



ORIGINAL

Impacto del seguimiento al alta de Enfermería en Atención Primaria sobre los reingresos hospitalarios tempranos. Estudio observacional longitudinal



Raquel Sánchez-Ruano^{a,*}, Pedro López-Paterna^b,
César Alfonso García-Hernández^c, Ricardo Rodríguez-Barrientos^{a,d,e},
Elvira Herrero-Sancho^f, Marcos Pascual-García^a y Milagros Rico-Blázquez^{a,d,e}

^a Unidad de investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

^b Centro de Salud Lavapiés. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

^c Centro de salud Segre. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

^d Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud -RICAPPS-(RICORS). ISCIII, Madrid, España

^e Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España

^f Centro de salud Ciudad Jardín. Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

Recibido el 13 de mayo de 2024; aceptado el 12 de julio de 2024

Disponible en Internet el 12 de septiembre de 2024

PALABRAS CLAVE

Enfermería;
Enfermería de
Atención Primaria;
Continuidad de la
atención al paciente;
Cuidados posteriores

Resumen

Objetivo: Determinar la proporción de personas en las que se realiza el seguimiento al alta estando indicado.

Diseño: Estudio observacional longitudinal retrospectivo, con enfoque analítico.

Población: Personas dadas de alta en el Hospital Universitario de la Princesa de cualquier edad y sexo, con cualquier motivo de ingreso y con indicación de seguimiento al alta en Atención Primaria (AP). Se excluyeron los usuarios que no tenían Código de Identificación Personal Autonómico (CIPA) asignado. Muestra aleatoria (n = 289).

Mediciones principales: Realización del seguimiento al alta y reingresos (< 30 días). Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el seguimiento al alta recogidas de las Historias clínicas electrónicas de AP y Hospitalaria. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio y para analizar la asociación entre el seguimiento al alta y los reingresos se realizó un modelo de regresión logística.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rsruano@salud.madrid.org (R. Sánchez-Ruano).

KEYWORDS

Nursing;
Primary Care Nursing;
Continuity of Patient
Care;
Aftercare

Resultados: Edad de 72,4 años (rango intercuartílico [RIQ] 60-87). El 55,2% de la población fueron mujeres. Se realizó seguimiento en un 61,2% de las personas que tenían indicación. Según el modelo de regresión logística realizado entre el reingreso temprano y el seguimiento al alta, ajustado por el resto de los factores, el grupo con seguimiento al alta tenía un 66% menos de posibilidades de reingreso hospitalario (*Odds Ratio* [OR] 0,34, intervalo de confianza [IC] 95% [0,18-0,67]).

Conclusiones: Los datos sugieren que el seguimiento al alta de Enfermería realizado en AP reduce el riesgo de reingresos tempranos.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Impact of primary care nursing discharge follow-up on early hospital readmissions. Observational longitudinal study

Abstract

Aim: To determine the proportion of people who undergo discharge follow-up when indicated.

Design: Retrospective longitudinal observational study, with an analytical approach.

Population: persons discharged from the Hospital Universitario de la Princesa of any age and sex, with any reason for admission and with an indication for discharge follow-up in Primary Care. Users who did not have an assigned Autonomous Personal Identification Code (CIPA) were excluded. Random sample (n = 289).

Variables: Discharge follow-up and readmissions (<30 days). Sociodemographic, clinical and discharge follow-up variables were included from the electronic medical records of Primary and Hospital Care. A descriptive analysis of the sociodemographic and clinical characteristics of the study population was conducted. To analyze the association between discharge follow-up and readmissions, a logistic regression model was used.

Results: Age 72.4 years (RIQ 60-87). 55.2% of the population were women. Follow-up was conducted in 61.2% of those indicated. According to the logistic regression model performed between early readmission and discharge follow-up, adjusted for all other factors, the group with discharge follow-up had a 66% lower likelihood of hospital readmission (OR 0.34, 95% CI (0.18-0.67)).

Conclusions: These findings suggest that nursing discharge follow-up conducted in primary care reduces the risk of early readmission.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El seguimiento al alta es el proceso asistencial que permite valorar los cuidados y tratamiento previos y posteriores a un ingreso hospitalario, facilitando la transición asistencial entre el hospital y el domicilio. En el contexto de la atención sanitaria española, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud establece en una de sus líneas la continuidad asistencial. Define las competencias y responsabilidades de los profesionales implicados para evitar la duplicidad de intervenciones y procurar una transición fluida entre niveles asistenciales¹.

