



Servicio
Canario de la Salud

Servicio Canario de la Salud
Dirección



Gobierno
de Canarias

Consejería
de Sanidad

INTERVENCIONES PARA OPTIMIZAR LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN TRANSICIONAL PARA PERSONAS QUE VIVEN CON MULTIMORBILIDAD: INFORME DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Informe de evaluación de tecnologías sanitarias elaborado por el Servicio de Evaluación de la Dirección del Servicio Canario de la Salud (SESCS) para la Dirección General del Paciente y Cronicidad del Servicio Canario de la Salud.

Fecha de solicitud del informe: 30 de abril de 2024

Fecha de primera versión del informe: 20 de noviembre de 2024

Fecha de informe definitivo: 13 de diciembre de 2024

Responsable del Servicio y Persona de Contacto: Lilisbeth Perestelo Pérez

Autores del informe: Tasmania del Pino-Sedeño, Alejandra Abrante-Luis, Beatriz González de León, Yadira González-Hernández, Miguel García Hernández, Juan Antonio López Rodríguez y José Ramón Vázquez Díaz.

Documentalista: Estefanía Herrera Ramos.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	6
3.- OBJETIVOS DEL INFORME	7
4.- METODOLOGÍA	8
4.1 Revisión Sistemática de la Evidencia Científica	8
4.2 Revisión Externa del Informe	11
5.- RESULTADOS	12
5.1 Características de los Estudios Incluidos.....	14
5.2 Riesgo de Sesgo en los Estudios Individuales	29
5.3 Certeza de la Evidencia	30
5.4 Resultados de los Estudios Individuales y de la Síntesis	30
5.5 Sesgo de Publicación.....	38
6.- DISCUSIÓN.....	39
7.- CONCLUSIONES.....	42
8.- RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS.....	46
REVISORES EXTERNOS.....	52
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS.....	52
AGRADECIMIENTOS	52
ANEXO 1. Estrategia de Búsqueda	53
ANEXO 2. Estudios Excluidos y Motivo de Exclusión	70
ANEXO 3. Resumen de los Hallazgos de las Intervenciones de Atención Transicional en Comparación con la Atención Habitual para el Tratamiento de la Multimorbilidad	80
ANEXO 4. Resultados de los Metanálisis, Subgrupos y Análisis de Sensibilidad	84
ANEXO 5. Resultados de los Análisis de Metarregresión.....	97
ANEXO 6. Figuras Suplementarias	99

Resumen ejecutivo:

Tecnología evaluada: Intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional.

Indicación: Multimorbilidad.

Eficacia y seguridad: Se incluyeron 21 estudios (N=5790). Los datos sugieren que las estrategias de transición no reducen la mortalidad ni las hospitalizaciones, aunque aumentan ligeramente las visitas a urgencias (1 mes: DM: 1,00; IC95%: 0,10, 1,90; 2 meses: DM: 1,66; IC95%: 0,44, 2,88) y la duración de la estancia (DM: 0,27; IC95%: 0,06, 0,47) tras la intervención. Las estrategias de transición pueden mejorar ligeramente la depresión (DME: -0,27; IC95%: -0,47, -0,06), la autoevaluación de la salud (1 mes DM: 10,00; IC95%: 0,12, 19,88) y la percepción del estado de salud de los pacientes a corto plazo (1 mes: DM: 0,22; IC95%: 0,19, 0,42), aunque estos efectos disminuyen a los 3 meses. Hay evidencia limitada sobre el impacto en la salud física y mental, actividades de la vida diaria, apoyo social o carga del cuidador, sin diferencias significativas en eventos adversos, satisfacción o adherencia. En general, las estrategias de transición pueden aportar beneficios de salud a corto plazo, pero sus efectos a largo plazo siguen siendo inciertos.

Recomendación: De acuerdo con la evidencia disponible en el momento de la elaboración de este informe sobre intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional para personas que viven con multimorbilidad y considerando la calidad de la evidencia, se sugiere la incorporación de intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos (recomendación débil). Se sugiere valorar, cada caso de multimorbilidad en particular, y tener en cuenta los valores y preferencias del paciente.

1.- INTRODUCCIÓN

Aunque la definición del concepto de multimorbilidad aún está en debate (1), la multimorbilidad se define habitualmente como la coexistencia de al menos dos condiciones crónicas (2), o cualquier combinación de una enfermedad con otra (aguda o crónica) o un factor biopsicosocial (asociado o no) o un factor de riesgo somático, en el mismo individuo (3,4). Esta condición ha surgido como uno de los mayores desafíos para nuestra sociedad. La prevalencia global de la multimorbilidad es del 37,2 %, con diferencias demográficas y regionales notables, con una mayor prevalencia en regiones desarrolladas como América del Norte, Europa y Asia (5). Esta condición tiene consecuencias significativas tanto para los pacientes como para los sistemas de salud. Para los pacientes, la presencia de multimorbilidad se asocia con una mayor tasa de mortalidad, una capacidad funcional reducida y una menor calidad de vida. Para los sistemas de salud, implica un mayor uso de servicios sanitarios y costes, lo que representa una carga considerable que afecta la sostenibilidad del sistema sanitario (6–8).

En la actualidad, la mayoría de los sistemas de salud están diseñados y orientados hacia el tratamiento de condiciones individuales. Sin embargo, la continuidad de la atención es especialmente importante y desempeña un papel fundamental para las personas con necesidades complejas, como aquellas que viven con multimorbilidad (9). La fragmentación de la atención, entendida como la falta de coordinación entre los proveedores de atención médica y los diferentes niveles asistenciales, es un factor clave que contribuye a una atención inconsistente (10–12). La mala coordinación de los servicios, resultante del enfoque tradicional centrado en la enfermedad, aumenta la probabilidad de que los pacientes reciban una atención altamente fragmentada, lo que conduce a intervenciones clínicas ineficaces, ineficientes y posiblemente perjudiciales (13). Por lo tanto, la magnitud de la multimorbilidad requiere una transición de un enfoque centrado en la enfermedad a un enfoque centrado en la persona en todo el sistema de salud, con especial énfasis en el desarrollo de servicios integrados y coordinados (11,14,15).

Entre los factores que influyen negativamente las transiciones de atención destacan la transferencia de pacientes entre entornos hospitalarios, los diferentes niveles de atención, los proveedores de servicios de salud y las transiciones hacia y desde el hogar (16). Los pacientes enfrentan múltiples dificultades para navegar en el sistema de salud, por lo que el proceso de transición entre el hogar y el hospital, tanto al ingreso como al alta, tiene un gran impacto en su experiencia y bienestar (16).

La atención transicional se ha descrito como un amplio conjunto de servicios temporales diseñados para garantizar la continuidad de la atención, prevenir resultados negativos evitables y facilitar una transferencia segura y oportuna de los pacientes entre distintos niveles o entornos de atención (17).

En pacientes con multimorbilidad, la atención transicional es un elemento clave para implementar estrategias de intervención que podrían abordar la fragmentación del sistema de salud, mejorar la coordinación y aumentar la continuidad de la atención, logrando así mejores resultados y una mejor experiencia para los pacientes (18).

A pesar de las numerosas y variadas intervenciones dirigidas a mejorar la atención transicional

(18), su impacto en los sistemas de salud —y, en particular, en los resultados de salud de los pacientes con multimorbilidad— sigue siendo desconocido.

La realización de este informe preliminar pretende dar respuesta a la solicitud llevada a cabo por la Dirección General del Paciente y Cronicidad del Servicio Canario de la Salud, con el fin de evaluar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones que apoyan la transición asistencial en personas que viven con multimorbilidad.

2.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A partir de la solicitud recibida y del contexto descrito, la pregunta de investigación se ha formulado de la siguiente manera: *¿Cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones que apoyan la transición asistencial en personas con multimorbilidad en comparación con el cuidado habitual?*

3.- OBJETIVOS DEL INFORME

- Identificar, evaluar críticamente y sintetizar el conocimiento científico disponible sobre las intervenciones que apoyan la transición asistencial en personas que viven con multimorbilidad, así como su impacto en la calidad de vida y la satisfacción con la atención médica recibida.
- Formular recomendaciones para la implementación de estas intervenciones en el Servicio Canario de la Salud.

4.- METODOLOGÍA

4.1 Revisión Sistemática de la Evidencia Científica

Se realizó una revisión sistemática (RS) con metaanálisis (MA) siguiendo la metodología establecida en el *Cochrane Handbook* (19). Los procedimientos y resultados se presentan de acuerdo con las directrices de la declaración de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (20). El protocolo de la revisión fue registrado en la base de datos PROSPERO (número de referencia CRD42024411106).

4.1.1 Criterios de Elegibilidad

Se aplicaron los siguientes criterios de selección:

Diseño: Ensayos controlados aleatorizados (ECA) publicados.

Se excluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos no aleatorizados (ECnA), estudios experimentales con diseño pre-post, estudios observacionales longitudinales y transversales, series de casos y casos aislados. También se excluyeron otros documentos, como revisiones narrativas, editoriales, presentaciones y resúmenes de congresos.

Población: Pacientes adultos y/o adultos mayores (>18 años) que vivieran con multimorbilidad (definida como la presencia de al menos dos enfermedades crónicas). Cuando no se indicó explícitamente que los pacientes presentaban multimorbilidad, los autores del presente informe confirmaron la presencia de al menos dos enfermedades crónicas basándose en los datos disponibles en la publicación.

Intervención: Cualquier intervención destinada a mejorar la experiencia de transición asistencial (entre entornos hospitalarios, centros residenciales para personas mayores y/o atención ambulatoria o en el hogar) en personas con multimorbilidad.

Comparador: Atención habitual, lista de espera o ausencia de intervención.

Medidas de resultado: Las medidas de resultado principal fueron calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la satisfacción del paciente, evaluadas mediante instrumentos validados.

También se tuvieron en cuenta otras medidas de resultado, tales como mortalidad, eventos adversos, actividades de la vida diaria (AVD), medidas de adherencia (como la Escala de Adherencia a la Medicación de Morisky), hospitalizaciones, duración de la estancia, visitas a urgencias, atención especializada y de atención primaria, otras medidas de resultados informados por los pacientes (apoyo social y estado de ánimo) y otras experiencias informadas por los pacientes (carga del cuidador), independientemente del período de seguimiento.

Idioma: Estudios publicados tanto en español como en inglés.

4.1.2 Fuentes de Información y Estrategia de Búsqueda

Una especialista en información elaboró la búsqueda en las bases de datos de Medline, Embase,

Registro Cochrane de Ensayos Controlados (CENTRAL), PsycInfo y CINAHL (del 20 al 23 de octubre de 2023). Tras consultar con expertos en el campo, la estrategia de búsqueda se diseñó en torno a los términos: *multimorbidity* y *transitional care*. Las búsquedas se limitaron a ECA y no se aplicaron restricciones de fecha. En el Anexo 1 del presente informe se puede consultar la estrategia de búsqueda empleada para cada una de las bases de datos consultadas.

Las referencias bibliográficas obtenidas se importaron al gestor de referencias Zotero 6.0.23, un programa de código abierto, donde se integraron en un archivo único. Este archivo fue procesado posteriormente por Deduklick, una aplicación de inteligencia artificial que permite la eliminación de duplicados de forma transparente. Las referencias únicas se exportaron luego a una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016 (Microsoft Corporation), donde se realizó una segunda verificación de duplicados y se procedió a la selección de estudios.

Para complementar la búsqueda en bases de datos electrónicas, se revisaron las listas bibliográficas de las publicaciones relevantes y se verificaron en Google Scholar los estudios que citaban los artículos seleccionados.

4.1.3 Proceso de Selección de Estudios

El proceso de selección de estudios se realizó de forma paralela e independiente. En una primera fase, se evaluaron los títulos y resúmenes de todas las publicaciones potencialmente relevantes identificadas en la búsqueda de literatura. Se obtuvo el texto completo de los estudios que parecían cumplir con los criterios de selección preestablecidos o en aquellos casos en los que la información disponible no permitía tomar una decisión concluyente. En una segunda fase, los artículos fueron leídos exhaustivamente a texto completo. Una vez finalizada esta lectura, se procedió a la puesta en común de resultados para determinar qué estudios eran finalmente incluidos en la presente RS. Cuando hubo duda y/o desacuerdo, se resolvió tras discusión y, cuando no hubo consenso, se consultó con un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados.

4.1.4 Proceso de Extracción de Datos y Elementos de Datos

La extracción de datos de los estudios incluidos fue realizada de forma paralela e independiente por los revisores. Cualquier duda y/o desacuerdo, se resolvió mediante discusión o, en caso necesario, consultando a un tercer revisor.

Se diseñó un formulario de extracción de datos en formato Excel, que fue probado en un pequeño número de estudios. La información extraída, de manera resumida, fue la siguiente:

- Características generales del estudio: autor, año de publicación, país, fuente de financiación del estudio, conflictos de interés declarados por los investigadores, objetivo del estudio, diseño, contexto, número de centros y tipo de cuidados de transición.
- Características de los participantes y criterios de elegibilidad.
- Detalles de la intervención y el comparador.
- Resultados: resultados junto con el momento de medición.

4.1.5 Riesgo de Sesgo de Estudios Individuales

El riesgo de sesgo fue evaluado de forma independiente y por duplicado por los revisores. Cuando hubo dudas y/o desacuerdos se resolvieron mediante discusión o, cuando fue necesario, con la intervención de un tercer revisor. Todas las discusiones y acuerdos quedaron documentados.

Para evaluar el riesgo de sesgo de los ECA, se utilizó la herramienta RoB 2.0 de la Colaboración Cochrane. Esta herramienta incluye los criterios clásicos para evaluar la calidad metodológica de

los ECA y examina si se evitaron o minimizaron los posibles sesgos en varias áreas: sesgo de selección (si la generación de la secuencia de asignación de sujetos a cada grupo fue aleatoria y si se hizo de manera adecuada); sesgos de realización y detección (si se utilizaron métodos de enmascaramiento adecuados en la asignación a los grupos y de la medida de resultado), sesgo de desgaste (si hubo abandonos y pérdidas en el seguimiento y limitaciones en el análisis de los datos perdidos) y sesgo de descripción de los resultados (discrepancia entre las medidas del protocolo y de las publicaciones), entre otros.

Atendiendo a la clasificación de los mencionados criterios, los estudios se clasificaron globalmente como de baja, poco clara o alta probabilidad de sesgo.

4.1.6 Medidas de Efecto

Para los resultados dicotómicos, como mortalidad y eventos adversos, se estimó el riesgo relativo (RR). Para los resultados continuos, como CVRS, satisfacción del paciente, adherencia, AVD, hospitalizaciones, urgencias, visitas a atención especializada y primaria, duración de la estancia, apoyo social, estado de ánimo y carga del cuidador, se registraron los valores medios postintervención y su desviación estándar (DE) por grupo, o bien los cambios entre los valores medios pre y postintervención, dependiendo de la variable analizada. El efecto de la intervención se expresó a través de la diferencia de medias (DM) o la diferencia de medias estandarizada (DME). En todos los casos, se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC95%).

4.1.7 Métodos de Síntesis

Se llevó a cabo una síntesis narrativa con apoyo de tablas para resumir la información recopilada. Adicionalmente, si los estudios eran suficientemente homogéneos, se realizó una síntesis cuantitativa o metanálisis (MA) de los resultados usando el programa estadístico STATA (versión 17).

Para los resultados dicotómicos, se estimó el RR mediante el método del inverso de la varianza (21). Para los resultados continuos, se registraron los valores medios postintervención y su DE por grupo, o bien los cambios entre los valores medios pre y postintervención, según la variable analizada. El efecto de la intervención se estimó utilizando como método de ponderación el inverso de la varianza (21), a través de la DM o la DME. En todos los casos, se calcularon los intervalos de confianza al 95% (IC95%).

La heterogeneidad estadística en los resultados del MA se evaluó gráficamente, presentando los efectos estimados y sus IC95% de cada estudio en un *forest plot*. Además, se empleó el test estadístico de heterogeneidad de la I^2 de Higgins et al. (22) para calcular el porcentaje de variabilidad debida a heterogeneidad entre estudios y no al azar. Si el estadístico I^2 presentaba un valor igual o inferior al 50%, se emplearían modelos de efectos fijos por defecto. En caso de heterogeneidad ($I^2 > 50\%$) (23), se emplearon modelos de efectos aleatorios. En presencia de heterogeneidad inexplicada ($I^2 > 90\%$), se optó por una síntesis narrativa de la evidencia.

