventions to Reduce Acute Care Transfers* (INTERACT, sigla en inglés) tiene elementos de CT, ha sido implementado en hogares de AM. Entrega herramientas y recursos al personal de enfermería, con el objetivo de disminuir hospitalizaciones por cuadros agudos prevenibles. Incluye evaluación integral, identificando tempranamente cambios en el estado e implementando medidas de comunicación efectivas con los servicios de salud, para prevenir hospitalizaciones y disminuir los costos<sup>19</sup>.

Basado en los modelos de Naylor y Coleman se creó el *Geriatric Transitional Care* (GTC sigla en inglés), centrado en el seguimiento de AM los 30 días posteriores a una hospitalización, con el objetivo que ellos y sus cuidadores asuman un rol activo en su cuidado. Del modelo de Coleman considera las habilidades para el automanejo, la educación, identificación de signos de alerta y asignación de una persona para dudas y del modelo de Naylor el enfoque multidisciplinario, visitas domiciliarias realizadas por la TCN y seguimiento telefónico<sup>40</sup>.

### *Elementos del cuidado de transición*

Independiente de las características de los modelos de CT, los investigadores se han focalizado en identificar intervenciones para ser realmente efectivos.

*The National Transitions of Care Coalition* (NTOCC), organización dedicada a problemas de la transición del cuidado, ha identificado siete elementos esenciales para un CT: planificación de la transición, gestión de medicamentos, educación, entrega de información, seguimiento, compromiso del proveedor de la atención y responsabilidad compartida entre este y la organización<sup>41</sup>.

Otros autores coinciden que la mayoría de los modelos de CT tienen ocho elementos comunes: planificación del alta; equipo multidisciplinario; información clara, oportuna y organizada; reconciliación de medicamentos; grupos de apoyo; educación de monitoreo de signos y síntomas; seguimiento ambulatorio; planificación de cuidados avanzados o paliativos al final de la vida<sup>24,41,42</sup>. Por otra parte, la revisión de Puhr (2015) concluyó que la planificación del alta es la intervención común a los modelos de CT<sup>9,20</sup>.

Se han clasificado los CT de acuerdo al momento que se implementan o su intensidad medida por el número de intervenciones que incluyen.

Según el momento en que se implementa se clasifican en prealta, postalta y de puente, incluyendo este último a los dos primeros<sup>26</sup>.

En cuanto a la intensidad, Vedel, en 2015, los clasificó en baja, moderada y alta intensidad. Baja intensidad incluye seguimiento en centro asistencial o telefónico, moderada intensidad considera exclusivamente visitas domiciliarias, o una combinación de seguimiento telefónico o clínico, o telecuidado sin contacto directo con el usuario (ej: monitoreo de signos vitales). Finalmente, el

de alta intensidad es una combinación de visitas domiciliarias con seguimiento telefónico, clínico o ambos, o telecuidado combinado con contacto directo planificado (visitas domiciliarias, seguimiento telefónico)<sup>43,44</sup>.

Independiente de lo anterior, los autores coinciden en que la evaluación temprana y continua de las necesidades del usuario es esencial para una buena planificación e implementación de estrategias de apoyo antes, durante y después de una transición. Asimismo, la entrega de información para el automanejo y apoyo durante la transición propicia la participación del usuario, aspecto importante, especialmente, para un punto crítico de la transición, como el manejo de los medicamentos<sup>25</sup>.

Una buena comunicación entre usuario, cuidador y proveedor de salud es esencial para la efectividad del CT. Por esto, la literatura se ha focalizado en identificar estrategias que faciliten esta interacción, destacando: gestión de casos, planes de atención y seguimiento estandarizados, servicios de enlace, seguimiento telefónico y entrega de información adecuada y oportuna en visitas domiciliarias o en servicios de cuidado en el hogar<sup>25</sup>. En relación a las intervenciones, estas deben estar a cargo de equipos multidisciplinarios integrados por enfermeras de práctica avanzada, médicos, trabajadores sociales, kinesiólogos y terapeutas ocupacionales, entre otros<sup>20,45,46</sup>.