Dentro del marco de la calidad asistencial y la seguridad del paciente, el seguimiento tras el alta se considera una herramienta clave para una adecuada continuidad asistencial^{1,2}. En este sentido, el Real Decreto 1093/2010 establece el informe de continuidad de cuidados de Enfermería como la herramienta para lograr un seguimiento de cuidados exitoso³. En la Comunidad de Madrid, desde el año 2015, el seguimiento al alta está regulado por el Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial².

Este seguimiento cobra especial relevancia en personas con una o más enfermedades crónicas, ya que es en este grupo donde se concentra un mayor número de errores y donde el impacto del valor social generado es más alto⁴. La mejora en la transición asistencial, cuando se realiza una adecuada continuidad, se debe a que un seguimiento proactivo y personalizado refuerza la capacidad de autocuidado, adapta la educación a las necesidades, brinda acceso a los recursos disponible y garantiza la continuidad de la atención, aumentando así la confianza en su equipo sanitario⁵. El porcentaje de personas con enfermedad crónica avanzada con informe al alta y seguimiento en Atención Primaria (AP) antes de 72 horas en la Comunidad de Madrid, en el año 2022 fue de 40,36%⁶.

Particularmente, el seguimiento telefónico al alta de Enfermería reduce los reingresos en patologías como la insuficiencia cardíaca^{7,8}, aunque la evidencia es controvertida para otro tipo de patologías, y no hemos encontrado estudios en población general.

El reingreso está definido como todo ingreso inesperado o urgente tras un alta previa, no se limita el concepto

a un reingreso por un diagnóstico principal relacionado con el ingreso previo. Hablamos de reingreso temprano, cuando este se produce en los primeros 30 días tras el alta^{9,10}. Según los indicadores y ejes de análisis del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Ministerio de Sanidad⁹, la tasa de reingreso en España es de un 8,19%, variando según la patología (entre 2,65% a 18,50%). Se estima que el 82% de los reingresos hospitalarios tempranos son prevenibles¹¹.

Los errores en el seguimiento, como la doble prescripción, la omisión de tratamientos o la confusión de estos, produce un total de entre 44.000 y 98.000 muertes al año en EE. UU. y 2,6 millones de muertes en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹². En los países de la Organización y Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es un resultado directo de estos eventos adversos¹³.

En los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, en el año 2021, la proporción de episodios de hospitalización por insuficiencia cardiaca que son seguidos de un reingreso en los 30 días siguientes al alta fue del 12,57%, para los episodios quirúrgicos fue de 1,83% y para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de 13,01%¹⁴.

La revisión sistemática realizada por Woods et al.¹⁵, que exploró la literatura publicada sobre el impacto del seguimiento telefónico al alta de Enfermería, incorporó 10 estudios y sus resultados sugieren que tiene evidencia para mejorar la satisfacción de los usuarios, pero no encontraron evidencia suficiente respecto a la relación con reingresos y muerte.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la proporción de personas en los que se realiza seguimiento al alta por parte de AP estando indicado. Como objetivo secundario, analizar el impacto de la consulta de seguimiento al alta de Enfermería de AP para disminuir el número de reingresos hospitalarios comparado con el grupo sin seguimiento y los posibles factores asociados.

Material y métodos

Diseño

Estudio observacional longitudinal retrospectivo, con enfoque analítico mediante revisión de historia clínica electrónica (HCE) de AP y hospital. El periodo analizado fue de tres meses, entre el 11 de noviembre de 2020 y el 28 de febrero de 2021.

Población

Personas dadas de alta en el Hospital Universitario de la Princesa de cualquier edad y sexo, con cualquier motivo de ingreso y con indicación de seguimiento al alta en AP determinada en el informe registrado en la HCE por el médico responsable del alta. Se excluyeron los usuarios que no tenían Código de Identificación Personal Autonomico (CIPA) asignado.