Se anticiparon varias fuentes de heterogeneidad relacionadas con las características de los diseños de los estudios, la población y las intervenciones. Las variables predictoras incluyeron el riesgo de sesgo, edad, sexo, número de enfermedades, apoyo social estructural (cohabitación o estado civil), tiempo de seguimiento, y tipo, modalidad (presencial, telefónica y/o digital) y proveedor de la intervención. El efecto de estas variables sobre la efectividad se exploró mediante análisis de subgrupos (por tiempo de seguimiento, riesgo de sesgo, tipo de intervención, modalidad y proveedor) y metarregresión (edad, sexo, número de enfermedades y apoyo social estructural) cuando el número de estudios fue suficiente ($K \geq 10$), empleando el comando *metareg* en STATA versión 17. En cada análisis de subgrupos, se evaluó la interacción mediante una prueba

de χ^2 .

Además, se planteó analizar la contribución individual de cada estudio a la heterogeneidad observada, excluyendo uno por uno en los casos en que existía un fundamento clínico o metodológico. En aquellos casos donde las estimaciones del análisis primario y del análisis de sensibilidad diferían significativamente, se consideró presentar el dato sin evidencia de imprecisión (estimaciones ajustadas del análisis de sensibilidad) o presentar el análisis primario y, en consecuencia, reducir la certeza de la evidencia (ver apartado 4.1.9, Certeza de la Evidencia).

Cuando se identificaron múltiples informes del mismo estudio, se vincularon como un solo estudio, y se consideró la publicación más reciente como la principal.

4.1.8 Evaluación del Sesgo de Publicación

El sesgo de publicación se evaluó mediante la inspección visual de los gráficos de embudo y el cálculo de la prueba de regresión de Egger. Estos análisis se realizaron utilizando los comandos metafunnel y metabias de STATA versión 17.

4.1.9 Certeza de la Evidencia

La certeza de la evidencia se evaluó para todos los resultados utilizando la metodología establecida por el *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE Working Group). En esta evaluación se consideraron varios factores, como el riesgo de sesgo, la inconsistencia, la indireccionalidad, la imprecisión, el sesgo de publicación, la magnitud del efecto, la relación dosis-respuesta y cualquier posible confusión residual (Balslem et al., 2011). Los niveles de certeza se categorizaron como alto, moderado, bajo o muy bajo (Atkins et al., 2004).

Además, se creó una tabla de Resumen de Hallazgos para presentar la comparación principal y los resultados de manera resumida (24).

4.2 Revisión Externa del Informe

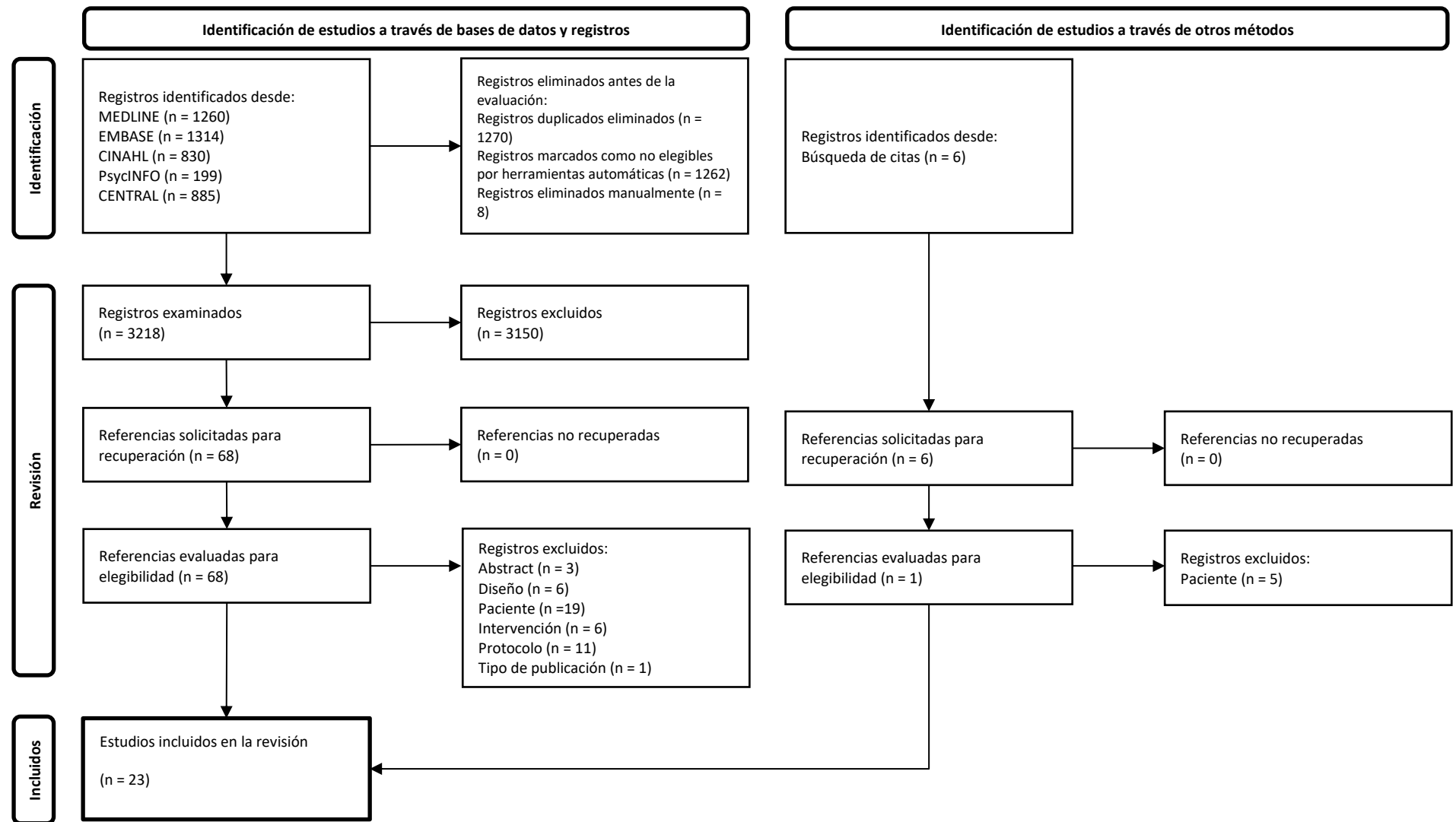
Una versión externa del presente informe se sometió a valoración por parte de un clínico experto en Epidemiología y Salud Pública del Grupo EpiChron de Investigación en Enfermedades Crónicas y una enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. A continuación, se revisó el informe y se incorporaron las mejoras sugeridas tras el criterio de la autoría.

5.- RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica produjo un total de 3218 referencias en las bases de datos consultadas, tras eliminar los duplicados. Se seleccionaron 68, y después de la revisión del texto completo, finalmente se incluyeron 20 estudios. Adicionalmente, en la búsqueda manual se localizó un estudio adicional. Así, la selección final incluyó 21 estudios informados en 23 artículos (25–47). La lista de referencias excluidas, junto con la principal razón de su exclusión, se encuentra en el Anexo 2.

El proceso de selección de estudios se describe en la Figura 1. Las características de los estudios incluidos están detalladas en la Tabla 1.

Figura 1. Proceso de Selección de Estudios



5.1 Características de los Estudios Incluidos

Las principales características de los estudios incluidos se resumen en la Tabla 1. Los estudios fueron publicados en inglés entre 1992 y 2023. De los 21 estudios incluidos, casi todos presentaron un modelo de atención transicional para pacientes que comenzaba en el hospital y continuaba en el hogar u otros entornos tras el alta. Solo el estudio de Lanzeta et al. (30) se centró en un modelo de atención sanitaria integrada orientado a mejorar la comunicación entre los profesionales de atención primaria y hospitalaria, con la intervención implementada dentro del hospital.

En total, los 21 estudios reclutaron a 5790 pacientes, con un promedio de 276 participantes por estudio y una pérdida total de 780 pacientes (13,47%). El estudio más pequeño y el más grande incluyó 32 (29) y 840 pacientes (32), respectivamente. La edad media fue de 75,76 años (DE= 7,77). Todos los participantes presentaban multimorbilidad, aunque la definición de esta condición variaba según el estudio. Para obtener más detalles, consulte la Tabla 2.

Las intervenciones evaluadas en los estudios fueron programas de transición de atención que desarrollaron planes personalizados con el paciente o evaluaron diversas áreas (por ejemplo, estado médico, psicológico y social), con un enfoque predominante en la atención transicional en el hogar (25,26,28,31,33,34,36,37,42,45,47), implementados principalmente por personal de enfermería en entornos domiciliarios y telefónicos.

La atención coordinada entre niveles asistenciales siguió a este enfoque, implementada de forma independiente (30) en combinación con la atención transicional en el hogar (27,32,35,40,41,43,46) implementada por equipos multiprofesionales. Algunos estudios destacaron la inclusión de especialistas médicos o enfermeras. Cabe destacar que Rollman et al. (41) añadieron un enfoque en el cuidado de la depresión dentro de los marcos de atención transicional y coordinada.

Además, Stevens-Lapsley et al. (44) se centraron en ejercicios administrados por fisioterapeutas en entornos domiciliarios. Han et al. (29) implementaron una intervención combinada de ejercicio y nutrición proporcionada por un dietista y un fisioterapeuta, a través de visitas domiciliarias y apoyo telefónico.

La duración de estas intervenciones varió significativamente, reflejando los diversos enfoques dentro de los programas de transición de atención. Las duraciones más comunes fueron de seis meses (27,28,33,34,36,37,40,43) o doce meses (30,41,46). La intervención más breve duró cinco días después del alta (Lindpaintner et al., 2013), mientras que la más extensa se prolongó por más de dos años (Lear et al., 2021) (ver Tabla 1).

En general, los grupos de control recibieron atención estándar, adaptada a las condiciones médicas específicas de los pacientes. Para obtener más detalles sobre los grupos de intervención y control, consulte la Tabla 1.

En cuanto a las medidas de resultado, una parte significativa de los estudios evaluó la CVRS, las hospitalizaciones, las visitas médicas y la mortalidad. La información detallada sobre las

variables evaluadas se encuentra en la Tabla 3.

Tabla 1. Características de los Estudios Incluidos, Intervenciones y Grupos de Control

Primer autor, año	País	Contexto	Centros (N)	Diseño	Intervención	Tipo de intervención	Periodicidad	Total, duración (meses)	Proveedor	Modalidad	Grupo de control	Financiación
Bernocchi, 2018	Italia	Hospital	3	ECA	Programa de telerehabilitación domiciliaria integrada	CTD	Semanal	4 m	MT (sin EM)	Digital + teléfono	Grupo control	Sí
Chow, 2014	Hong Kong	Hospital	1	ECA	Visitas domiciliarias	CTD	Semanal	1 m	Enfermeras	Domicilio + teléfono	Sin intervención	Sí
					Llamadas telefónicas	CTD	Semanal	1 m	Enfermeras	Teléfono		
Courtney, 2009	Australia	Hospital	1	ECA	Protocolo de planificación de alta y seguimiento domiciliario para pacientes mayores hospitalizados	AC + CTD	Semanal y mensual	6 m	MT (sin EM)	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Gallo, 2023	EE. UU.	Hospital	1	ECA	Mi Puente	CTD	NI	6 m	Enfermeras	Teléfono	AH	Sí
Han, 2023	Australia	Hospital	1	ECA	Plan de cuidados individualizado con ejercicio y nutrición	Ejercicio y nutrición	NI	3 m	MT (sin EM)	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Lanzeta, 2016	España	Centro de Atención Primaria + Hospital	8	ECA clúster	Modelo de atención integrada	AC	NI	12 m	MT (con EM)	Hospital	AH	No
Lear, 2021	Canadá	Centro de Atención Primaria	71	ECA	Atención coordinada	CTD	1 a 2/ semana	24 m	MT (sin EM)	Digital + teléfono	AH	Sí
Lee, 2015	Singapur	Hospital	1	ECA	Programa de atención transicional	AC + CTD	NI	3 m	MT (con EM)	Domicilio + teléfono	AH	NI
Lembeck, 2019	Dinamarca	Hospital	1	ECA	Planificación del alta	CTD	NI	6 m	Enfermeras	Domicilio	AH	Sí
Liang, 2021	Taiwán	Hospital	1	ECA	Programa de teleatención	CTD	1 visita/3 meses	6 m	MT (con EM)	Domicilio + digital	Grupo control	Sí

Lindpaintner , 2013	Suiza	Hospital	1	ECA	domiciliaria Plan de alta individualizado	AC + CTD	NI	5 días post- alta	Enfermeras	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Markle-Reid, 2021	Canadá	Hospital	3	ECA	<i>The Community Assets Supporting Transitions</i>	CTD	Mensual	6 m	Enfermeras	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Melin, 1995	Suecia	Centro de Atención Primaria	1	ECA	Atención en equipo (programa de intervención domiciliaria liderado por médicos de atención primaria)	CTD	NI	6 m	MT (sin EM)	Domicilio	AH	Sí
Meyer, 2022	Alemania	Hospital	1	ECA	Programa de alta intersectorial personalizado	AC + CTD	NI	6 m	MT (con EM)	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Rollman, 2021	EE. UU.	Universida d + Hospital	8	ECA	Atención combinada AH mejorada	AC + CTD AC + CTD	NI 1 a 4/semana (primeros 3 meses) Mensual Diario en hospital NI	12 m 12 m	Enfermeras Enfermeras	Teléfono Teléfono	AH	Sí
Sahota, 2016	R. U.	Centro Médico Queen's	1	ECA	Servicio CIRACT	CTD	NI	NI	MT (sin EM)	Domicilio	AH	Sí
Schapira, 2022	Argentina	Hospital	1	ECA	Cogestión geriátrica y atención transicional interdisciplinaria	AC + CTD	NI	6 m	MT (con EM)	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Stevens-Lapsley, 2023	EE. UU.	Hospital	2	ECA	Intervención PHIT	Ejercicio	3 visitas/semana	1 m	Fisioterapeu ta	Domicilio	AH	Sí
Toles, 2023	EE. UU.	Centro de enfermería especializada y consultori	6	ECA clúster	<i>Connect-Home</i>	CTD	NI	1 m	Enfermeras	Domicilio + teléfono	AH	Sí

		o de atención médica a domicilio										
Wilhelmson, 2022	Suecia	Hospital	1	ECA	Evaluación Geriátrica Integral	AC + CTD	NI	12 m	MT (con EM)	Domicilio + teléfono	AH	Sí
Zimmerman , 2017	EE. UU.	Centro de cuidados agudos + centro médico académic o	1	ECA	Intervención de transición de cuidados domiciliarios	CTD	NI	Grupo 1- 2: 2 m Grupo 3: 1 m Grupo 4: 1 seguimie nto	Enfermeras	Domicilio + teléfono	AH	Sí

Nota. AC: Atención coordinada; AH: Atención habitual; CTD: Cuidado de transición domiciliario; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; EE.UU.: Estados Unidos; EM: Especialista en medicina; m: meses; MT: Multiprofesional; N: Número de centros; NA: No aplica; NI: No informado; PHIT: Progresivo, alta intensidad; R.U.: Reino Unido.