### ***Impacto de los modelos de CT en personas con condiciones crónicas***

Se han identificado seis situaciones que impactan negativamente en personas con condiciones crónicas de salud durante una hospitalización y posterior alta: falta de participación en su cuidado, mala comunicación, falta de coordinación del equipo de salud, escaso seguimiento y monitoreo, falta de continuidad de la atención y presencia de vacíos en la prestación de servicios<sup>24</sup>.

En EE. UU., aproximadamente el 20% de las personas con diagnóstico de insuficiencia cardiaca (IC) hospitalizadas son readmitidos a los 30 días, con un elevado costo personal y económico para ellos y el sistema de salud, siendo habitualmente reflejo de un sistema sin una buena coordinación entre sus niveles<sup>17</sup>. Se agrega a esto que tienen un riesgo diario de 0,7% y 0,2%, respectivamente de reingreso y muerte, durante el mes posterior a una hospitalización, y cerca del 40% de los reingresos

hospitalarios puede relacionarse con el proceso de transición<sup>47</sup>.

Las principales variables para medir el impacto del CT son las readmisiones hospitalarias y los aspectos económicos<sup>48</sup>, los que inciden en la satisfacción y calidad de vida, especialmente en personas con enfermedades crónicas<sup>1,27</sup>. La visita domiciliar es la intervención del CT de mayor impacto en las variables antes mencionadas, es así que, en AM con IC, cuando la realiza una enfermera mostró ser costo efectiva, por lo que algunos autores postulan que debiera ser el estándar posterior al alta de estas personas<sup>48,50</sup>. Lo anterior es corroborado por Jackson (2016), en pacientes de difícil compensación se redujo a casi la mitad la probabilidad de reingreso a los 30 días, con beneficios que se mantienen hasta por seis meses<sup>51</sup>.

A esto se suma el metaanálisis de Le Berre et al., 2018, en AM con enfermedades crónicas donde el CT mostró reducir la mortalidad, las readmisiones a los 3, 6 y 12 meses y las consultas de urgencia<sup>31</sup>.

Otra intervención del CT que ha mostrado ser eficiente en disminuir las rehospitalizaciones potencialmente evitables y mejorar la calidad de vida, es la incorporación de equipos multidisciplinarios, siempre y cuando se sume una adecuada planificación y transferencia de información del usuario al profesional que realizará el seguimiento<sup>32,44,45,51,52,53,54</sup>.

Una situación similar se presenta en personas con AVC, que requieren hospitalización para iniciar el tratamiento y la rehabilitación, especialmente en cuadros leves o moderados, donde la evidencia muestra que el alta temprana con acompañamiento puede reducir la dependencia a largo plazo y la rehospitalización, pero aumenta la complejidad del cuidado en el hogar<sup>21,23,27,55</sup>.

Un estudio evaluó la efectividad de una clínica estandarizada de CT en personas con AVC con alto riesgo de readmisión, que incluía seguimiento telefónico a los dos días, clínicas estandarizadas entre 7 y 14 días y evaluaciones neurológicas por enfermeras de práctica avanzada, mostrando disminución del 50% de los reingresos a los 30 días<sup>56</sup>. Asimismo, ha mostrado reducir los días de hospitalización, mejorar la funcionalidad y la asistencia de salud en este grupo<sup>33</sup>.

Hay autores que han comparado la eficacia clínica al alta hospitalaria del modelo tradicional de atención de enfermería y el CT en pacientes con

AVC, encontrando que este último incrementa significativamente la adherencia a controles, la calidad de vida, satisfacción con la atención, sin encontrar efectos estadísticamente significativos en la rehospitalización y consultas de urgencia<sup>57</sup>. Esto es concordante con estudios que han mostrado que las intervenciones que contribuyen a la continuidad del cuidado mejoran significativamente la calidad de vida de AM con enfermedades crónicas<sup>58</sup>.