Tamaño muestral y muestreo

El número de altas hospitalarias con indicación de seguimiento por AP registradas en módulo específico de *Health Care Information System* (HCIS) durante el periodo de estudio fue de 1.104 altas. Se realizó el cálculo muestral para determinar la proporción de personas en los que se realiza seguimiento al alta desde AP estando indicado. Dado que no se ha encontrado información en estudios previos, se asumió una proporción esperada del 50%, una potencia del 80% y una precisión del 5%. Obteniendo una muestra de 289 altas. Se realizó un muestreo aleatorio sobre las 1.104 altas.

Fuente de datos y variables

Se revisaron las HCE de AP y hospitalaria, la información se volcó en un cuaderno de recogida de datos diseñado *ad hoc* para el estudio, anonimizado y protegido con clave.

Para dar respuesta al objetivo principal la variable de resultado fue la frecuencia de realización del seguimiento al alta. Para valorar la realización o no del seguimiento, se revisó que hubiera al menos un apunte en cualquier apartado (texto libre, protocolos, intervenciones enfermeras) de la HCE en la semana posterior al alta.

Se recogió la presencia de informe de alta de medicina y/o Enfermería. Para valorar la adecuación del seguimiento al alta se utilizó como referencia la información recogida en el Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid². Se valoró la realización o no del seguimiento al alta, adecuación del tiempo de seguimiento (menos de 72 horas o más de 72 horas y menos de una semana) y el formato de recogida de seguimiento (protocolos, intervenciones enfermeras o texto libre en HCE).

Para responder al objetivo secundario la variable de resultado fue el reingreso temprano, entendido como un ingreso hospitalario o en el Servicio de Urgencias en los 30 días después del alta. Para ello, se comprobó si había algún informe de ingreso en hospitalización o urgencias en la HCE del hospital de referencia (Hospital Universitario de la Princesa) o un informe de derivación a urgencias en la HCE de AP, con posterior ingreso o visita a urgencias en un hospital diferente al de referencia.

La variable de exposición fue el seguimiento al alta de Enfermería realizado desde AP. Este seguimiento puede realizarse por vía telefónica, en consulta o en el domicilio y consiste en valorar los cuidados y tratamiento previos y posteriores a un ingreso hospitalario y en dar pautas para facilitar la transición asistencial entre el hospital y el domicilio. Esta intervención está incluida en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid¹⁶.

Además, se recogieron variables sociodemográficas (sexo y edad) y clínicas (nivel de intervención asignado en función de la complejidad de la persona, categorizado como alto, medio, bajo, promoción de la salud o no asignado; frecuencia entendida como el número de consultas que ha tenido la persona con su equipo de AP en los últimos 12 meses y con punto de corte en 10 consultas).

En la Comunidad de Madrid, desde el año 2018, en AP se clasifica a los usuarios en función de su nivel de

complejidad con diferentes rangos de intervención (promoción de la salud, nivel de intervención bajo, medio o alto) y estos niveles de intervención llevan asociados una periodicidad de evaluación y diferentes actividades de atención. Para la asignación de estos niveles, se tienen en cuenta las patologías crónicas, la polifarmacia y la situación social de cada persona.

Listado de variables

Sociodemográficas (sexo y edad), clínicas (nivel de intervención y frecuentación), realización de seguimiento al alta, presencia de informe de alta de Enfermería y medicina, adecuación del tiempo de seguimiento y reingresos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las características socio-demográficas y clínicas de la población de estudio, con frecuencias relativas y absolutas y medidas de tendencia central y de dispersión según las características de las variables. Se calcularon los IC 95%.

Para analizar la posible asociación entre los reingresos hospitalarios tempranos (variable dependiente) y la realización de seguimiento al alta (variable independiente), se realizó un modelo de regresión logística. El modelo se ajustó por variables con relevancia clínica, como el sexo, la edad y el nivel de intervención. Se utilizó el programa estadístico Stata¹⁷.

Aspectos éticos y legales

El estudio obtuvo el informe favorable de la Comisión Local de Investigación Centro de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid y por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de la Princesa. Se solicitó la exención del consentimiento informado para la revisión de HCE. El estudio se realizó de acuerdo con las normas de Buena Práctica Clínica, la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013) y de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Declaraciones de interés: ninguna.

Resultados

Características sociodemográficas

Se revisaron un total de 289 historias clínicas que cumplían los criterios de elegibilidad. La mediana de edad fue de 72,36 años (RIQ 60-87). El 55,24% de la población fueron mujeres.