Tabla 2. Criterios de Selección y Características Iniciales de los Participantes

Primer autor, año	N		Edad Media (DE) Rango	Condición de salud	Multimorbilidad	Condiciones clínicas	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
	A	P						
Bernocchi, 2018	112	32	70 (9) NI	Pacientes multimórbidos	≥2 problemas crónicos de salud	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardíaca	1. Mayor de 18 años 2. Diagnóstico confirmado de ICC (clase II-IV de la NYHA) documentado en ecocardiograma (<12 meses) 3. Diagnóstico confirmado de EPOC (GOLD B, C y D) documentado en espirometría (<12 meses) 4. Consentimiento informado firmado	1. No regreso al hogar tras la hospitalización 2. Limitaciones de actividad física por condiciones no cardíacas/pulmonares 3. Expectativa de vida limitada (<6 meses) 4. Deterioro cognitivo grave (MMSE <16)
Chow, 2014	312	31	76 (NI) 60-92	Adultos mayores con comorbilidades	≥2 problemas crónicos de salud	Diagnóstico médico relacionado con enfermedades respiratorias crónicas, cardíacas, diabetes tipo 2 y renales	1. Mayores de 65 años 2. Diagnóstico médico relacionado con enfermedades crónicas respiratorias, cardíacas, diabetes tipo 2 y renales 3. Capacidad para hablar cantonés 4. Residente en el área del hospital 5. Posibilidad de contacto telefónico tras el alta	1. MMSE <20 2. Alta a cuidado institucional 3. Seguimiento en programa de gestión de enfermedades 4. Incapacidad para comunicarse 5. Enfermos terminales
Courtney, 2009	128	21	78,8 (6,9) NI	En alto riesgo de reingreso hospitalario	Múltiples comorbilidades (95% de la muestra)	Cardiopatía, enfermedad respiratoria, gastrointestinal, ortopédica, endocrina, caídas, depresión, apoyo social deficiente, deterioro funcional	1. Edad de 65 años o más 2. Admitido con diagnóstico médico 3. Al menos un factor de riesgo de reingreso (edad 75 años, múltiples ingresos en los últimos 6 meses, múltiples comorbilidades, vivir solo, falta de apoyo social, autoevaluación de salud deficiente, deterioro funcional moderado a severo, y antecedentes de depresión)	1. Requiere oxígeno en el hogar 2. Incapacidad para caminar 3m de forma independiente 3. Déficit o enfermedad neurológica o cognitiva
Gallo, 2023	536	175	62,3 (13,19) NI	Adultos con múltiples afecciones cardiometabólicas y problemas de salud conductual	≥2 afecciones cardiometabólicas y ≥1 problema de salud conductual	NI	1. Etnia hispana/latina 2. Edad ≥18 años 3. Dominio del inglés o español 4. ≥2 afecciones cardiometabólicas (obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedades cerebrovasculares o cardiovasculares)	1. Estar embarazada 2. Tener una enfermedad que pusiera en peligro su vida 3. No poder dar su consentimiento informado 4. Estar siendo dada de alta a un lugar distinto de su domicilio

							5. ≥1 problema de salud conductual (síntomas de depresión o ansiedad, angustia relacionada con enfermedades, estrés crónico, tabaquismo, abuso de alcohol, incumplimiento de la medicación y/o falta de atención médica ambulatoria)	5. No tener acceso a un teléfono
Han, 2023	32	5	79,15 (NI) NI	Adultos mayores prefrágiles y frágiles hospitalizados	Índice de Charlson ≥3 y EFS ≥6	Diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, superviviente de cáncer, deterioro funcional o caída, mieloma múltiple, fibrilación auricular, exacerbación de EPOC, infección o sepsis	1. Adultos mayores de 65 años o más 2. Residir en la Red de Salud Local del Sur de Adelaida (SALHN) 3. Puntuación EFS ≥6 4. Ser capaz de comprender instrucciones en inglés 5. Sin deterioro cognitivo (examen del estado Mini-Mental (MMSE) ≥25) 6. Tener acceso a un teléfono móvil o fijo	1. Recibe cuidados paliativos 2. Recibe oxígeno en el hogar o el médico tratante determina que no es seguro participar
Lanzeta, 2016	140	39	78,2 (NI) NI	Pacientes multimórbidos	≥2 problemas crónicos de salud	NI	1. Al menos un episodio de hospitalización durante el último año 2. Clasificado como paciente pluripatológico según los criterios de la Junta de Andalucía 3. Consentimiento informado por escrito	1. Negativa del paciente a participar en el estudio 2. Vivir en un asilo de ancianos 3. Estar en hemodiálisis
Lear, 2021	230	1	70,5 (9,10) NI	Pacientes con múltiples enfermedades crónicas	≥2 problemas crónicos de salud	Enfermedad cardíaca isquémica, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, enfermedad renal crónica, y EPOC	1. Acceso diario a internet 2. Mayor de 19 años 3. Fluidez en inglés 4. Presencia de 2 o más de las siguientes condiciones: diabetes, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad renal crónica o EPOC	1. Comorbilidades significativas (excluyendo las cinco condiciones objetivo) que puedan interferir con la gestión efectiva 2. Pacientes con procedimientos quirúrgicos programados 3. Incapacidad para dar consentimiento informado
Lee, 2015	840	13	68 (14,5) NI	Pacientes de alto riesgo con múltiples	≥2 problemas crónicos de salud	NI	1. Mayores de 21 años 2. 2 o más ingresos no programados a departamentos médicos seleccionados	1. No residentes 2. No contactables por teléfono 3. Sin dirección de residencia

				comorbilidades y necesidades de cuidado complejas			en los últimos 90 días 3. Puntuación de ≥ 10 en el índice LACE	4. Residentes en centros de cuidados a largo plazo
Lembeck, 2019	544	7	82,35 (NI) 65-102	Pacientes ancianos frágiles	≥ 3 problemas crónicos de salud	Accidente cerebrovascular, neumonía, infección del tracto urinario, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardíaca isquémica, fractura por fragilidad, artritis, causas sociales	1. Mayores de 65 años 2. Alta de cualquier diagnóstico en departamentos médicos, geriátricos, quirúrgicos u ortopédicos del Hospital Nykøbing Falster 3. Del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2014 4. Al menos 3 de 9 condiciones médicas y sociales: trastornos cognitivos y psiquiátricos, abuso de drogas o alcohol, falta de red social, bajo nivel de funcionamiento, múltiples medicamentos, contactos hospitalarios dentro de los 6 meses anteriores a la hospitalización de referencia, historial de caídas, sospecha de condiciones de vivienda que obstaculizan al paciente en sus actividades diarias	1. Alta entre las 4 pm y las 8 am en días laborables 2. Alta durante los fines de semana 3. Reingreso planificado 4. Necesidad de atención terminal 5. Pacientes o familiares no aptos para dar consentimiento
Liang, 2021	200	33	80,67 (7,29) NI	Pacientes con múltiples enfermedades crónicas y alto riesgo de readmisión	≥ 2 problemas crónicos de salud	NI	1. Edad > 65 años 2. Alto riesgo de readmisión con puntuación LACE ≥ 7 3. Disposición a participar	1. Cáncer en fase terminal 2. Demencia con incapacidad para comunicarse 3. Admisión en institución médica o residencia
Lindpaintner, 2013	60	0	75,15 (NI) NI	Alto riesgo de evento adverso y vulnerabilidad	≥ 2 problemas crónicos de salud	Cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes	1. Anticoagulación oral, insulina recién ordenada, polifarmacia o diagnóstico que requiere cuatro o más medicamentos 2. Uno o más criterios de vulnerabilidad: vivir solo, cuidado de heridas complejo, o ser cuidador de un adulto dependiente	1. Menores de 18 años 2. Condición terminal con expectativa de vida de 30 días 3. Participación en otro estudio 4. Dificultades en comunicación o programado para ingreso en residencia 5. Si se programó un ingreso a un hogar de ancianos para el mes siguiente o si su médico de atención primaria o la asociación local de enfermeras visitantes no participaban en el estudio
Markle-Reid,	127	28	NI	Adultos mayores	≥ 2 problemas	Hipertensión,	1. Edad ≥ 65 años	1. Alta a un centro de cuidados a largo

2021			(NI) NI	con multimorbilidad y síntomas de depresión	crónicos de salud	artritis, ansiedad o síntomas de depresión	2. Alta hospitalaria planificada hacia la comunidad 3. Autoinforme de al menos dos condiciones crónicas 4. Evaluación positiva de síntomas de depresión según una versión de dos preguntas del Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) 5. Permanencia en la comunidad durante el estudio 6. Realización de una prueba de detección cognitiva (obtuvieron al menos 5 respuestas correctas en el Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) 7. Competencia en inglés o francés o tenían un intérprete disponible	plazo o de atención terciaria
Melin, 1995	249	6	81,06 (NI) NI	Riesgo de hospitalización prolongada	≥2 problemas crónicos de salud	Enfermedad cardiovascular, enfermedad circulatoria	1. De mayo de 1988 a octubre de 1990 2. Pacientes a la espera de alta hospitalaria con riesgo de estancia prolongada 3. Enfermos crónicos médicamente estables 4. Dependencia en 1-5 AVD de Katz	1. Demencia 2. Afasia 3. Residencia en hoteles de servicios
Meyer, 2022	110	23	78 (NI) 10 (IQR)	Pacientes multimórbidos	Coexistencia de múltiples (2 o más) enfermedades crónicas o agudas que requieren tratamiento	Hipertensión, enfermedad cardíaca, arritmia, enfermedad renal crónica, diabetes, disfunción tiroidea, historial de cáncer, enfermedad neurológica, artrosis, enfermedad gastrointestinal, depresión, dolor crónico, deterioro sensorial, incoherencia/delirio y deterioro	1. Edad ≥60 años 2. Afectados por multimorbilidad 3. Admitidos para tratamiento de enfermedad aguda 4. Afectados por al menos 2 síndromes geriátricos que requieren rehabilitación 5. Capacidad para consentir	1. Condiciones potencialmente mortales, discapacidad grave, y trastornos neuropsiquiátricos que interfieren en la comunicación

Rollman, 2021	629	160	63,64 (NI) NI	Pacientes con insuficiencia cardíaca y depresión comórbida	≥2 problemas crónicos de salud	cognitivo Insuficiencia cardíaca, depresión, hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, infarto de miocardio, cirugía de bypass de la arteria coronaria, desfibrilador implantado, insuficiencia renal	1. Edad ≥21 años 2. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo ≤45% 3. Síntomas de clase II a IV según NYHA 4. Se les administró el cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) para detectar depresión (clasificaron el cuestionario PHQ-2 como positivo cuando un paciente respondió "sí" a al menos 1 ítem del PHQ, se requirió que los pacientes estuvieran médicamente estables y que se les diera el alta para irse a casa; no tuvieran abuso de alcohol, abuso de sustancias o trastorno bipolar en ese momento; no estuvieran en tratamiento con un especialista en salud mental ni informaran tendencias suicidas activas; no tuvieran barreras de comunicación; y fueran mentalmente competentes para dar su consentimiento) 5. Se les administró el PHQ-9 y se les requirió que obtuvieran una puntuación de 10 o más.	1. Recibir tratamiento activo por un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad por parte de un especialista en salud mental 2. Estado médico inestable, según lo indicado por la historia clínica, el examen físico y/o los hallazgos de laboratorio 3. Presencia de afecciones no cardiovasculares que probablemente sean fatales dentro de los 12 meses 4. Síndromes orgánicos del estado de ánimo, incluidos aquellos secundarios a enfermedades médicas o medicamentos 5. Ideación suicida 6. Enfermedad psicótica actual o antecedentes de enfermedad según los criterios del DSM-IV 7. Enfermedad bipolar actual o antecedentes según el autoinforme del paciente, los antecedentes médicos y los criterios del DSM-IV 8. Abuso actual de alcohol u otras sustancias, según lo evidenciado por la revisión de la historia clínica y el cuestionario AUDIT-C 9. Edad ≤ 21 años
Sahota, 2016	250	38	84,1 (6,3) 67-99	Personas mayores frágiles admitidas en hospital por emergencia médica aguda	Índice de Charlson ≥5	NI	1. Edad ≥70 años 2. Registrados con un médico de cabecera en el Grupo de Comisionamiento Clínico en la ciudad de Nottingham	1. Confinamiento en cama antes de la admisión o en estado moribundo 2. Cuidados paliativos 3. Previamente incluido en el ensayo 4. Incapacidad para ser evaluado dentro de las 36 horas posteriores a la admisión 5. Residentes en hogares de ancianos
Schapira, 2022	240	0	85,65 (NI) NI	Pacientes mayores frágiles	Índice de Charlson ≥5	Demencia, pérdida de audición, baja agudeza visual,	1. Edad ≥75 años 2. Admisión hospitalaria no planificada en el servicio de medicina interna	1. Expectativa de vida menor de 6 meses 2. Rechazo a participar en el estudio

						caídas, catéter urinario, alimentación enteral, riesgo social alto/moderado, infección respiratoria, delirio, enfermedad cardiovascular, fractura de cadera, infección urinaria, enfermedad gastrointestinal	3. Cumplimiento de la definición de fragilidad según el índice de fragilidad	
Stevens-Lapsley, 2023	150	0	76,65 (NI) 56-95	Pacientes en alto riesgo de resultados adversos tras hospitalización	Al menos tres condiciones comórbidas	NI	1. Edad >55 años 2. Con al menos tres condiciones comórbidas 3. Referido para fisioterapia domiciliaria tras hospitalización o confinamiento por COVID	1. Incapacidad para caminar 3m sin ayuda 2. Velocidad de marcha >1.0 m/s 3. Contraindicaciones para entrenamiento de resistencia de alta intensidad 4. Complicaciones médicas significativas que impiden participación segura 5. Cirugía reciente de reemplazo articular 6. Tratamiento activo contra el cáncer 7. Tratamiento de diálisis actual 8. Síndrome coronario agudo 9. Accidente cerebrovascular agudo 10. Amputación de una extremidad inferior 11. Deterioro cognitivo grave
Toles, 2023	327	104	76,5 (9,51) NI	Pacientes dependientes para la movilidad en la admisión al CEE y con al menos una enfermedad médica seria	Índice de Charlson ≥5	Infección, fractura de cadera, otra fractura, insuficiencia cardíaca congestiva, problemas pulmonares, accidente	1. Capacidad para hablar inglés 2. Dependencia de movilidad en la admisión al CEE 3. Diagnóstico de al menos una enfermedad médica seria 4. Cuidador dispuesto a participar (los elegibles podían hablar inglés y se esperaba que cuidaran al paciente en	1. Reingreso hospitalario planificado en los próximos 90 días

Wilhelmson, 2022	178	23	86,85 (NI) 75-101	Personas mayores frágiles	CIRS-G ≥ 3	cerebrovascular y otros Prefrágil, frágil, caídas, dolor abdominal o torácico, síncope, piernas hinchadas, infección, condición deteriorada/fatiga y otros	casa después del CEE) 1. Edad ≥ 75 años 2. Necesidad de ingreso en una sala de medicina o geriatría 3. Evaluado como frágil según el FRESH-screening	1. Necesidad de un nivel de atención superior al que pueden proporcionar las salas de estudio 2. No admitidos a través del departamento de urgencias
Zimmerman, 2017	263	41	61 (15) NI	Pacientes con tres o más enfermedades crónicas	≥ 3 problemas crónicos de salud	Hipertensión, osteoartritis, hiperlipidemia, diabetes mellitus, problemas pulmonares crónicos	1. Pacientes adultos (≥ 19 años) 2. Dado de alta del hospital a su hogar 3. Que tengan tres o más enfermedades crónicas 4. Residente dentro de un radio de 40 millas del centro de atención aguda 5. Que puedan oír, hablar y leer en inglés 6. Puntuación ≥ 17 en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)	1. Enfermedad terminal con expectativa de vida < 6 meses 2. Puntuación < 17 en la Evaluación Cognitiva de Montreal 3. Involucrados en otro programa formal de transición de cuidados 4. Programados para recibir atención domiciliaria

Nota. A: Aleatorizados; AUDIT-C: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; AVD: Actividades de la vida diaria; CEE: Centro de enfermería especializada; CIRS-G: *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics*; DE: Desviación estándar; DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales– IV; EFS: *Edmonton Frail Scale*; EPOC: *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica*; GOLD: *Global initiative for chronic obstructive lung disease*; ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva; IQR: rango intercuartílico; LACE: *Length of stay, Acuity of admission, Comorbidities, and recent Emergency department use*; MMSE: *Mini Mental State Examination*; N: Número de pacientes; NI: No informado; NYHA: *New York Heart Association*; P: Perdidos; PHQ-9: *9-item Patient Health Questionnaire*; SPMSQ: *Short Portable Mental Status Questionnaire*.