Es así, como el 2016 *The Heart and Stroke Foundation of Canada*, en su *Canadian Stroke Best Practice Committees* actualizó la guía clínica para la transición de personas con AVC isquémico, relevando la importancia del acompañamiento en la transición del cuidado entre los servicios hospitalarios, o desde el hospital al domicilio, señalando que las intervenciones del CT, como preparación del paciente y cuidador, alta programada y seguimiento, son claves para mejores resultados clínicos<sup>59</sup>.

Estudios de efectividad del CT han impactado las políticas de salud. Es así que la Comisión Asesora de Medicare, del Departamento de Salud y Servicios Sociales norteamericano, en 2007 estimó que el 76% de los reingresos a los 30 días son potencialmente prevenibles<sup>17</sup>, por lo que las instituciones de salud en EE. UU. han utilizado estos resultados para establecer sanciones en los reembolsos en instituciones con bajo rendimiento, es decir, con mayores tasas de readmisiones en personas con condiciones crónicas<sup>17,32,45,49,56,60</sup>.

## Conclusiones

La atención de salud determina que los usuarios deben trasladarse por distintos lugares, episodios que se denominan transición del cuidado. Estos implican riesgos para las personas, pudiendo tener complicaciones, efectos adversos y comprometer su seguridad, situación más frecuente en personas con condiciones crónicas de salud y AM. Para evitarlo se propone implementar el CT que vela por la continuidad y seguridad del usuario durante sus transiciones por el sistema de salud, incorporando sus metas, necesidades y valores.

Dentro de las intervenciones del CT destacan entrega efectiva de información, educación, ayuda de grupos sociales y comunitarios y coordinación oportuna de la atención de salud. Además, destaca

que la planificación del alta permite anticipar problemas que pueden surgir en el hogar, realizando acciones efectivas para evitar rehospitalizaciones o consultas de urgencia.

La planificación del CT debe considerar un enfoque integral que considere la transición antes, durante y después de la hospitalización, destacando que las intervenciones más efectivas son flexibles y se adaptan a las necesidades del usuario.

Se han formulado distintos modelos de CT, los cuales tienen en común intervenciones como: seguimiento telefónico, consulta ambulatoria y visitas domiciliarias, con el objetivo de fortalecer el automanejo.

La efectividad del CT ha sido evaluada principalmente en personas con condiciones crónicas de salud, a través de tasas de readmisión a los 30 días e impacto económico, mostrando ser efectivo en disminuir las rehospitalizaciones comparado con el cuidado estándar y los costos asociados a la atención, tanto para el usuario como para el sistema de salud.

Si bien los estudios no han mostrado que un modelo de CT sea más efectivo que otro, han identificado intervenciones mínimas para ser eficiente. Entre estas destacan, planificación, continuidad del cuidado y equipo multidisciplinario. Destaca en este último, el rol que se le atribuye a la enfermera de cuidados de transición o de práctica avanzada, para garantizar la integralidad y continuidad del cuidado.

En resumen el CT disminuye las rehospitalizaciones, los costos de la atención e incrementa la calidad de vida y la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud.

## Referencias

1. Zhang P, Xing FM, Li CZ, Wang FL, Zhang XL. Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 969-79.
2. Jeffs L, Law M, Straus S, Cardoso R, Lyons R, Bell Ch. Defining quality outcomes for complex-care patients transitioning across the continuum using a structured panel process. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22: 1014-24.
3. De Regge M, De Pourcq K, Meijboom B, Trybou J, Mortier E, Eeckloo K. The role of hospitals in bridging the