Un 3,5% de las personas dadas de alta no tenían un nivel de intervención asignado. Un 8% tenían un nivel de intervención de promoción de la salud, un 42,7% de intervención bajo, un 37,8% medio y un 8% alto.

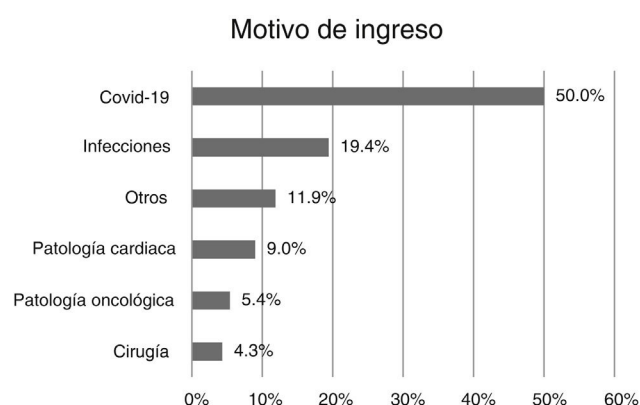


Figura 1 Motivos de ingreso.

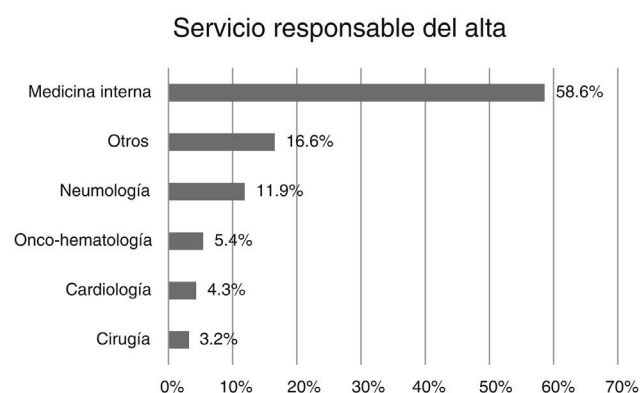


Figura 2 Servicio responsable del alta.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes con y sin reingreso

	No reingresan	Sí reingresan	Valor p
<i>n</i>	226	48	
Edad media (DE)	71,4 (17,1)	76,1 (16,1)	0,078
Sexo <i>n</i> (%)			0,50
Hombre	101 (44,7%)	24 (50,0%)	
Mujer	125 (55,3%)	24 (50,0%)	
Nivel de intervención			0,17
No asignado	8 (3,5%)	2 (4,2%)	
Promoción de la salud	20 (8,8%)	2 (4,2%)	
NI bajo	103 (45,6%)	15 (31,3%)	
NI medio	77 (34,1%)	25 (52,1%)	
NI alto	18 (8,0%)	4 (8,3%)	

DE: desviación estándar; NI: nivel de intervención.

Características del ingreso

El motivo de ingreso más frecuente fue el COVID-19 (50%) y el Servicio donde se produjeron más altas fue Medicina Interna (58,6%). Los motivos de ingreso y servicios responsables del alta se detallan en las figuras 1 y 2.

En la tabla 1 se mencionan las características sociodemográficas de las personas que reingresan y las que no.

Tabla 2 Características sociodemográficas de los participantes con y sin seguimiento

	Sin seguimiento al alta	Con seguimiento al alta	Valor p
<i>N</i>	111	175	
<i>Edad media (DE)</i>	75,5 (17,1)	70,4 (16,7)	0,013
<i>Sexo n (%)</i>			0,68
Hombre	48 (43,2%)	80 (45,7%)	
Mujer	63 (56,8%)	95 (54,3%)	
<i>Nivel de intervención</i>			0,20
No asignado	4 (3,6%)	6 (3,4%)	
Promoción de la salud	4 (3,6%)	19 (10,9%)	
NI bajo	46 (41,4%)	76 (43,4%)	
NI medio	48 (43,2%)	60 (34,3%)	
NI alto	9 (8,1%)	14 (8,0%)	

DE: desviación estándar; NI: nivel de intervención.