Tabla 3. Medidas de Resultados en los Estudios Incluidos

Primer autor, año	CVRS	Satisfacción del paciente	Adherencia	Hospitalizaciones	Mortalidad	Visitas médicas	AVD	Eventos adversos	Apoyo social	Estado de ánimo	Carga del cuidador	Puntos de evaluación
Bernocchi, 2018	MLHFQ y CAT	Sí (ad hoc)	No	Reingresos hospitalarios	Sí	No	<i>Barthel Index</i>	No	No	No	No	4, 6 m
Chow, 2014	SF-36	No	No	Reingresos hospitalarios	No	No	No	No	No	No	No	1, 3 m
Courtney, 2009	SF-12v2	No	No	Reingresos hospitalarios	No	No	No	No	No	No	No	1, 3, 6 m
Gallo, 2023	PROMIS	No	No	Reingresos hospitalarios Duración de la estancia	Sí	Visitas a urgencias Visitas a domicilio, especialistas y atención primaria	No	No	No	No	No	1, 3, 6 m
Han, 2023	EQ-5D-5L	No	No	Reingresos no planificados Duración de la estancia	No	Visitas a urgencias	No	No	No	GDS	No	3, 6 m
Lanzeta, 2016	No	No	No	Reingresos hospitalarios Duración de la estancia	No	Visitas a domicilio, especialistas y atención primaria	<i>Barthel Index</i>	No	No	No	No	12 m

Lear, 2021	SF-36	No	No	Reingresos hospitalarios	No	No	No	No	MOS-SS	No	No	12, 24 m
Lee, 2015	No	Sí (ad hoc)	No	Reingresos hospitalarios	No	Visitas a urgencias	No	No	No	No	No	1, 2, 3 m
Lembeck, 2019	No	No	No	Reingresos hospitalarios Duración de la estancia	Sí	No	No	No	No	No	No	1 s 1, 3 m
Liang, 2021	C-EQ5D-5L y EQ-VAS	No	C-MABS	No	Sí	Visitas a urgencias	<i>Barthel Index</i>	No	No	No	No	3, 6 m
Lindpaintner, 2013	SF-12	Sí (ad hoc)	No	Reingresos hospitalarios Duración de la estancia	Sí	No	<i>No</i>	Reacciones adversas a medicamentos	No	No	<i>Caregiver Strain Index</i>	0–5, 6–30, 0–30 d
Markle-Reid, 2021	VR-12	No	No	No	No	No	No	No	PRQ-2000	GAD-7 y CESD-10	No	6 m
Melin, 1995	No	Sí (ad hoc)	No	No	No	No	<i>Katz Index</i>	No	No	No	No	6 m
Melin, 1993 [Linked to Melin, 1995]	No	No	No	No	No	No	<i>Katz Index</i>	No	Ad hoc	Ad hoc	No	6 m
Melin, 1992 [Linked to Melin, 1995]	No	No	No	Reingresos hospitalarios	No	No	<i>Katz Index</i>	No	Ad hoc	No	No	6 m
Meyer, 2022	EQ-5D-	No	No	Duración de la	Sí	No	No	No	No	GDS	No	1, 3, 6 m

	5L			estancia								
Rollman, 2021	MCS-12 yPCS-12	No	No	Reingresos hospitalarios	Sí	No	No	No	No	PROMIS- D y HRS- D	No	6, 12 m
Sahota, 2016	EQ-5D- 3L	No	No	Reingresos hospitalarios Duración de la estancia	No	No	<i>Barthel Index</i>	No	No	No	No	1, 3 m
Schapira, 2022	No	No	No	Reingresos hospitalarios	Sí	Visitas a urgencias	No	No	No	No	No	1, 6 m
Stevens- Lapsley, 2023	VR-12	No	No	Reingresos hospitalarios	Sí	Visitas a urgencias	No	Falls	No	No	No	1, 2, 3, 6 m
Toles, 2023	MQoL-R	No	No	No	No	No	No	No	No	No	<i>Zarit Caregiver Burden Scale</i>	1 s 1, 2 m
Wilhelmson, 2022	No	No	No	No	No	No	AVD	No	No	No	No	2 s 12 m
Zimmerman, 2017	EQ-5D- 3L	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	1, 2, 6 m

Nota. AVD: Actividades de la vida diaria; CAT: *COPD Assessment Test*; C-EQ5D-5L: *Chinese version of the EuroQol-5-Dimension-5-Level*; C-MABS: *Medication Adherence Behavior Scale*; CESD-10: *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 10-item tool*; CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud; d: días; EQ-5D-3L: *EuroQol-5-Dimension-3-Level*; EQ-5D-5L: *EuroQol-5-Dimension-5-Level*; EQ-VAS: *EuroQol Visual Analog Scale*; GAD-7: *Generalized Anxiety Disorder 7-item scale*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; HRS-D: *17-item Hamilton Rating Scale for Depression*; m: meses; MCS-12: *Mental Component Summary of the 12-item Short Form Health Survey*; MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; MOS-SS: *Medical Outcomes Study Social Support Scale*; MQoL-R: *McGill Quality of Life Questionnaire-R*; PCS-12: *Physical Component Summary of the 12-item Short Form Health Survey*; PROMIS: *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*; PROMIS-D: *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System–Depression*; PRQ-2000: *Personal Resource Questionnaire*; s: semanas; SF-12: *12-item Short Form Survey*; SF-36: *36-item Short Form Survey*; VR-12: *Veterans RAND 12-Item Health Survey*.

5.2 Riesgo de Sesgo en los Estudios Individuales

Las evaluaciones detalladas para cada uno de los dominios de riesgo de sesgo para los ECA en clúster y los ECA se presentan en las Figuras 2a y 2b, respectivamente.

El ECA en clúster de Lanzeta et al. (30) planteó preocupaciones sobre el riesgo de sesgo en el proceso de aleatorización y en el momento de identificación o reclutamiento de participantes dentro del clúster, ya que no proporcionó ninguna información sobre ninguno de estos dominios. Sin embargo, el estudio no mostró diferencias en la línea base entre los grupos ni desequilibrios que sugirieran una identificación o reclutamiento diferencial. Estas preocupaciones, combinadas con problemas relacionados con desviaciones de las intervenciones previstas, llevaron a un alto riesgo de sesgo global.

Figura 2a. Riesgo de Sesgo de los ECA clúster



En relación a los ECA, siete estudios plantean problemas con respecto al riesgo de sesgo de selección. Dos de estos estudios (35,37) no proporcionaron ninguna información sobre el proceso de aleatorización y mostraron diferencias en la línea base, lo que sugiere un alto riesgo de sesgo en este dominio. En contraste, Sahota et al. (42) y Zimmerman et al. (47) presentaron problemas similares, pero sin diferencias en la línea base, lo que resultó en un riesgo de sesgo poco claro para ambos estudios. Adicionalmente, tres estudios (27,33,34) no informaron si la secuencia de asignación fue adecuadamente oculta, lo que también resultó en un riesgo poco claro.

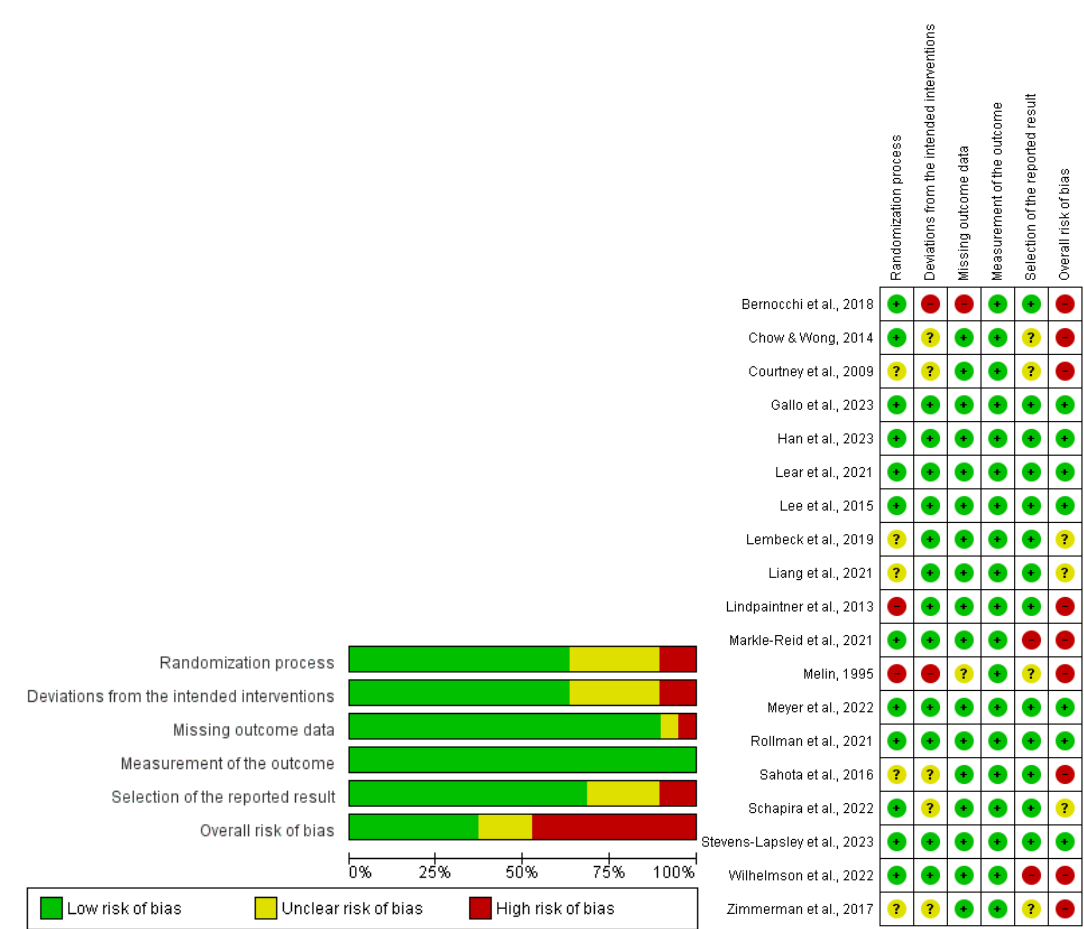
Con respecto a las desviaciones de las intervenciones previstas, en todos los estudios los participantes o cuidadores eran conscientes de la intervención recibida. Además, algunos estudios no implementaron un análisis por intención de tratar (25,37,42). Como resultado, se consideró que la mayoría de los estudios presentaban problemas en este dominio.

Asimismo, dos estudios (25,37) tenían datos de resultados faltantes significativos, lo que condujo a un alto riesgo de sesgo en Bernocchi et al. (25) y a un riesgo de sesgo poco claro en Melin (37).

Finalmente, dos estudios (36,46) presentan un alto riesgo de sesgo debido a informes selectivos, ya que los resultados pueden haber sido seleccionados de diferentes puntos de evaluación

establecidos en el protocolo. Además, otros cuatro estudios (26,27,37,47) presentan un riesgo de sesgo poco claro debido a la falta de un protocolo disponible.

Figura 2b. Riesgo de Sesgo de los ECA



5.3 Certeza de la Evidencia

La calidad general de la evidencia fue muy baja. La tabla de Resumen de Hallazgos para las intervenciones de atención transicional frente a los resultados de la atención estándar mostró que la calidad de la evidencia variaba de alta a muy baja (Anexo 3).

5.4 Resultados de los Estudios Individuales y de la Síntesis

De todos los estudios incluidos, 17 pudieron incorporarse al MA (26,28–37,40–44,47).

Los resultados de todos los MA, así como los análisis de subgrupos, sensibilidad y meta-regresión están disponibles en los Anexos 4 y 5, respectivamente.

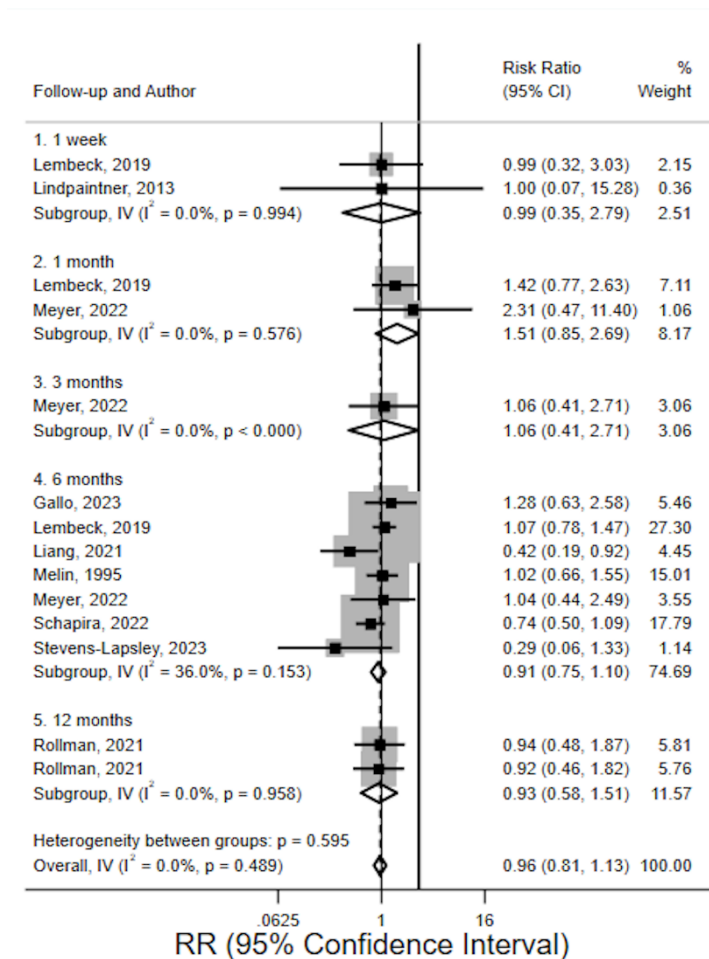
5.4.1 Mortalidad

Nueve estudios analizaron la mortalidad en diferentes períodos de seguimiento, que iban desde

1 semana hasta 12 meses (28,33–35,37,40,41,43,44). Todos estos estudios fueron incluidos en el MA.

Los resultados sugieren que las intervenciones de atención transicional (IAT) probablemente no reduzcan las tasas de mortalidad en pacientes con multimorbilidad en los períodos de seguimiento de 1 semana a 12 meses, en comparación con la atención habitual (RR: 0,96; IC95%: 0,81 a 1,13; $I^2 = 0\%$; N = 2705; K = 9; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura 3).

Figura 3. Forest plot de Mortalidad



No se detectó heterogeneidad en el análisis general, lo que sugiere consistencia en los estudios y en los distintos períodos de seguimiento (1 semana: RR: 0,99, IC95%: 0,35 a 2,79; $p = 0,99$; $I^2 = 0\%$; N = 597; K = 2; 1 mes: RR: 1,51, IC95%: 0,85 a 2,69; $p = 0,58$; $I^2 = 0\%$; N = 641; K = 2; 3 meses: RR: 1,06, IC95%: 0,41 a 2,71; $p = 0,00$; $I^2 = NA$; N = 104; K = 1; 6 meses: RR: 0,88, IC95%: 0,68 a 1,15; $p = 0,15$; $I^2 = 36,4\%$; N = 2,016; K = 6; 12 meses: RR: 0,93, IC95%: 0,58 a 1,51; $p = 0,96$; $I^2 = 0\%$; N = 629; K = 2).

Tampoco se identificaron fuentes significativas de heterogeneidad relacionadas con la edad, el sexo, el número de enfermedades, el apoyo social estructural, el riesgo de sesgo, el tipo, la modalidad o el proveedor de la intervención.

5.4.2 Hospitalizaciones

5.4.2.1 Hospitalización

Doce estudios analizaron el promedio de hospitalizaciones, incluyendo hospitalizaciones iniciales, rehospitalizaciones y readmisiones no planificadas (26–33,41–44). Cinco de ellos fueron incluidos en el MA (28–30,41,44).

Las IAT podrían tener poco o ningún efecto en el número de hospitalizaciones en comparación con la atención habitual (DM: 0,11; IC95%: -0,12, 0,35; $I^2 = 56,5\%$; N = 1487; K = 5; Certeza de la evidencia baja; ver Figura Suplementaria 1) en periodos de seguimiento de entre 1 y 12 meses. La heterogeneidad en este resultado no estaba relacionada con el tiempo de seguimiento, el sexo, la edad o el apoyo social estructural.

El análisis de sensibilidad mostró que el estudio de Rollman et al. (41), que incluía dos brazos de intervención (uno con pacientes que recibieron atención coordinada y atención domiciliaria transicional, y otro que incluía atención para la depresión), fue el que más contribuyó a la heterogeneidad. Al eliminar este estudio, los resultados indicaron que las IAT mostraban poca o ninguna diferencia en comparación con los grupos de control (DM: 0,07; IC95%: 0,00, 0,15; $I^2 = 40\%$; N = 858; K = 4).

Los tipos, proveedores y modalidades de las intervenciones analizadas mostraron efectos distintos en el promedio de hospitalizaciones. Por ejemplo, la atención domiciliaria transicional sola (DM: 0,09; IC95%: 0,01, 0,17; $I^2 = 0\%$; N = 536; K = 1) o la atención coordinada combinada con atención domiciliaria transicional (DM: 1,21; IC95%: 0,58, 1,83; $I^2 = 0\%$; N = 629; K = 1) se asociaron con un aumento en el número de hospitalizaciones. De manera similar, las intervenciones proporcionadas por enfermeras y apoyadas por teléfono demostraron un ligero aumento (DM: 0,44; IC95%: 0,07, 0,80; $I^2 = 64,9\%$; N = 1,165; K = 2).

Además, los datos de estudios no incluidos en el MA revelaron algunas discrepancias notables. Específicamente, dos estudios (27,43) informaron que las IAT tenían tasas de readmisión hospitalaria más bajas en comparación con los grupos de control a 1 y 6 meses. En cambio, un estudio (26) no mostró diferencias significativas entre los grupos a 1 mes; sin embargo, a los 3 meses, ambos grupos de intervención tuvieron tasas de readmisión más bajas en comparación con el grupo de control. Por otro lado, cuatro estudios (31–33,42) no encontraron diferencias significativas entre los grupos en varios momentos de seguimiento, incluyendo 1 semana, y 1, 2, 3, 6 y 24 meses.

5.4.2.2 Duración de la estancia

Siete ECA informaron la duración total de la estancia (28–30,33,35,40,42), seis de ellos fueron incluidos en el MA (28–30,35,40,42).

Evidencia de calidad moderada sugiere que las IAT probablemente aumentan ligeramente la duración total de la estancia (DM: 0,23; IC95%: 0,02, 0,44; $I^2 = 2,3\%$; N = 1122; K = 6; Certeza de la evidencia alta; ver Figura Suplementaria 2).