- care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [acceso 22 de diciembre de 2019]; 17: 550. Disponible: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-017-2500-0>
4. Atzema C, Maclagan L. The Transition of Care Between Emergency Department and Primary Care: A Scoping Study. *Acad Emerg Med* [Internet] 2017 [acceso el 20 de octubre de 2019]; 24 (2). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/acem.13125>
  5. Morrison J, Palumbo M, Rambur B. Reducing Preventable Hospitalizations with Two Models of Transitional Care. *J Nurs Scholarsh*. 2016; 48 (3): 322-9.
  6. Lenaghan N. Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatr Nurs*. 2019; 40 (2): 148-53.
  7. Mansukhani RP, Bridgeman MB, Candelario D, Eckert LJ. Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions. *P T*. 2015; 40 (10): 690-4.
  8. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademant P, Kalkman C, et al. Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care. *Ann Intern Med*. 2012; 157: 417-28.
  9. Rennke S, Nguyen O, Shoeb M, Magan Y, Wachter R, Ranji S. Hospital-Initiated Transitional Care Interventions as a Patient Safety Strategy A Systematic Review *Ann Intern Med*. 2013; 158: 433-40.
  10. Luu NP, Sawyer M, Boonyasai RT. Provider-to- Provider Communication during Transitions of Care from Outpatient to Acute Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2015; 31 (4): 417-25.
  11. Bucknall T, Hutchinson A, Botti M, McTier L, Rawson H, Hewitt N, et al. Engaging patients and families in communication across transitions of care: an integrative review protocol. *J Adv Nurs*. 2016; 72 (7): 1689-700.
  12. Park H, Branch L, Bulat T, Vyas B, Roeber C. Influence of a Transitional Care Clinic on Subsequent 30-Day Hospitalizations and Emergency Department Visits in Individuals Discharged from a Skilled Nursing Facility. *J Am Geriatr Soc*. 2013; 61: 137-42.
  13. Mora K, Dorrejo X, Mae Carreon K, Butt S. Nurse practitioner-led transitional care interventions: An integrative review. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017; 29: 773-90.
  14. Jayakody A, Bryant J, Carey M, Hobden B, Dodd N, Sanson-Fisher R. Effectiveness of interventions utilizing telephone follow up in reducing hospital readmission within 30 days for individuals with chronic disease: a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2016 [acceso 19 de enero 2020]; 16 (403). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-016-1650-9>.
  15. Hewner S, Sullivan S, Yu G. Reducing Emergency Room Visits and In-Hospitalizations by Implementing Best Practice for Transitional Care Using Innovative Technology and Big Data. *Evid Based Nurs*. 2018; 15 (3): 170-7.
  16. Otsuka S, Smith JN, Pontiggia L, Patel RV, Day SC, Grande DT. Impact of an interprofessional transition of care service on 30-day hospital reutilizations. *J Interprof Care* [Internet]. 2018. [acceso 15 de enero de 2020] Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Jennifer\\_Smith131/publication/327319138\\_Impact\\_of\\_an\\_interprofessional\\_transition\\_of\\_care\\_service\\_on\\_30-day\\_hospital\\_reutilizations/links/5b8de05092851c6b7e-ba85f1/Impact-of-an-interprofessional-transition-of-care-service-on-30-day-hospital-reutilizations.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jennifer_Smith131/publication/327319138_Impact_of_an_interprofessional_transition_of_care_service_on_30-day_hospital_reutilizations/links/5b8de05092851c6b7e-ba85f1/Impact-of-an-interprofessional-transition-of-care-service-on-30-day-hospital-reutilizations.pdf)
  17. Hamar B, Rula E, Wells A, Coberley C, Pope J, Varga D. Impact of a Scalable Care Transitions Program for Readmission Avoidance. *Am J Managed Care*. 2016; 22 (1): 28-34.
  18. Verhaegh K, MacNeil-Vroomen J, Eslami S, Geerlings S, Rooij S, Buurman B. Transitional Care Interventions Prevent Hospital Readmissions For Adults With Chronic Illnesses. *HEALTH AFFAIRS*. 2014; 33 (9): 1531-9.
  19. Enderlin C, McLeskey N, Rooker J, Steinhauer C, D'Avolio D, Gusewelle R, Ennen K. Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatr Nurs*. 2013; 34: 47-52.
  20. Pühr MI, Thompson H. The Use of Transitional Care Models in Patients With Stroke. *J Neurosci Nurs*. 2015; 47 (4): 223- 34.
  21. Pan Z, Feng-Mei X MD, Chang-Zai L, Feng-Lan W, Xiao-Li Z. Effects of a nurse-led transitional care programme on readmission, self-efficacy to implement health-promoting behaviours, functional status and life quality among Chinese patients with coronary artery disease: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 969-79.
  22. Dyrstad D, Laugaland K, Storm M. An observational study of older patient's participation in hospital admission and discharge-exploring patient and next of kin perspectives. *J Clin Nurs*. 2015; 24: 1693-706.
  23. Cameron J, Naglie G, Silver F, Gignac M. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. *Disabil Rehabil*. 2013; 35(4): 315-24.
  24. Rezapour-Nasrabad R. Transitional care model: managing the experience of hospital at home. *Electron J Gen Med* [Internet]. 2018 [acceso 12 de febrero de 2020]; 15 (5), Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Transitionalcaremodel.pdf>