Tabla 3 Factores asociados con el reingreso hospitalario. Modelo de regresión logística múltiple

	OR	IC 95%	p
Seguimiento al alta	0,34	0,18-0,67	0,002
Nivel de intervención medio	2,04	0,95-4,35	0,066
Nivel de intervención alto	1,52	0,44-5,24	0,551
$R^2 = 0,08$			

IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: Odds Ratio;
Modelo ajustado por edad y sexo ($p > 0,05$)

Seguimiento al alta

El seguimiento al alta se realizó en 61,2% de las personas que tenían indicación, entendiendo como la presencia de un apunte en cualquier parte de la HCE.

De estos, un 19,4% se registró en el protocolo específico de seguimiento al alta disponible en la HCE AP-Madrid, un 30,9% empleando otros protocolos (p. ej., el de «Seguimiento de COVID-19»); y un 49,7% se registró en texto libre. En un 18,3% de los seguimientos realizados se recogió toda la información contemplada en el protocolo de seguimiento al alta desde AP. Un 73,71% de los registros se realizaron en un tiempo adecuado, dentro de las primeras 48/72 horas tras el alta.

Un 15,7% de los usuarios dados de alta, no presentó informe de alta de Enfermería, y un 1,1% no presentó informe de alta de medicina.

En la [tabla 2](#) se especifican las características sociodemográficas de las personas a las que se les efectuó el seguimiento al alta y a las que no.

El seguimiento al alta y los reingresos

En el análisis bivariado solo se encontró asociación entre el seguimiento al alta (sí/no) y los reingresos tempranos (sí/no) (OR 0,33; IC 95% [0,17-0,63]), al explorar el resto de los factores no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa.

Además, se construyó un modelo de regresión logística para analizar y determinar si el seguimiento al alta estaba asociado con la disminución de reingresos tempranos. El modelo se ajustó por sexo, edad y el nivel de intervención.

En los resultados se observa que el grupo con seguimiento al alta tenía un 66% menos de posibilidades de reingreso hospitalario. Las personas con nivel de intervención medio asignado, tenían el doble de posibilidades de reingresos que los de nivel de intervención bajo (en el límite de la significación). El modelo se muestra en la [tabla 3](#).

Discusión

A pesar de que se considera que el seguimiento tras el alta es uno de los pilares básicos de la continuidad asistencial, en la literatura consultada, no se han encontrado estudios que evalúen el seguimiento al alta de Enfermería de AP en población general, ni su influencia en los reingresos. En nuestro estudio, el seguimiento al alta de Enfermería se realizó en el 61,2% de las personas que tenían indicación. La realización del seguimiento al alta se relaciona con una disminución del riesgo de reingreso en los siguientes 30 días de un 66%.

No hemos encontrado estudios que evalúen la frecuencia de realización del seguimiento al alta desde AP. Se han encontrado estudios publicados¹⁸⁻²⁴ que evalúan el impacto de diferentes intervenciones en el reingreso temprano, si bien, es difícil realizar comparaciones con nuestro estudio por la variabilidad de las intervenciones estudiadas y por las diferencias en la población de estudio, que están centradas en patologías específicas, no en la población general.

Se han encontrado estudios que, al igual que en el nuestro, perciben diferencias en la reducción de los reingresos. Algunos de ellos están centrados en patología cardiaca, como por ejemplo un estudio cuasiexperimental realizado en AP en Francia observó que los reingresos estaban relacionados con la intensidad del seguimiento al alta por parte de

AP al explorar una intervención similar¹⁸. Un ensayo clínico realizado en Dinamarca que incluyó 294 personas con patología coronaria, en el que se realizó seguimiento telefónico de Enfermería a los dos y cinco días tras el alta, también disminuyó la proporción de reingresados ($p=0,048$). En este estudio, además, se apunta a que, tras esta intervención telefónica, los participantes tenían más probabilidades de saber cómo tratar los síntomas de la angina de pecho ($p=0,015$), pero la intervención no influyó en la adherencia al tratamiento¹⁹. En otro estudio realizado en Brasil ($n=1,001$) se realizó una intervención similar, pero a 90 días, y también encontró reducción en los reingresos de personas con infarto de miocardio²⁰.

Alineado con estos resultados, pero en personas trasplantadas de hígado, un ensayo clínico realizado en China ($n=220$) mostró que el grupo intervención tuvo menor tasa de reingresos ($p=0,013$) y menor tasa de visitas a urgencias ($p=0,014$), comparados con los que no recibieron seguimiento²¹.