No se detectó heterogeneidad significativa en el análisis general, lo que indica consistencia entre los estudios. Además, no se encontraron fuentes significativas de heterogeneidad relacionadas con la edad, el sexo, el número de enfermedades, el apoyo social estructural o el riesgo de sesgo.

Sin embargo, el único estudio no incluido en el MA (33) no mostró diferencias significativas entre la IAT y la atención habitual en la duración total de la estancia a 1 semana, 1 mes y 6 meses.

Adicionalmente, Bernocchi et al. (25) informaron un tiempo medio hasta la hospitalización o muerte mayor en la IAT (113,4 días) en comparación con el grupo de atención habitual (104,7 días, $P < 0,05$).

5.4.3 Visitas médicas

Seis ECA informaron datos sobre visitas médicas, incluidas visitas a urgencias, así como visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria (28,29,32,34,43,44).

5.4.3.1 Visitas al servicio de urgencias

Seis ECA informaron datos sobre visitas a urgencias (28,29,32,34,43,44), con evaluaciones de seguimiento realizadas a 1, 2, 3 y 6 meses. Tres de ellos fueron incluidos en el MA (28,29,44). El análisis global mostró una heterogeneidad significativa ($I^2 = 84,9\%$), lo que sugiere que la variabilidad entre estudios puede influir en las estimaciones del efecto conjunto.

En el MA general se observaron diferencias en los efectos según la duración del seguimiento ($P = 0,02$; ver Figura Suplementaria 3). La evidencia sugirió un aumento en las visitas a urgencias al mes siguiente a las IAT (DM: 1,00; IC95%: 0,10, 1,90; $I^2 = \text{NA}$; $N = 150$; $K = 1$; Certeza de la evidencia baja), siendo este aumento más pronunciado a los 2 meses (DM: 1,66; IC95%: 0,44, 2,89; $I^2 = \text{NA}$; $N = 150$; $K = 1$; Certeza de la evidencia baja). Sin embargo, a los 3 meses, este efecto parece haberse atenuado, y las IAT pueden resultar en poca o ninguna diferencia en visitas a urgencias (DM: 0,85; IC95%: -0,46, 2,15; $N = 686$; $K = 2$; Certeza de la evidencia baja), aunque se observó una heterogeneidad significativa entre estudios (Estadístico de heterogeneidad: $P = 0,04$; $I^2 = 77,5\%$).

Debido a las tasas de heterogeneidad muy altas ($I^2 = 92,1\%$) en el análisis completo de visitas a urgencias a los 6 meses, no se presentan datos agrupados. El análisis de sensibilidad identificó el estudio de Han et al. (29) como la principal fuente de esta heterogeneidad. Al eliminar este estudio, las IAT pueden resultar en un ligero aumento de visitas a urgencias (DM: 0,40; IC95%: 0,16, 0,64; $I^2 = 0\%$; $N = 686$; $K = 2$; Certeza de la evidencia baja).

Los tipos, proveedores y modalidades de las intervenciones analizadas mostraron efectos distintos en las visitas a urgencias. Por ejemplo, la intervención de atención domiciliaria transicional realizada por enfermeras en el hogar ($n = 536$) mostró un aumento en las visitas a urgencias (DM: 0,36; IC95%: 0,16, 0,55; $I^2 = 0\%$; $N = 150$; $K = 1$). De manera similar, la intervención de ejercicio proporcionada por un fisioterapeuta en el hogar ($n = 150$) demostró un aumento moderado (DM: 1,24; IC95%: 0,66, 1,81; $I^2 = 0\%$; $N = 150$; $K = 1$). Por el contrario, la intervención de ejercicio y nutrición proporcionada por un dietista y un fisioterapeuta en el hogar y por

teléfono (DM: -0,94; IC95%: -1,40, -0,48; $I^2 = NA$; N = 32; K = 1) resultó en menos visitas a urgencias.

El estado civil o de convivencia de los pacientes mostró una relación negativa con las visitas a urgencias ($\beta = -0,10$; IC95%: -0,19 a -0,01), lo que indica que los pacientes casados o en convivencia tienden a tener menos visitas a urgencias.

Ninguna de las otras fuentes de heterogeneidad investigadas (edad, sexo o riesgo de sesgo) tuvo un efecto significativo.

Por otro lado, los resultados de los dos estudios no incluidos en el MA (34,43) indicaron que las IAT tenían menos visitas a urgencias en comparación con los grupos de control a los 6 meses, mientras que el estudio restante (32) no mostró diferencias significativas entre los grupos a 1, 2 y 3 meses.

5.4.3.2 Visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria

Dos ECA informaron datos sobre visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria (28,30), con evaluaciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

La evidencia de calidad moderada sugiere que las IAT probablemente resultan en poco o ningún efecto en las visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria (DM: 0,29; IC95%: -0,43, 1,00; $I^2 = 0\%$; N = 676; K = 2; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura Suplementaria 4). No se detectó heterogeneidad significativa ni fuentes significativas de heterogeneidad relacionadas con la edad, sexo, número de enfermedades, apoyo social estructural o riesgo de sesgo.

5.4.4 Actividades de la vida diaria

Cuatro estudios analizaron cambios en las AVD (25,34,37,42). Tres de ellos fueron incluidos en el MA (34,37,42).

La evidencia sobre el impacto de las IAT en las AVD en comparación con los grupos de control es muy incierta (Certeza de la evidencia muy baja; ver Figura Suplementaria 5) entre 3 y 6 meses.

La heterogeneidad observada en este resultado no estaba relacionada con el tiempo de seguimiento, riesgo de sesgo, proveedor o modalidad de intervención, sexo, edad, número de enfermedades o apoyo social estructural. Además, los análisis de sensibilidad tampoco pudieron explicar la heterogeneidad.

Sin embargo, el único estudio no incluido en el MA (25) mostró una mejora significativa en las AVD en pacientes de IAT a los 4 y 6 meses.

5.4.5 Estado de ánimo

Cinco ECA analizaron los cambios en los niveles de depresión asociados con las IAT (29,36,37,40,41). Sin embargo, uno de estos estudios no utilizó una escala validada para evaluar la depresión (37) y otro no informó los datos necesarios para ser incluido en el MA (41). La

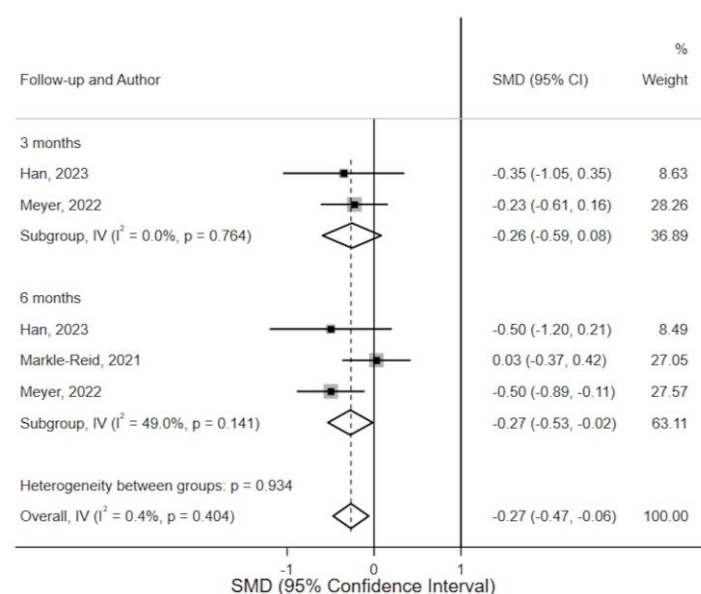
depresión se evaluó mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de 10 ítems (CESD-10), la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), la Escala de Calificación de Depresión de Hamilton de 17 ítems (HDR-S) o el Sistema de Información de Medición de Resultados Informados por el Paciente para la Depresión (PROMIS-D).

Es probable que las IAT resulten en una ligera reducción en los niveles de depresión en comparación con los grupos de control (DME: -0,27, IC95%: -0,47, -0,06; $I^2 = 0\%$; N = 235; K = 3; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura 4) en períodos de seguimiento de entre 3 y 6 meses.

Además, un estudio (41) encontró que los pacientes que recibieron atención combinada informaron una mejoría en el estado de ánimo en el PROMIS-D en comparación con aquellos que recibieron atención habitual mejorada y atención habitual en el seguimiento a 12 meses. Sin embargo, al analizar las puntuaciones en la HDR-S, se observó una mejora diferencial en los síntomas de estado de ánimo solo para las mujeres que recibieron atención combinada en comparación con la atención estándar.

Por otro lado, solo un estudio midió los cambios en los niveles de ansiedad (36) con la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7). Los resultados no mostraron diferencias significativas entre el grupo de IAT y el grupo de control a los 6 meses.

Figura 4. Forest plot de Depresión



5.4.6 Calidad de vida relacionada con la salud

5.4.6.1 Calidad de vida relacionada con la salud global

Tres ECA informaron datos sobre la CVRS global utilizando PROMIS y EQ-5D-3L, el Test de Evaluación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (CAT) y el Cuestionario de Vida con Insuficiencia Cardíaca de Minnesota (MLHFQ) en diferentes intervalos de seguimiento (25,28,47).

En general, el MA sugiere que las IAT pueden resultar en poca o ninguna diferencia en la CVRS global (DM: -0,03; IC95%: -0,07, 0,01; $I^2 = 0\%$; N = 662; K = 2; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura Suplementaria 6). Los análisis de heterogeneidad indicaron que no había variabilidad significativa entre los estudios ni fuentes de heterogeneidad significativas relacionadas con la edad, sexo, número de enfermedades, apoyo social estructural o riesgo de sesgo.

Sin embargo, el único estudio no incluido en el MA (25) mostró una mejora significativa en la CVRS, mediante CAT y MLHFQ, entre los pacientes en IAT a los 4 y 6 meses, en comparación con el grupo de control.

5.4.6.2 Utilidades EQ-5D-5L y escala visual analógica EQ

Tres ECA que evaluaron las IAT informaron utilidades y salud autoevaluada por el paciente, con el Índice de Utilidad EQ-5D-5L y la escala visual analógica (EVA), respectivamente. Estos datos fueron incluidos en el MA (29,34,40).

El análisis global indicó una probable pequeña mejora en las utilidades entre los pacientes con multimorbilidad tras recibir las IAT (DM: 0.10; IC95%: 0.02, 0.19; $I^2 = 15.8\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura Suplementaria 7). Específicamente, al mes, las IAT probablemente resultaron en un ligero aumento en la percepción del estado de salud de los pacientes (DM: 0,22; IC95%: 0,19, 0,42; $I^2 = \text{NA}$; N = 104; K = 1; Certeza de la evidencia moderada). Sin embargo, este efecto se disipó a los 3 meses (DM: 0.09; IC95%: -0,03, 0,20; $I^2 = 0\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada) y a los 6 meses (DM: 0,02; IC95%: -0,28, 0,32; $I^2 = 60,2\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada).

Es probable que las IAT generen un efecto mínimo o nulo en la puntuación en la EVA del EQ-5D-5L (DM: 1,81; IC95%: 0,79, 4,41; $I^2 = 45,6\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura Suplementaria 8). Sin embargo, se observó una tendencia similar a la anterior a lo largo de los seguimientos. Un mes después de la intervención, se registró una mejora significativa en la autoevaluación de la salud de los pacientes con multimorbilidad (DM: 10,00; IC95%: 0,12, 19,88; $I^2 = \text{NA}$; N = 104; K = 1; Certeza de la evidencia moderada). No obstante, este beneficio disminuyó con el tiempo, quedando sin efecto a los 3 meses (DM: -1,36; IC95%: -5,37, 2,65; $I^2 = 0\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada) y a los 6 meses (DM: 3,31; IC95%: -0,34, 6,95; $I^2 = 42,2\%$; N = 303; K = 3; Certeza de la evidencia moderada).

5.4.6.3 Componente de salud mental y salud física

Cuatro ECA que evaluaron las IAT informaron las puntuaciones en el componente mental (CM) y el componente físico (CF) de la CVRS utilizando el componente mental del SF-36, el Componente Mental de la *Veterans Rand 12-Item Health Survey* y el Componente Mental del SF-12v2 (26,27,36,41), de los cuales se intentó incluir tres en un MA (26,27,36); sin embargo, debido a las altas tasas de heterogeneidad en el CM ($I^2 = 97,4\%$) y el CF (96,9%) que no pudieron explicarse mediante análisis de sensibilidad o análisis de subgrupos, los datos combinados no se presentan.

La heterogeneidad observada no fue atribuible al riesgo de sesgo, dado que todos los estudios

incluidos presentaban un alto riesgo de sesgo. A pesar de las diferencias en los tiempos de seguimiento (1 mes, 3 meses y 6 meses; prueba de heterogeneidad entre subgrupos: $P < 0.01$), la heterogeneidad no disminuyó con el tiempo (CM: $I^2 = 98,3\%$ al mes, $96,5\%$ a los 3 meses y $96,7\%$ a los 6 meses; CF: $I^2 = 96,5\%$ al mes, $94,6\%$ a los 3 meses y $98,2\%$ a los 6 meses). El análisis de sensibilidad no identificó ningún estudio individual como la principal fuente de heterogeneidad, lo que sugiere que la variabilidad en los tamaños de efecto no es atribuible a un único estudio.

La evidencia es muy incierta sobre el efecto de las IAT en los grupos CM y CF en pacientes con multimorbilidad (Certeza de la evidencia muy baja).

Los resultados preliminares del estudio realizado por Courtney et al. (27) mostraron que los pacientes que recibieron la IAT presentaron puntuaciones superiores en el CM que los que recibían la atención habitual a 1, 3 y 6 meses. A los 12 meses, Rollman et al. (41) observaron una mejora en el CM para pacientes que recibieron la IAT en comparación con aquellos en atención habitual, mientras que se observaron puntuaciones similares entre la IAT y atención habitual mejorada. Por su parte, Markle-Reid et al. (36) no informaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre los grupos en el seguimiento a los 6 meses, y Chow y Wong (26) tampoco encontraron diferencias significativas en CM a 1 y 3 meses entre los tres grupos de estudio.

Para el CF, Courtney et al. (27) identificaron nuevamente que los pacientes que recibieron la IAT presentaban puntuaciones superiores que los que recibían la atención habitual a 1, 3 y 6 meses. Chow y Wong (26) también observaron diferencias significativas entre los pacientes que recibían las IAT y los de atención habitual a 1 y 3 meses. Sin embargo, Markle-Reid et al. (36) y Rollman et al. (41) no encontraron diferencias significativas entre los grupos en la evaluación de los 6 meses.

5.4.7 Apoyo social

De los tres estudios que evaluaron el apoyo social (Lear et al., 2021; Markle-Reid et al., 2021; Melin, 1995), solo dos utilizaron instrumentos validados (Lear et al., 2021; Markle-Reid et al., 2021), en concreto, la Encuesta de Apoyo Social de MOS (MOS-SSS) y el Cuestionario de Recursos Personales (PRQ-2000).

Los análisis mostrados sugieren que las IAT pueden resultar en poca o ninguna diferencia en los niveles de apoyo social percibidos (SMD: $0,19$, IC95%: $-0,03$, $0,41$; $I^2 = 0\%$; $N = 328$; $K = 2$; Certeza de la evidencia moderada; ver Figura suplementaria 9) a los 6 y 24 meses.

5.4.8 Carga del cuidador

Dos estudios analizaron la carga del cuidador (Lindpaintner et al., 2013; Toles et al., 2023) con dos escalas, la Escala de Carga del Cuidador de Zarit y el Índice de Estrés del Cuidador.

Debido a la presencia de datos faltantes, no se pudo realizar un MA para esta variable. Sin embargo, los resultados de los estudios no mostraron diferencias significativas entre las IAT y la atención habitual durante un periodo que varió entre 5 días y 2 meses.

5.4.9 Eventos adversos

Dos ECA evaluaron el número de eventos adversos, específicamente caídas (Stevens-Lapsley et al., 2023) y reacciones adversas a medicamentos (Lindpaintner et al., 2013) en un periodo de seguimiento de 1 día a 6 meses.

Debido a que las variables analizadas eran de naturaleza clínica y metodológicamente diferentes (una discreta y la otra continua), no se realizó MA. Los hallazgos indicaron que no se observaron diferencias significativas entre las IAT y la atención habitual en cuanto a eventos adversos.

5.4.10 Satisfacción del paciente

Cinco ECA midieron la satisfacción del paciente, aunque utilizaron escalas no validadas (Bernocchi et al., 2018; Lee et al., 2015; Lindpaintner et al., 2013; Markle-Reid et al., 2021; Melin, 1995).

5.4.11 Adherencia

Solo un estudio midió la adherencia (Liang et al., 2021) utilizando la Escala de Comportamiento de Adherencia a la Medicación.