25. Dusek B, Pearce N, Harripaul A, Lloyd M. Care Transitions A Systematic Review of Best Practices. *J Nurs Care Qual.* 2015; 30 (3): 233-9.
26. Rennke S, Ranji S. Transitional Care Strategies From Hospital to Home. *Neurohospitalist.* 2015; 5 (1): 35-42.
27. Wang Y, Yang F, Shi H, Yang C, Hu H. What Type of Transitional Care Effectively Reduced Mortality and Improved ADL of Stroke Patients? A Meta-Analysis. *Int. J. Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 [acceso el 15 de noviembre de 2019]; 14 (510). Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ijerph-14-00510%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ijerph-14-00510%20(2).pdf)
28. Roper K, Ballard J, Rankin W, Cardarelli R. Systematic Review of Ambulatory Transitional Care Management (TCM) Visits on Hospital 30-Day Readmission Rates. *Am J Med Qual.* 2017; 32 (1): 19-26.
29. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract.* 2015; 21: 763-81.
30. Prvu J, Alexander K, Dolor R, Olson D, Kendrick A, Wing L, et al. Transitional Care After Hospitalization for Acute Stroke or Myocardial Infarction A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2012; 157: 407-16.
31. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc.* 2017; 65: 1597-608.
32. Whitaker-Brown C, Woods S, Cornelius J, Southard E, Gulati S. Improving quality of life and decreasing readmissions in heart failure patients in a multidisciplinary transition-to-care clinic. *Heart Lung.* 2017; 46: 79-84.
33. Tsai PC, Yip PK, Tai JJ, Lou MF. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. *Patient Prefer Adherence.* 2015; 9: 449-57.
34. Coffey A, Mulcahy H, Savage E, Filzgerald S, Bradley C, Benefield L et al. *Public Health Nursing.* 2017; 34 (5): 454-60.
35. Markle-Reid M, Valaitis R, Bartholomew A, Fisher K, Fleck R, Ploeg J, et al. Feasibility and preliminary effects of an integrated hospital-to-home transitional care intervention for older adults with stroke and multimorbidity: A study protocol. *J Comorb.* 2019; 9: 1-22.
36. Naylor MD. Advancing High Value Transitional Care. The Central Role of Nursing and Its Leadership. *Nurs Admin Q.* 2012; (36) 2: 115-26.
37. Naylor MD, Hirschman KB, Tolesb MP, Jarrin OF, Shaid E, Pauly MV. Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S. *Soc Sci Med.* 2018; 213: 28-36.
38. Feil Weber L, Dias da Silva Lima M, Marques Acosta A, Quintana Maques G. Care transition from hospital to home: Integrative Review. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017; [acceso 15 de febrero 2020] (22): 3. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/792b/2be624d046b-424d249fd0ad6cb691f02825d.pdf>
39. Ortiz MR. Transitional Care: Nursing Knowledge and Policy Implications. *Nurs Sci Q.* 2019; 32 (1): 73-7.
40. Deniger A, Troller P, Kennelty K. Geriatric Transitional Care and Readmissions Review. *JNP.* 2015; 11 (2): 248-52.
41. National Transitions of Care Coalition. Care Transition bundle: seven categories. Disponible en: <http://www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Compendium/SevenEssentialElements.pdf>.
42. Albert N. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2016; 45: 100-13.
43. Vedel I, Khanassov V. Transitional Care for Patients With Congestive Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med.* 2015; 13: 562-71.
44. Comín-Colet J, Enjuanes C, Lupón J, Cainzos-Achirica, Badosa N, Verdú JM. Transitions of Care Between Acute and Chronic Heart Failure: Critical Steps in the Design of a Multidisciplinary Care Model for the Prevention of Rehospitalization. *Rev Esp Cardiol.* 2016; 69 (10): 951-61.
45. Kim SM, Han HR. Evidence-Based Strategies to Reduce Readmission in Patients with Heart Failure. *JNP.* 2013; 9 (4): 224-32.
46. Sharma N, O'Hare K, Antonelli R, Sawicki G. Transition Care: Future Directions in Education, Health Policy, and Outcomes Research. *Academic Pediatrics* 2014; 14: 120-7.
47. Van Spall H, Rahman T, Mytton O, Ramasundarahettige C, Ibrahim Q, Kabali C, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail.* 2017; 19: 1427-43.
48. Kripalani S, Chend G, Ciampa P, Theobalda C, Cao A, McBride M, et al. A transition care coordinator model reduces hospital readmissions and costs. *Contemp Clin Trials.* 2019; 81: 55-61.
49. Blum M, Øien H, Carmichael H, Heidenreich P, Owens D, Goldhaber-Fiebert J. Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure. *Ann Intern Med* [Internet]. Enero 2020 [acceso 1 de febrero de 2020]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aime202002180-m191980%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aime202002180-m191980%20(1).pdf)
50. Felner C, Jones Ch, Cené C, Zheng Z, Sueta C, Coker-