Sin embargo, en otro ensayo clínico ($n=2.091$) sobre infarto de miocardio en EE. UU. que comparó el seguimiento telefónico frente a la consulta presencial, al contrario que en nuestro estudio, no aparecieron diferencias en los reingresos. En el caso del seguimiento telefónico, se requirió un menor número de citas ($p < 0,001$)²².

Al igual que en otro estudio realizado en EE. UU. ($n=9.662$) en el que se observó que el seguimiento por parte de AP en los primeros 14 días no se asoció con un menor riesgo de reingreso dentro de los siguientes 30 días ($OR=0,78$; $IC\ 95\%=0,56-1,09$)²³. En este mismo país, otro estudio en el que se realizaba una intervención educativa a los participantes previa al alta para la detección de síntomas de alarma y que realizaba seguimiento telefónico a los siete, 30 y 90 días tras el alta, se encontró mejoría en los conocimientos a los siete días ($p \leq 0,001$) y 90 días ($p \leq 0,032$) y en el mantenimiento, gestión y confianza en el autocuidado a los siete días ($p \leq 0,000$) y 30 días ($p \leq 0,000$). Tampoco se encontraron diferencias en el reingreso a los 30 días ($p > 0,05$)²⁴.

A pesar de que en nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas independientemente de que la intervención se realizará en las primeras 72 horas o entre el tercer y el séptimo día tras ingreso, la literatura publicada parece indicar que el seguimiento debería hacerse de manera temprana.

Limitaciones

Este estudio presenta las limitaciones propias del uso de fuentes secundarias, donde los registros se realizaron en condiciones de práctica clínica habitual, lo que puede introducir variabilidad en la calidad de los datos recogidos. Además, quizás no todos los datos estén recogidos.

El diseño del estudio se planteó para describir la frecuencia de realización del seguimiento, por lo que la influencia del seguimiento al alta en los reingresos debe ser estudiada con un diseño más específico, como un estudio longitudinal o un ensayo clínico aleatorizado.

La influencia del nivel de intervención debe ser valorada aumentando la muestra para poder asegurar un número representativo de personas con nivel de intervención alto.

En este estudio, el número de personas con un nivel de intervención alto fue muy limitado ($n=8$), lo que dificulta la generalización de los hallazgos y reduce la potencia estadística para detectar diferencias significativas.

Finalmente, debido al periodo en el que se realizó el estudio, las últimas olas de la pandemia de COVID-19, pudo haber influido en los patrones de seguimiento y reingreso.

Fortalezas

Nuestro estudio tiene un enfoque comunitario, se han contemplado todos los seguimientos que se realizan desde AP, independientemente de la patología. Sin embargo, la mayoría de los estudios encontrados focalizaron en patologías concretas, y evaluar intervenciones de seguimiento realizadas desde atención hospitalaria.

Se ha podido acceder al total de la información registrada, tanto en la HCE de AP como de hospitalaria, al contar con acceso a ambos sistemas de información de HCE, AP-Madrid y HCIS-Hospital Universitario la Princesa.

Aplicabilidad

Los resultados de este estudio permiten poner el foco en la necesidad de concienciar a los profesionales sobre la importancia de realizar el seguimiento al alta. En este sentido, consideramos que se deben adoptar políticas sanitarias que aumenten la formación de los profesionales y que el seguimiento se protocolice en los centros de salud.

Además, pone de manifiesto la necesidad de ampliar los estudios realizados para analizar la relación existente con los reingresos; ya que al tratarse de una intervención factible y de bajo coste tendría una gran importancia en la mejora de la eficiencia del sistema.

Lo conocido sobre el tema

- Los reingresos tempranos es un indicador de la calidad asistencial.
- El seguimiento tras el alta es una herramienta que disminuye los reingresos hospitalarios en patología cardíaca.

¿Qué aporta este estudio?

- El porcentaje de realización del seguimiento al alta por parte de AP en la Comunidad de Madrid está en torno al 60%.
- La realización del seguimiento al alta protege del reingreso ($OR\ 2,92$; $IC\ 95\% [1,49-5,71]$).