Los resultados mostraron que el programa de teleasistencia domiciliaria no mejoró la adherencia a la medicación de los pacientes en comparación con el grupo de control a los 3 y 6 meses.

5.5 Sesgo de Publicación

El examen visual de los gráficos de embudo y los resultados de las pruebas de Egger no indicaron un riesgo potencial de sesgo de publicación en las medidas evaluadas, excepto en el análisis de CM ($P = 0,01$) (Anexo 6).

6.- DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente informe fue evaluar la efectividad de las intervenciones que apoyan la transición asistencial en pacientes con multimorbilidad, así como su impacto en la CVRS y la satisfacción con la atención sanitaria recibida.

Los datos sugieren que las IAT probablemente no reducen las tasas de mortalidad a lo largo de diferentes períodos de seguimiento, que varían entre 1 semana y 12 meses. Estos resultados difieren parcialmente de la literatura previa (48,49). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que las RS previas incluyeron estudios realizados en pacientes con una sola enfermedad crónica, no necesariamente en personas con multimorbilidad. En este contexto, la evidencia de estudios previos en pacientes mayores con multimorbilidad parece alinearse con los hallazgos de la presente revisión (50). Además, se ha observado que los pacientes con multimorbilidad que presentan un deterioro basal durante la hospitalización tienen una mayor mortalidad a los 6 y 12 meses (51). La multimorbilidad no solo aumenta el riesgo de muerte, sino que también requiere diversas intervenciones de salud dirigidas a reducir este riesgo (52). Incluso cuando se garantiza el acceso a los servicios de salud y la continuidad en la atención, desafíos como el uso inadecuado de medicamentos y la polifarmacia (53,54) pueden seguir elevando el riesgo de muerte (55). Aunque la adherencia al tratamiento es fundamental para manejar eficazmente a los pacientes con multimorbilidad, los resultados del único estudio que evaluó la adherencia a la medicación (34) sugieren que las IAT no mejoran este resultado.

Adicionalmente, las IAT pueden tener poco o ningún efecto en las tasas de hospitalización, aunque podrían aumentar ligeramente la duración de la estancia y las visitas a urgencias durante los primeros meses después de la intervención. Esto podría explicarse porque los pacientes y sus familias adquieren mayor conciencia de los riesgos y de los síntomas iniciales de descompensación de las enfermedades. Al recibir intervenciones educativas sobre el manejo de su enfermedad, los pacientes y sus familiares pueden identificar más situaciones de riesgo que aquellos que no han recibido estas intervenciones, lo que podría llevarlos a solicitar más atención médica (56). De hecho, las intervenciones realizadas por personal no sanitario no mostraron un aumento en el uso de recursos de emergencia, lo que podría estar relacionado con esta situación. En este sentido, Reed et al. (57) observaron que el acceso a un portal para pacientes, que incluye componentes educativos, se asoció con un aumento significativo en las visitas ambulatorias de pacientes con condiciones crónicas complejas.

Por otro lado, se ha observado que los pacientes que están en una relación utilizan menos recursos de atención médica en visitas a urgencias, un hallazgo consistente con la literatura previa. Las personas con pareja tienden a emplear más servicios de salud preventivos y menos servicios de atención aguda en comparación con quienes no tienen pareja. Además, quienes están en una relación tienen más probabilidades de acceder a servicios de alta calidad y de tener estancias hospitalarias más cortas. Esto sugiere que el apoyo conyugal puede desempeñar un papel crucial en la toma de decisiones relacionadas con la salud y en la navegación por el sistema de salud (58–60).

En general, la evidencia sugiere que las IAT pueden mejorar algunos aspectos de la salud a corto plazo, aunque su impacto a largo plazo sigue siendo incierto. En cuanto a la CVRS, las IAT pueden

generar una ligera mejora en las puntuaciones de utilidad y en la autoevaluación de la salud de los pacientes a corto plazo; sin embargo, este efecto tiende a disminuir a los 3 y 6 meses. Estas intervenciones están diseñadas para abordar la situación clínica específica de cada paciente, la cual puede cambiar con el tiempo debido a las condiciones crónicas de salud. Por lo tanto, los efectos de las IAT tienden a perder impacto a medida que la situación clínica evoluciona. Estos resultados destacan la importancia de mantener una intervención continua para lograr un efecto sostenido a lo largo del tiempo, subrayando la necesidad de un sistema de atención primaria sólido que garantice una atención consistente al paciente, en lugar de depender de intervenciones aisladas como solución a largo plazo. De hecho, un estudio reciente concluyó que los pacientes con enfermedades crónicas complejas que recibieron atención primaria integral tuvieron un menor riesgo de hospitalización por todas las causas y por enfermedades cardiovasculares graves en comparación con aquellos que visitaron clínicas especializadas (61). Sin embargo, dada la evidencia limitada en este ámbito, se necesitan más estudios centrados en evaluar estos objetivos.

Otros resultados indican que las IAT probablemente tengan poco o ningún efecto sobre las AVD. Este hallazgo sobre los efectos en la funcionalidad del paciente era esperado, dada la complejidad clínica y la multimorbilidad que presentan estos pacientes (62). En muchos casos, estos pacientes con una situación de salud tan precaria difícilmente pueden beneficiarse de intervenciones orientadas a la mejora funcional, y estas deberían enfocarse más bien en mitigar el daño en la medida de lo posible (51). Por otro lado, se ha observado que factores intrahospitalarios que no han sido controlados en estos estudios, como la baja movilidad durante la hospitalización, el cuidado subóptimo de la continencia y la mala nutrición, contribuyen al deterioro funcional después de la hospitalización (63,64). Aunque los resultados deben tomarse con cautela debido a la heterogeneidad, sin embargo, se observó que las IAT probablemente producen una ligera reducción en los niveles de depresión de los pacientes, lo cual es consistente con la evidencia disponible (65,66) y refuerza la importancia de las intervenciones de cuidado transicional que garanticen la continuidad de atención en este grupo de personas particularmente vulnerables.

Probablemente no se encuentran diferencias en la percepción del apoyo social o la carga del cuidador. Para interpretar adecuadamente estos resultados, es importante considerar que estas percepciones están influenciadas por múltiples factores que no son fáciles de abordar mediante una intervención centrada únicamente en la salud, como el nivel socioeconómico, los recursos sociales disponibles o el acceso a los servicios (67–70). Este hallazgo subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario que integre la atención social y sanitaria de forma coordinada para abordar de manera más efectiva estas circunstancias. Además, la limitada cantidad de estudios que analizan estos resultados enfatizan la necesidad de futuras investigaciones que permitan confirmar estos hallazgos y profundizar en su comprensión.

Finalmente, no se encontró evidencia sobre la satisfacción del paciente evaluada a través de escalas validadas que es uno de los resultados más significativos de la atención sanitaria. Esto subraya la necesidad de realizar nuevos estudios para analizar y comprender mejor este factor.

6.1. Fortalezas y Limitaciones

Esta RS presenta varias fortalezas: 1) incluyó únicamente evidencia de alta calidad, basada en ECA, para evaluar la efectividad de los programas de intervención e incorporó MA, lo cual fortalece las conclusiones; 2) se siguió una metodología rigurosa y transparente establecida en un protocolo registrado, adhiriéndose a principios científicos y a los estándares internacionales de RS y MA; y 3) la descripción detallada de cada paso asegura la replicabilidad de la revisión. Esto incluyó una búsqueda exhaustiva, procesos duplicados para la selección de estudios, extracción de datos y evaluación del riesgo de sesgo, así como la síntesis cuantitativa de los resultados y la evaluación de la certeza de la evidencia mediante la metodología GRADE, reconocida por su transparencia en la evaluación y presentación de la evidencia.

Sin embargo, deben señalarse algunas limitaciones: 1) como se mencionó anteriormente, la definición de multimorbilidad está actualmente en debate, lo que significa que la elección de una definición podría haber influido en el proceso de selección de estudios. Sin embargo, es importante señalar que adoptamos la definición más ampliamente aceptada, lo que refuerza la validez de nuestros hallazgos; 2) los estudios no informaron medidas de resultado sobre la satisfacción del paciente, y la escasez de evidencia sobre eventos adversos, adherencia y carga del cuidador limitó la exploración del impacto de las IAT en estos resultados; 3) la evidencia relacionada con ciertos resultados mostró hallazgos inconsistentes e imprecisos, especialmente en los componentes físico y mental de la calidad de vida; 4) la búsqueda se limitó a algunas bases de datos y no incluyó literatura gris, lo cual podría haber excluido estudios relevantes. Sin embargo, las búsquedas manuales dentro de los estudios incluidos sugieren que probablemente se capturó toda la evidencia publicada disponible; 5) solo se consideraron estudios publicados en inglés o español, lo que podría haber excluido investigaciones en otros idiomas.

En conclusión, la evidencia actual sobre la efectividad de las IAT para personas con multimorbilidad es limitada. La presente RS indica que las IAT probablemente no reducen significativamente las tasas de mortalidad o las tasas de hospitalización, y su impacto en la CVRS sigue siendo incierto a largo plazo. Si bien puede haber ligeras mejoras en las utilidades (o en las actitudes del paciente frente a su estado de salud) y en la autovaloración de la salud a corto plazo, los hallazgos generales sugieren efectos mínimos en las AVD, el apoyo social y la carga del cuidador. Se necesitan ECA a gran escala adicionales para clarificar los beneficios a largo plazo de las IAT en los resultados de los pacientes con multimorbilidad.

7.- CONCLUSIONES

A partir de la revisión sistemática sobre la seguridad y efectividad realizada para el presente informe, se pueden establecer las siguientes conclusiones relativas a las intervenciones que apoyan la transición asistencial de personas que viven con multimorbilidad:

- La mejor evidencia disponible sobre la seguridad y efectividad de las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos proviene de 21 ECA, que incluyen un total de 5790 pacientes, en las cuales se evaluaron dichas intervenciones en comparación con la no intervención o la atención habitual.

Esta evidencia permite esbozar las siguientes conclusiones:

- La evidencia sobre el efecto de las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos frente a la atención habitual indica que probablemente no reducen las tasas de mortalidad en diferentes períodos de seguimiento, que van de 1 semana a 12 meses (9 estudios, 2705 pacientes, calidad de la evidencia: moderada $\oplus\oplus\oplus\ominus$).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos pueden tener poco o ningún efecto en las hospitalizaciones entre 1 y 12 meses de seguimiento (5 estudios, 1487 pacientes, calidad de la evidencia: baja $\oplus\oplus\ominus\ominus$).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos probablemente resultan en un ligero aumento en la duración de la estancia hospitalaria (6 estudios, 1122 pacientes, calidad de la evidencia: moderada $\oplus\oplus\oplus\ominus$).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos pueden incrementar las visitas a urgencias en los dos primeros meses de seguimiento (1 estudio, 150 pacientes, calidad de la evidencia: baja $\oplus\oplus\ominus\ominus$) y tener poco o ningún efecto a partir del tercer mes (2 estudios, 686 pacientes, calidad de la evidencia: baja $\oplus\oplus\ominus\ominus$).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos probablemente resultan en poco o ningún efecto en las visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria (2 estudios, 676 pacientes, calidad de la evidencia: moderada $\oplus\oplus\oplus\ominus$).
- La evidencia disponible actualmente no permite determinar si estas intervenciones generan algún efecto en las actividades de la vida diaria (3 estudios, 523 pacientes, calidad de la evidencia: muy baja $\ominus\ominus\ominus\ominus$).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos probablemente generan una ligera reducción en los niveles de depresión (3 estudios, 235 pacientes, calidad de la evidencia: moderada $\oplus\oplus\oplus\ominus$).
- Los resultados revelan discrepancias en función de la evaluación de la CVRS empleada. Las medidas para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos probablemente resultan en poca o ninguna diferencia en la CVRS global (2 estudios, 662 pacientes, calidad de la evidencia: moderada $\oplus\oplus\oplus\ominus$) o con la escala visual

analógica del EQ-5D-5L (3 estudios, 303 pacientes, calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊕); sin embargo, muestran una probable ligera mejora en las utilidades o en las actitudes del paciente frente a su estado de salud (3 estudios, 303 pacientes, calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊕).

- La evidencia disponible no permite determinar si las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos afectan el componente físico o mental de la CVRS (3 estudios, 502 pacientes, calidad de la evidencia: muy baja ⊕⊕⊕⊕).
- Las intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional de pacientes multimórbidos probablemente resultan en poco o ningún efecto en el apoyo social percibido a los 6 y 24 meses de seguimiento (2 estudios, 328 pacientes, calidad de la evidencia: moderada ⊕⊕⊕⊕).
- No se pudo sintetizar la evidencia sobre la carga del cuidador y los eventos adversos. Los hallazgos preliminares no revelan diferencias en la carga percibida por el cuidador ni en las tasas de eventos adversos (como caídas y reacciones adversas a medicamentos) entre los pacientes multimórbidos que reciben intervenciones y aquellos que se mantienen con la atención habitual.
- Tan solo un estudio evaluó la adherencia a la terapia farmacológica. Los resultados preliminares muestran poco o ningún efecto en los niveles de adherencia.
- No se identificaron ECA publicados que evaluaran la satisfacción de los pacientes con la atención médica recibida a través de escalas validadas.
- El análisis de subgrupos por tipo de intervención permite establecer que:
 - Las intervenciones centradas en la atención de transición domiciliaria, ya sea sola o en combinación con la atención coordinada entre niveles asistenciales, incrementan las hospitalizaciones en pacientes multimórbidos. En cambio, otras intervenciones que incluyen únicamente atención coordinada o componentes relacionados con el ejercicio y la nutrición no muestran ningún efecto en las de hospitalizaciones.
 - Las intervenciones centradas en la atención de transición domiciliaria sola o que incluyen componentes relacionados con el ejercicio aumentan las visitas a urgencias, mientras que aquellas que combinan ejercicio y nutrición tienden a reducirlas.
 - El tipo de intervención recibida no influye en el efecto sobre ninguna de las demás variables evaluadas.
- El análisis de subgrupos por tipo de proveedor de la intervención permite establecer que:
 - Las intervenciones implementadas por equipos de enfermería o equipos multidisciplinares que incluyen personal médico aumentan las hospitalizaciones en pacientes multimórbidos. En cambio, las intervenciones realizadas por equipos multidisciplinares sin personal médico o por fisioterapeutas no muestran efecto alguno en las de hospitalizaciones.
 - Las intervenciones implementadas por equipos de enfermería o fisioterapeutas incrementan las visitas a urgencias, mientras que aquellas llevadas a cabo por equipos

multidisciplinares sin personal médico tienden a reducirlas.

- El tipo de proveedor de la intervención no influye en el efecto sobre ninguna de las demás variables evaluadas.
- El análisis de subgrupos por modalidad de la intervención permite establecer que:
 - Las intervenciones realizadas exclusivamente por teléfono aumentan las hospitalizaciones en pacientes multimórbidos. En cambio, las intervenciones realizadas en el hogar, ya sea exclusivamente o en combinación con seguimiento telefónico, o en el hospital, no muestran efecto alguno en las de hospitalizaciones.
 - Las intervenciones realizadas exclusivamente en el hogar o por teléfono incrementan las visitas a urgencias, mientras que aquellas llevadas a cabo en el hogar en combinación con seguimiento telefónico tienden a reducirlas.
 - La modalidad de la intervención no influye en el efecto sobre ninguna de las demás variables evaluadas.

8.- RECOMENDACIONES

De acuerdo con la evidencia disponible en el momento de la elaboración de este informe sobre intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional para personas que viven con multimorbilidad y considerando la calidad de la evidencia:

- Se sugiere la incorporación de intervenciones para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos (recomendación débil).
- Se sugiere valorar, en cada caso de multimorbilidad en particular, y tener en cuenta los valores y preferencias del paciente.

Esta recomendación se basa en que las intervenciones de transición asistencial podrían ofrecer ciertos beneficios a corto plazo en términos de mejoría en los niveles de depresión y en la percepción del estado de salud de los pacientes. Sin embargo, los posibles incrementos en la utilización de servicios de urgencias y en la duración de la estancia hospitalaria, sin efectos consistentes en variables clínicas clave como la mortalidad, la CVRS global, el apoyo social percibido o la adherencia a la terapia, sugieren una considerable incertidumbre en su efectividad global.

- No es posible realizar una recomendación específica sobre el tipo de intervención, los proveedores o la modalidad de la intervención para optimizar la coordinación de la atención transicional en pacientes multimórbidos.

Los datos analizados sugieren que los beneficios pueden variar en términos de hospitalizaciones o visitas a urgencias en función del tipo, modalidad y proveedor de la intervención. Sin embargo, no se observan efectos claros en otras medidas clave, lo cual limita la generalización de los resultados a nivel del sistema de salud.