- Schwimmer E et al. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Persons With Heart Failure. *Ann Intern Med.* 2014; 160: 774-84.
51. Jackson C, Kasper EW, Williams C, DuBard CA. Incremental Benefit of a Home Visit Following Discharge for Patients with Multiple Chronic Conditions Receiving Transitional Care. *Popul Health Manag.* 2016; 19 (3): 163-70.
  52. Rayan-Gharraa N, Shadmia E, Tadmorb B, Flaks-Manovc N, Balicerc R. Patients' ratings of the in-hospital discharge briefing and post-discharge primary care follow-up: The association with 30-day readmissions. *Patient Educ Couns.* 2019; 102 (8): 1513-9.
  53. Hudali T, Robinson R, Bhattaral M. Reducing 30- Day Rehospitalization Rates Using Transition of Care Clinic Model in a Single Medical Centre. *Advances in Medicine [Internet].* 2017. [acceso 15 de enero de 2020] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5558630/pdf/AMED2017-5132536.pdf>
  54. Jones C, Hollis R, Wahl T, Oriol B, Itani K, Morris M, et al. Transitional care interventions and hospital readmissions in surgical populations: a systematic review. *Am J Surg.* 2016; 212 (2): 327-35.
  55. Cobley C, Fisher R, Chouliara N, Kerr M, Walker M. A qualitative study exploring patient's and care's experiences of Early Supported Discharge services after stroke. *Clinical Rehabilitation.* 2013; 27 (8): 750-7.
  56. Condon C, Lycan S, Duncan P, Bushnell C. Reducing Readmissions After Stroke With a Structured Nurse Practitioner/Registered Nurse Transitional Stroke Program. *Stroke.* 2016; 47: 1599-604.
  57. Qian Ch, Zhong D, Shen Y, Du Q. Evaluation of clinical efficacy of transitional care mode for patients with strokes. *Int J Clin Exp Med.* 2019; 12 (1): 981-8.
  58. Chen HM, Tu YH, Chen CM. Effect of Continuity of Care on Quality of Life in Older Adults With Chronic Diseases: A Meta-Analysis. *Clin Nurs Res.* 2017; 26 (3) 266-84.
  59. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. *Int J Stroke.* 2016; 11 (7): 807-22.
  60. Guirguis-Blake J. Transitional Care Interventions to Prevent Readmissions for Patients with Heart Failure. *Am Fam Physician.* 2016; 93 (5): 401-3.