Financiación

El estudio se llevó a cabo sin financiación. La publicación de este artículo está financiada por las ayudas a la publi-

cación de la Fundación para la Investigación e Innovación Biosanitaria de Atención Primaria de Madrid (FIIBAP)

Consideraciones éticas

Informe favorable de la Comisión de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid (23/20-C) y dictamen favorable del CEIm del Hospital Universitario de la Princesa, que aceptó la solicitud de exención de consentimiento informado para la revisión de historia clínica (código 4277).

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid y al Hospital Universitario de la Princesa por las facilidades prestadas para poder llevar a cabo el estudio.

A Amelia Rodríguez Nogueiras y Sergio González Álvarez por su ayuda para la gestión de la introducción del localizador en el HCIS para poder realizar este trabajo.

Bibliografía

- Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019.
- Coordinación de Direcciones de Continuidad Asistencial. Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la Comunidad de Madrid. 2015.
- BOE-A-2010-14199 Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. [consultado 18 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-14199>.
- San-Jose L, Retolaza JL, Bernal R. Índice de valor social añadido: una propuesta para analizar la eficiencia hospitalaria. *Gac Sanit*. 2021;35:21–7.
- Luisa M, Ramos Morales E. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas Adherence to treatment in chronic diseases. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015;16:175–89.
- Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. [consultado 8 Abr 2024]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/Atencion-PrimariaFicha.aspx?ID=96>.
- Takeda A, Taylor SJ, Taylor RS, Khan F, Krum H, Underwood M. Clinical service organisation for heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;9. CD002752.
- Slyer JT, Concert CM, Eusebio AM, Rogers ME, Singleton J. A systematic review of the effectiveness of nurse coordinated transitioning of care on readmission rates for patients with heart failure. *JB Libr Syst Rev* [Internet]. 2011;9:464–90.
- Ministerio de Sanidad. Estadísticas /Estudios - Sistema de Información Sanitaria del SNS [Internet]. [consultado 15 Jun 2023]. Disponible en: <https://icmbd.sanidad.gob.es/icmbd/indicadorAction.do?method=list>.
- Ministerio de Sanidad. Ficha Técnica CIE10ES (2a Ed. 2018 y 2019). 2019.
- Ghali F, Moses RA, Raffin E, Hyams ES. What factors are associated with unplanned return following transurethral resection of bladder tumor? An analysis of a large single institution's experience. *Scand J Urol*. 2016;50:370–3.
- OMS. La OMS hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud [Internet]. [consultado 18 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>
- HealthCast 2020: Creating a Sustainable Future* PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute.
- Observatorio de resultados - Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [Internet]. [consultado 4 Dic 2023]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesLista.aspx?ID=29>.
- Woods CE, Jones R, O'Shea E, Grist E, Wiggers J, Usher K. Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *J Clin Nurs* [Internet]. 2019;28(19–20):3386–99.
- Gerencia Asistencial de Atención Primaria de Madrid. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. 2021.
- StataCorp. 2023. Stata Statistical Software: Release 15. College Station, TX: StataCorp LLC.
- Bricard D, Or Z. Impact of early primary care follow-up after discharge on hospital readmissions. *Eur J Health Econ*. 2019;20:611–23.
- Mols RE, Hald M, Vistisen HS, Lomborg K, Maeng M. Nurse-led Motivational Telephone Follow-up After Same-day Percutaneous Coronary Intervention Reduces Readmission and Contacts to General Practice. *J Cardiovasc Nurs*. 2019;34:222–30.
- Lopes Oscalices MI, Pinto Okuno MF, Barbosa Teixeira Lopes MC, Vancini Campanharo CR, Assayag Batista RE. Orientação de alta e acompanhamento telefônico na adesão terapêutica da insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3159.
- Hu R, Gu B, Tan Q, Xiao K, Li X, Cao X, et al. The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2020;110, 103700.
- Lee KK, Thomas RC, Tan TC, Leong TK, Steimle A, Go AS. The Heart Failure Readmission Intervention by Variable Early Follow-up (THRIVE) Study. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2020;13, e006553.
- Sinha S, Seirup J, Carmel A. Early primary care follow-up after ED and hospital discharge – does it affect readmissions? *Hosp Pract*. 2017;45:51–7.
- Awoke MS, Baptiste DL, Davidson P, Roberts A, Dennison-Himmelfarb C. A quasi-experimental study examining a nurse-led education program to improve knowledge, self-care, and reduce readmission for individuals with heart failure. *Contemp Nurse*. 2019;55:15–26.