REFERENCIAS

1. Ho ISS, Azcoaga-Lorenzo A, Akbari A, Black C, Davies J, Hodgins P, et al. Examining variation in the measurement of multimorbidity in research: a systematic review of 566 studies. *Lancet Public Health*. agosto de 2021;6(8):e587-97.
2. World Health Organization. Multimorbidity [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado 9 de diciembre de 2024]. 28 p. (Technical Series on Safer Primary Care). Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/252275>
3. Le Reste JY, Nabbe P, Manceau B, Lygidakis C, Doerr C, Lingner H, et al. The European General Practice Research Network Presents a Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine and Long Term Care, Following a Systematic Review of Relevant Literature. *J Am Med Dir Assoc*. mayo de 2013;14(5):319-25.
4. Simard M, Rahme E, Dubé M, Boiteau V, Talbot D, Sirois C. Multimorbidity prevalence and health outcome prediction: assessing the impact of lookback periods, disease count, and definition criteria in health administrative data at the population-based level. *BMC Med Res Methodol*. 16 de mayo de 2024;24(1):113.
5. Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. marzo de 2023;57:101860.
6. Picco L, Achilla E, Abdin E, Chong SA, Vaingankar JA, McCrone P, et al. Economic burden of multimorbidity among older adults: impact on healthcare and societal costs. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2016;16(1):173.
7. Smith SM, Wallace E, Clyne B, Boland F, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Syst Rev*. diciembre de 2021;10(1):271.
8. Williams JS, Egede LE. The Association Between Multimorbidity and Quality of Life, Health Status and Functional Disability. *Am J Med Sci*. julio de 2016;352(1):45-52.
9. World Health Organization. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 5 de noviembre de 2024]. 68 p. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/274628>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones MSSSI; 2012. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
11. Prados-Torres A, Del Cura-González I, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F, López-Rodríguez JA, Calderón-Larrañaga A, et al. Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Aten Primaria*. mayo de 2017;49(5):300-7.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Multiple chronic conditions—a strategic framework optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. [Internet]. Washington, DC; 2010. Disponible en:

13. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, Jureviciene E, Laatikainen T, Mammarella F, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy*. enero de 2018;122(1):4-11.
14. Boyd CM, Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Rev*. diciembre de 2010;32(2):451-74.
15. Palmer K, Carfi A, Angioletti C, Di Paola A, Navickas R, Dambrauskas L, et al. A Methodological Approach for Implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the Pre-Implementation Stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int J Environ Res Public Health*. 11 de diciembre de 2019;16(24):5044.
16. García-Hernández M, González De León B, Barreto-Cruz S, Vázquez-Díaz JR. Multicomponent, high-intensity, and patient-centered care intervention for complex patients in transitional care: SPICA program. *Front Med*. 24 de noviembre de 2022;9:1033689.
17. Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform. *Health Aff (Millwood)*. abril de 2011;30(4):746-54.
18. Morkisch N, Upegui-Arango LD, Cardona MI, Van Den Heuvel D, Rimmele M, Sieber CC, et al. Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review. *BMC Geriatr*. diciembre de 2020;20(1):345.
19. Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page M, et al., editores. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.5, 2024 [Internet]. Cochrane; 2024. Disponible en: www.training.cochrane.org/handbook
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*. 2021;372.
21. Egger M, Davey-Smith G, Altman D. *Systematic reviews in health care: meta-analysis in context*. John Wiley & Sons; 2008.
22. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*. 2003;327(7414):557-60.
23. Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG. Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses. In: Higgins J. P. T., Thomas J., Chandler J., Cumpston M., Li T., Page M. J., Welch V. A. (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* version 6.4 (updated August 2023). [Internet]. Cochrane; 2023. Disponible en: www.training.cochrane.org/handbook
24. Guyatt GH, Thorlund K, Oxman AD, Walter SD, Patrick D, Furukawa TA, et al. GRADE guidelines: 13. Preparing summary of findings tables and evidence profiles-continuous outcomes. *J Clin Epidemiol*. febrero de 2013;66(2):173-83.
25. Bernocchi P, Vitacca M, La Rovere MT, Volterrani M, Galli T, Baratti D, et al. Home-based

telerehabilitation in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and heart failure: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 1 de enero de 2018;47(1):82-8.

26. Chow SKY, Wong FKY. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *J Adv Nurs*. octubre de 2014;70(10):2257-71.
27. Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *J Am Geriatr Soc*. marzo de 2009;57(3):395-402.
28. Gallo LC, Fortmann AL, Clark TL, Roesch SC, Bravin JJ, Spierling Bagis SR, et al. Mi Puente (My Bridge) Care Transitions Program for Hispanic/Latino Adults with Multimorbidity: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med*. julio de 2023;38(9):2098-106.
29. Han CY, Sharma Y, Yaxley A, Baldwin C, Woodman R, Miller M. Individualized Hospital to Home, Exercise-Nutrition Self-Managed Intervention for Pre-Frail and Frail Hospitalized Older Adults: The INDEPENDENCE Randomized Controlled Pilot Trial. *Clin Interv Aging*. mayo de 2023;Volume 18:809-25.
30. Lanzetta I, Mar J, Arrospide A. Cost-utility analysis of an integrated care model for multimorbid patients based on a clinical trial. *Gac Sanit*. septiembre de 2016;30(5):352-8.
31. Lear SA, Norena M, Banner D, Whitehurst DGT, Gill S, Burns J, et al. Assessment of an Interactive Digital Health-Based Self-management Program to Reduce Hospitalizations Among Patients With Multiple Chronic Diseases: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 28 de diciembre de 2021;4(12):e2140591.
32. Lee KH, Low LL, Allen J, Barbier S, Ng LB, Ng MJM, et al. Transitional care for the highest risk patients: findings of a randomised control study. *Int J Integr Care [Internet]*. 22 de octubre de 2015 [citado 3 de julio de 2024];15(4). Disponible en: <http://www.ijic.org/article/10.5334/ijic.2003/>
33. Lembeck MA, Thygesen LC, Sørensen BD, Rasmussen LL, Holm EA. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res*. diciembre de 2019;19(1):751.
34. Liang HY, Hann Lin L, Yu Chang C, Mei Wu F, Yu S. Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Scholarsh*. marzo de 2021;53(2):161-70.
35. Lindpaintner LS, Gasser JTh, Schramm MS, Cina-Tschumi B, Müller B, Beer JH. Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. *Eur J Intern Med*. diciembre de 2013;24(8):756-62.
36. Markle-Reid M, McAiney C, Fisher K, Ganann R, Gauthier AP, Heald-Taylor G, et al. Effectiveness of a nurse-led hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multimorbidity and depressive symptoms: A pragmatic randomized controlled trial. Wong SY shan, editor. *PLOS ONE*. 26 de julio de 2021;16(7):e0254573.
37. Melin AL. A randomized trial of multidisciplinary in-home care for frail elderly patients

awaiting hospital discharge. *Aging Clin Exp Res.* junio de 1995;7(3):247-50.

38. Melin AL, Bygren OL. Efficacy of the rehabilitation of elderly primary health care patients after short-stay hospital treatment. *Med Care.* 30 de noviembre de 1992;30(11):1004-15.
39. Melin AL, Bygren OL. Perceived functional health of frail elderly in a primary home care programme and correlation of self-perception with objective measurements. *Scand J Soc Med.* 21 de diciembre de 1993;21(4):256-63.
40. Meyer AM, Bartram MP, Antczak P, Becker I, Benzing T, Polidori MC. A Tailored Discharge Program Improves Frailty and Mood in Patients Undergoing Usual Rehabilitative Care: A Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc.* diciembre de 2022;23(12):1962.e1-1962.e13.
41. Rollman BL, Anderson AM, Rothenberger SD, Abebe KZ, Ramani R, Muldoon MF, et al. Efficacy of Blended Collaborative Care for Patients With Heart Failure and Comorbid Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 1 de octubre de 2021;181(10):1369.
42. Sahota O, Pulikottil-Jacob R, Marshall F, Montgomery A, Tan W, Sach T, et al. The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age Ageing.* 6 de octubre de 2016;ageing;afw149v1.
43. Schapira M, Outumuro MB, Giber F, Pino C, Mattiussi M, Montero-Odasso M, et al. Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res.* enero de 2022;34(1):85-93.
44. Stevens-Lapsley JE, Derlein D, Churchill L, Falvey JR, Nordon-Craft A, Sullivan WJ, et al. High-intensity home health physical therapy among older adult Veterans: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* 23 de mayo de 2023;71(9):2855-64.
45. Toles M, Preisser JS, Colón-Emeric C, Naylor MD, Weinberger M, Zhang Y, et al. Connect-Home transitional care from skilled nursing facilities to home: A stepped wedge, cluster randomized trial. *J Am Geriatr Soc.* enero de 2023;71(4):1068-80.
46. Wilhelmson K, Andersson Hammar I, Westgård T, Holmquist Henrikson L, Dahlin-Ivanoff S. Positive effects on activities of daily living one year after receiving comprehensive geriatric assessment – results from the randomised controlled study CGA-Swed. *BMC Geriatr.* diciembre de 2022;22(1):180.
47. Zimmerman L, Wilson FA, Schmaderer MS, Struwe L, Pozehl B, Paulman A, et al. Cost-Effectiveness of a Care Transition Intervention Among Multimorbid Patients. *West J Nurs Res.* mayo de 2017;39(5):622-42.
48. 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.* julio de 2017;65(7):1597-608.
49. Li Y, Fu MR, Fang J, Zheng H, Luo B. The effectiveness of transitional care interventions for adult people with heart failure on patient-centered health outcomes: A systematic review and meta-analysis including dose-response relationship. *Int J Nurs Stud.* mayo de

2021;117:103902.

50. Parker KJ, Mcdonagh J, Ferguson C, Hickman LD. Clinical outcomes of nurse-coordinated interventions for frail older adults discharged from hospital: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. noviembre de 2024;33(11):4184-206.
51. Gallego-González E, Mayordomo-Cava J, Vidán MT, Valadés-Malagón MI, Serra-Rexach JA, Ortiz-Alonso J. Functional trajectories associated with acute illness and hospitalization in oldest old patients: Impact on mortality. *Front Physiol*. 14 de septiembre de 2022;13:937115.
52. Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. noviembre de 2016;67:130-8.
53. Díaz Planelles I, Navarro-Tapia E, García-Algar Ó, Andreu-Fernández V. Prevalence of Potentially Inappropriate Prescriptions According to the New STOPP/START Criteria in Nursing Homes: A Systematic Review. *Healthcare*. 1 de febrero de 2023;11(3):422.
54. Pfefferle A, Binder N, Sauer J, Sofroniou M, Metzner G, Farin E, et al. Association between continuity of care and inappropriate prescribing in outpatient care in Germany: a cross-sectional analysis conducted as part of the LoChro trial. *BMJ Open*. julio de 2024;14(7):e082245.
55. Calderon B, Sacks DB. Islet autoantibodies and type 1 diabetes: does the evidence support screening? *Clin Chem*. marzo de 2014;60(3):438-40.
56. Hayward KL, Valery PC, Patel PJ, Horsfall LU, Wright PL, Tallis CJ, et al. Effectiveness of patient-oriented education and medication management intervention in people with decompensated cirrhosis. *Intern Med J*. septiembre de 2020;50(9):1142-6.
57. Reed ME, Huang J, Brand RJ, Neugebauer R, Graetz I, Hsu J, et al. Patients with complex chronic conditions: Health care use and clinical events associated with access to a patient portal. Ramagopalan SV, editor. *PLOS ONE*. 19 de junio de 2019;14(6):e0217636.
58. Guerra De Hoyos JA, Contreras IADA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. julio de 2007;39(7):349-54.
59. Iwashyna TJ, Christakis NA. Marriage, widowhood, and health-care use. *Soc Sci Med*. diciembre de 2003;57(11):2137-47.
60. Pandey KR, Yang F, Cagney KA, Smieliauskas F, Meltzer DO, Ruhnke GW. The impact of marital status on health care utilization among Medicare beneficiaries. *Medicine (Baltimore)*. marzo de 2019;98(12):e14871.
61. Hur R, Kim KH, Jin DL, Yoon SJ. Impact of Comprehensive Primary Care in Patients With Complex Chronic Diseases: Nationwide Cohort Database Analysis in Korea. *J Korean Med Sci*. 2024;39(18):e158.
62. Fimognari FL, Pierantozzi A, De Alfieri W, Salani B, Zuccaro SM, Arone A, et al. The Severity of Acute Illness and Functional Trajectories in Hospitalized Older Medical Patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. enero de 2017;72(1):102-8.

63. Hartley P, Romero-Ortuno R, Wellwood I, Deaton C. Changes in muscle strength and physical function in older patients during and after hospitalisation: a prospective repeated-measures cohort study. *Age Ageing*. 8 de enero de 2021;50(1):153-60.
64. Zisberg A, Shadmi E, Gur-Yaish N, Tonkikh O, Sinoff G. Hospital-Associated Functional Decline: The Role of Hospitalization Processes Beyond Individual Risk Factors. *J Am Geriatr Soc*. enero de 2015;63(1):55-62.
65. Kim W, Jang SY, Lee TH, Lee JE, Park EC. Association between continuity of care and subsequent hospitalization and mortality in patients with mood disorders: Results from the Korea National Health Insurance cohort. Puyat JH, editor. *PLOS ONE*. 19 de noviembre de 2018;13(11):e0207740.
66. Li C, Wu M, Qiao G, Gao X, Hu T, Zhao X, et al. Effectiveness of continuity of care in reducing depression symptoms in elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. marzo de 2023;38(3):e5894.
67. Dai Y, Zhang CY, Zhang BQ, Li Z, Jiang C, Huang HL. Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine (Baltimore)*. junio de 2016;95(24):e3881.
68. Mahmud MA, Hazrin M, Muhammad EN, Mohd Hisyam MF, Awaludin SM, Abdul Razak MA, et al. Social support among older adults in Malaysia. *Geriatr Gerontol Int*. diciembre de 2020;20(S2):63-7.
69. Riffin C, Van Ness PH, Wolff JL, Fried T. Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. *J Am Geriatr Soc*. febrero de 2019;67(2):277-83.
70. Tuttle D, Griffiths J, Kaunnil A. Predictors of caregiver burden in caregivers of older people with physical disabilities in a rural community. Chupradit S, editor. *PLOS ONE*. 4 de noviembre de 2022;17(11):e0277177.

REVISORES EXTERNOS

Los siguientes expertos han colaborado en la revisión de una versión preliminar del presente informe:

- Antonio Gimeno Miguel. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Prevención y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- Yeiza Semíramis Reyes Melián. Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria La Laguna-Tenerife Norte. Hospital Universitario de Canarias. Servicio Canario de la Salud (SCS).

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores y revisores externos del presente informe declaran no tener conflicto de interés en relación con el tema evaluado en este informe.

AGRADECIMIENTOS

Los autores del informe quieren agradecer a las personas que han figurado como revisores externos.

ANEXO 1. Estrategia de Búsqueda

Resumen de la estrategia de búsqueda ejecutada

<i>Bases de datos electrónicas consultadas</i>				
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha acceso	Nº de resultados
Medline (all)	Ovid	Sin límite	20/10/2023	1260
EMBASE	Elsevier	Sin límite	23/10/2023	1314
CINAHL	EBSCOhost	Sin límite	20/10/2023	830
PsycINFO	EBSCOhost	Sin límite	20/10/2023	199
CENTRAL (Cochrane Library)	Wiley	Sin límite	20/10/2023	885
TOTAL				4488
DUPLICADOS tras fusionar las búsquedas				1270
TOTAL, SIN DUPLICADOS				3218

MEDLINE

20 de octubre de 2023

1. Multimorbidity/
2. Multiple Chronic Conditions/
3. (multimorbid* or multi-morbid* or multidisease? or multi-disease? or pluripathol* or pluri-pathol* or multiple chronic condition* or complex chronic condition*).ti,ab,kw,kf.
4. ((coocur* or co-ocur* or coexist* or co-exist* or pluri* or concomitant* or simult*) adj2 (disease* or illness* or disorder* or symptom* or syndrom* or morbid* or patholog* or chronic*)).ti,ab,kw,kf.
5. 1 or 2 or 3 or 4

-
6. Frailty/
 7. Frail elderly/
 8. Comorbidity/
 9. ((coocur* or co-ocur* or coexist* or co-exist* or multipl* or concomitant* or simult*)
adj3 (comorbid* or co-morbid*)).ti,ab,kw,kf.
 10. 6 or 7 or 8 or 9
 11. 5 or 10
 12. Transitional Care/
 13. Continuity of Patient Care/
 14. Patient Care Planning/
 15. Patient Discharge/
 16. Patient Transfer/
 17. Patient Handoff/
 18. Patient Care Team/
 19. Delivery of health care, integrated/
 20. ((transition* or transfer*) adj2 (patient* or posthospital* or post-hospital* or
"inpatient to outpatient" or care or caring or care-pathway or healthcare or health-
care or model* or setting* or team or teams or nurse-based or nurse-led or nursing
or coordin* or discharge* or at-discharge* or postdischarge* or post-discharge* or
aftercare or after care or intervention* or management or method or program* or
"hospital-to-home" or "hospital to" or "to home" or "to primary care" or "from
hospital")).ti,ab,kf,kw.
 21. ((care or caring) adj2 (continu* or discharge* or at-discharge* or postdischarge* or
post-discharge* or posthospital* or post-hospital* or journey map or route* or plan
or plans or planning or planned or program* or management or value or model* or
bundle* or pattern* or framework* or pathway*)).ti,ab,kw,kf.

-
22. ((discharge* or at-discharge* or postdischarge* or post-discharge* or "inpatient to outpatient" or posthospital* or post-hospital*) adj2 (care-pathway or continu* or journey map or route* or plan or plans or planning or planned or program* or management or value or model* or bundle* or pattern* or framework* or pathway*)).ti,ab,kw,kf.
23. ((integrat* or coordinat* or co-ordinat* or multifac* or multi-fac* or multcomp* or multi-comp* or multi-site* or team or team-based or nurse-led) adj (care or transition* or "hospital-to-home" or "hospital to" or "to home" or "to primary care" or "from hospital" or "patient care*" or service* or program* or deliver* or management*)).ti,ab,kw,kf.
24. 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23
25. 11 and 24
26. Randomized Controlled Trials as Topic/
27. randomized controlled trial/
28. Random Allocation/
29. Double Blind Method/
30. Single Blind Method/
31. clinical trial/
32. clinical trial, phase i.pt.
33. clinical trial, phase ii.pt.
34. clinical trial, phase iii.pt.
35. clinical trial, phase iv.pt.
36. controlled clinical trial.pt.
37. randomized controlled trial.ti,pt.
38. multicenter study.pt.
39. clinical trial.pt.

-
40. exp Clinical Trials as topic/
 41. 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38 or 39 or 40
 42. (clinical adj trial\$).tw.
 43. ((singl\$ or doubl\$ or treb\$ or tripl\$) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw.
 44. PLACEBOS/
 45. placebo\$.tw.
 46. randomly allocated.tw.
 47. (allocated adj2 random\$).tw.
 48. 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47
 49. 41 or 48
 50. case report.tw.
 51. letter/
 52. historical article/
 53. 50 or 51 or 52
 54. 49 not 53
 55. (randomi?ed adj2 trial).ti.
 56. trial registration*.ab.
 57. 54 or 55 or 56
 58. 25 and 57

Embase

23 de octubre de 2023

1. 'multimorbidity'/de
2. 'multiple chronic conditions'/exp
3. multimorbid*:ti,ab,kw OR 'multi morbid*:ti,ab,kw OR multidisease*:ti,ab,kw OR
'multi disease*:ti,ab,kw OR pluripathol*:ti,ab,kw OR 'pluri pathol*:ti,ab,kw OR
'multiple chronic condition*:ti,ab,kw OR 'complex chronic condition*:ti,ab,kw

-
4. ((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR pluri* OR concomitant* OR similt*) NEAR/2 (disease* OR illness* OR disorder* OR symptom* OR syndrom* OR morbid* OR patholog* OR chronic*)):ti,ab,kw
 5. #1 OR #2 OR #3 OR #4
 6. 'frailty'/exp
 7. 'frail elderly'/exp
 8. 'comorbidity'/mj OR 'comorbid conditions':ti,kw
 9. (((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR multipl* OR concomitant* OR simult*) NEAR/3 (comorbid* OR 'co morbid*')):ti,ab,kw) OR 'comorbid conditions':kw
 10. #6 OR #7 OR #8 OR #9
 11. #5 OR #10
 12. 'transitional care'/exp
 13. 'patient care planning'/exp
 14. 'patient care'/mj/exp
 15. 'hospital discharge'/exp
 16. 'clinical handover'/exp
 17. 'patient care team'/exp
 18. 'integrated health care system'/exp
 19. ((transition* OR transfer*) NEAR/2 (patient* OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'inpatient to outpatient' OR care OR caring OR 'care pathway' OR healthcare OR 'health care' OR model* OR setting* OR team OR teams OR 'nurse based' OR 'nurse led' OR nursing OR coordin* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR aftercare OR 'after care' OR intervention* OR management OR method OR program* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital')):ti,ab,kw
 20. ((care OR caring) NEAR/2 (continu* OR discharge* OR 'at discharge*' OR

postdischarge* OR 'post discharge*' OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'journey
map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR
management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR
pathway*)):ti,ab,kw

21. ((discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR 'inpatient
to outpatient' OR posthospital* OR 'post hospital*') NEAR/2 ('care pathway' OR
continu* OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR
program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR
framework* OR pathway*)):ti,ab,kw

22. ((integrat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR multifac* OR 'multi fac*' OR
multicomp* OR 'multi comp*' OR 'multi site*' OR team OR 'team based' OR 'nurse
led') NEXT/1 (care OR transition* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home'
OR 'to primary care' OR 'from hospital' OR 'patient care*' OR service* OR program*
OR deliver* OR management*)):ti,ab,kw

23. #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22

24. #11 AND #23

25. 'clinical trial'/de

26. 'randomized controlled trial'/de

27. 'controlled clinical trial'/de

28. 'multicenter study'/de

29. 'phase 3 clinical trial'/de

30. 'phase 4 clinical trial'/de

31. 'randomization'/exp

32. 'single blind procedure'/de

33. 'double blind procedure'/de

34. 'crossover procedure'/de

-
35. 'placebo'/de
 36. 'randomi*ed controlled trial*':ti,ab
 37. rct:ti,ab
 38. (random* NEAR/2 allocat*):ti,ab
 39. 'single blind*':ti,ab
 40. 'double blind*':ti,ab
 41. ((treble OR triple) NEAR/1 blind*):ti,ab
 42. placebo*:ti,ab
 43. 'prospective study'/de
 44. #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR
#36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43
 45. 'case study'/de
 46. 'case report':ti,ab
 47. 'abstract report'/de OR 'letter'/de
 48. 'conference paper'/it
 49. 'conference review'/it
 50. 'conference abstract'/it
 51. 'editorial'/it
 52. 'letter'/it
 53. 'note'/it
 54. #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53
 55. #44 NOT #54
 56. ('randomi?ed' NEAR/2 'trial'):ti
 57. 'trial registration*':ab
 58. #55 OR #56 OR #57
 59. #24 AND #58

20 de octubre de 2023

1. ((TI multimorbid* OR AB multimorbid*) OR (TI multi-morbid* OR AB multi-morbid*) OR (TI multidisease# OR AB multidisease#) OR (TI multi-disease# OR AB multi-disease#) OR (TI pluripathol* OR AB pluripathol*) OR (TI pluri-pathol* OR AB pluri-pathol*) OR (TI "multiple chronic condition*" OR AB "multiple chronic condition*") OR (TI "complex chronic condition*" OR AB "complex chronic condition*"))
2. (((TI coocur* OR AB coocur*) OR (TI co-ocur* OR AB co-ocur*) OR (TI coexist* OR AB coexist*) OR (TI co-exist* OR AB co-exist*) OR (TI pluri* OR AB pluri*) OR (TI concomitant* OR AB concomitant*) OR (TI simult* OR AB simult*)) N2 ((TI disease* OR AB disease*) OR (TI illness* OR AB illness*) OR (TI disorder* OR AB disorder*) OR (TI symptom* OR AB symptom*) OR (TI syndrom* OR AB syndrom*) OR (TI morbid* OR AB morbid*) OR (TI patholog* OR AB patholog*) OR (TI chronic* OR AB chronic*)))
3. (MH Frailty Syndrome)
4. (MM Comorbidity)
5. (((TI coocur* OR AB coocur*) OR (TI co-ocur* OR AB co-ocur*) OR (TI coexist* OR AB coexist*) OR (TI co-exist* OR AB co-exist*) OR (TI multipl* OR AB multipl*) OR (TI concomitant* OR AB concomitant*) OR (TI simult* OR AB simult*)) N3 ((TI comorbid* OR AB comorbid*) OR (TI co-morbid* OR AB co-morbid*)))
6. (S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5)
7. (MH "Transitional Care")
8. (MH "Continuity of Patient Care")
9. (MH "Patient Care Plans")
10. (MH "Patient Discharge")

-
11. (MH "Patient Transfer")
12. (MH "Patient Care Team")
13. (MH "Delivery of health care, integrated")
14. TI (((transition* or transfer*) N2 (patient* or posthospital* or post-hospital* or "inpatient to outpatient" or care or caring or care-pathway or healthcare or health-care or model* or setting* or team or teams or nurse-based or nurse-led or nursing or coordin* or discharge* or at-discharge* or postdischarge* or post-discharge* or aftercare or after care or intervention* or management or method or program* or "hospital-to-home" or "hospital to" or "to home" or "to primary care" or "from hospital")))) OR AB (((transition* or transfer*) n2 (patient* or posthospital* or post-hospital* or "inpatient to outpatient" or care or caring or care-pathway or healthcare or health-care or model* or setting* or team or teams or nurse-based or nurse-led or nursing or coordin* or discharge* or at-discharge* or postdischarge* or post-discharge* or aftercare or after care or intervention* or management or method or program* or "hospital-to-home" or "hospital to" or "to home" or "to primary care" or "from hospital"))))
15. (((TI care OR AB care) OR (TI caring OR AB caring)) N2 ((TI continu* OR AB continu*) OR (TI discharge* OR AB discharge*) OR (TI at-discharge* OR AB at-discharge*) OR (TI postdischarge* OR AB postdischarge*) OR (TI post-discharge* OR AB post-discharge*) OR (TI posthospital* OR AB posthospital*) OR (TI post-hospital* OR AB post-hospital*) OR (TI "journey map" OR AB "journey map") OR (TI route* OR AB route*) OR (TI plan OR AB plan) OR (TI plans OR AB plans) OR (TI planning OR AB planning) OR (TI planned OR AB planned) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI management OR AB management) OR (TI value OR AB value) OR (TI model* OR AB model*) OR (TI bundle* OR AB bundle*) OR (TI pattern* OR AB pattern*) OR (TI framework* OR AB framework*) OR (TI pathway* OR AB pathway*)))

-
16. (((TI discharge* OR AB discharge*) OR (TI at-discharge* OR AB at-discharge*) OR (TI postdischarge* OR AB postdischarge*) OR (TI post-discharge* OR AB post-discharge*) OR (TI "inpatient to outpatient" OR AB "inpatient to outpatient") OR (TI posthospital* OR AB posthospital*) OR (TI post-hospital* OR AB post-hospital*)) N2 ((TI care-pathway OR AB care-pathway) OR (TI continu* OR AB continu*) OR (TI "journey map" OR AB "journey map") OR (TI route* OR AB route*) OR (TI plan OR AB plan) OR (TI plans OR AB plans) OR (TI planning OR AB planning) OR (TI planned OR AB planned) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI management OR AB management) OR (TI value OR AB value) OR (TI model* OR AB model*) OR (TI bundle* OR AB bundle*) OR (TI pattern* OR AB pattern*) OR (TI framework* OR AB framework*) OR (TI pathway* OR AB pathway*)))
17. (((TI integrat* OR AB integrat*) OR (TI coordinat* OR AB coordinat*) OR (TI co-ordinat* OR AB co-ordinat*) OR (TI multifac* OR AB multifac*) OR (TI multi-fac* OR AB multi-fac*) OR (TI multicom* OR AB multicom*) OR (TI multi-comp* OR AB multi-comp*) OR (TI multi-site* OR AB multi-site*) OR (TI team OR AB team) OR (TI team-based OR AB team-based) OR (TI nurse-led OR AB nurse-led)) N1 ((TI care OR AB care) OR (TI transition* OR AB transition*) OR (TI hospital-to-home OR AB hospital-to-home) OR (TI "hospital to" OR AB "hospital to") OR (TI "to home" OR AB "to home") OR (TI "to primary care" OR AB "to primary care") OR (TI "from hospital" OR AB "from hospital") OR (TI "patient care*" OR AB "patient care*") OR (TI service* OR AB service*) OR (TI program* OR AB program*) OR (TI deliver* OR AB deliver*) OR (TI management* OR AB management*)))
18. S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17
19. S6 AND S18
20. (MH "Clinical Trials+")
21. PT Clinical trial

-
22. TX clinic* n1 trial*
 23. TX ((trebl* n1 blind*) or (trebl* n1 mask*))
 24. TX ((tripl* n1 blind*) or (tripl* n1 mask*))
 25. TX ((doubl* n1 blind*) or (doubl* n1 mask*))
 26. TX ((singl* n1 blind*) or (singl* n1 mask*))
 27. TX randomi* control* trial*
 28. (MH "Random Assignment")
 29. (MH "Random Assignment")
 30. TX placebo*
 31. (MH "Placebos")
 32. (MH "Quantitative Studies")
 33. TX allocat* random*
 34. S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30
OR S31 OR S32 OR S33
 35. (S19 AND S34)
-

Cochrane Central Register of Controlled Trials

20 de octubre de 2023

1. [mh ^Multimorbidity]
 2. [mh ^"Multiple Chronic Conditions"]
 3. (multimorbid*:ti,ab,kw OR multi-morbid*:ti,ab,kw OR multidisease?:ti,ab,kw OR multi-disease?:ti,ab,kw OR pluripathol*:ti,ab,kw OR pluri-pathol*:ti,ab,kw OR ("multiple chronic" NEXT condition*):ti,ab,kw OR ("complex chronic" NEXT condition*):ti,ab,kw)
 4. ((coocur*:ti,ab,kw OR co-ocur*:ti,ab,kw OR coexist*:ti,ab,kw OR co-exist*:ti,ab,kw OR pluri*:ti,ab,kw OR concomitant*:ti,ab,kw OR simult*:ti,ab,kw) NEAR/2 (disease*:ti,ab,kw OR illness*:ti,ab,kw OR disorder*:ti,ab,kw OR symptom*:ti,ab,kw
-

OR syndrom*:ti,ab,kw OR morbid*:ti,ab,kw OR patholog*:ti,ab,kw OR
chronic*:ti,ab,kw))

5. #1 OR #2 OR #3 OR #4

6. [mh ^Frailty]

7. [mh ^"Frail elderly"]

8. [mh ^Comorbidity]

9. ((coocur*:ti,ab,kw OR co-ocur*:ti,ab,kw OR coexist*:ti,ab,kw OR co-exist*:ti,ab,kw OR
multipl*:ti,ab,kw OR concomitant*:ti,ab,kw OR simult*:ti,ab,kw) NEAR/3
(comorbid*:ti,ab,kw OR co-morbid*:ti,ab,kw))

10. #6 OR #7 OR #8 OR #9

11. #5 OR #10

12. [mh ^"Transitional Care"]

13. [mh ^"Continuity of Patient Care"]

14. [mh ^"Patient Care Planning"]

15. [mh ^"Patient Discharge"]

16. [mh ^"Patient Transfer"]

17. [mh ^"Patient Handoff"]

18. [mh ^"Patient Care Team"]

19. [mh ^"Delivery of health care, integrated"]

20. ((transition*:ti,ab,kw OR transfer*:ti,ab,kw) NEAR/2 (patient*:ti,ab,kw OR
posthospital*:ti,ab,kw OR post-hospital*:ti,ab,kw OR "inpatient to
outpatient":ti,ab,kw OR care:ti,ab,kw OR caring:ti,ab,kw OR care-pathway:ti,ab,kw OR
healthcare:ti,ab,kw OR health-care:ti,ab,kw OR model*:ti,ab,kw OR setting*:ti,ab,kw
OR team:ti,ab,kw OR teams:ti,ab,kw OR nurse-based:ti,ab,kw OR nurse-led:ti,ab,kw
OR nursing:ti,ab,kw OR coordin*:ti,ab,kw OR discharge*:ti,ab,kw OR at-
discharge*:ti,ab,kw OR postdischarge*:ti,ab,kw OR post-discharge*:ti,ab,kw OR

aftercare:ti,ab,kw OR "after care":ti,ab,kw OR intervention*:ti,ab,kw OR

management:ti,ab,kw OR method:ti,ab,kw OR program*:ti,ab,kw OR hospital-to-

home:ti,ab,kw OR "hospital to":ti,ab,kw OR "to home":ti,ab,kw OR "to primary

care":ti,ab,kw OR "from hospital":ti,ab,kw))

21. ((care:ti,ab,kw OR caring:ti,ab,kw) NEAR/2 (continu*:ti,ab,kw OR discharge*:ti,ab,kw OR at-discharge*:ti,ab,kw OR postdischarge*:ti,ab,kw OR post-discharge*:ti,ab,kw OR posthospital*:ti,ab,kw OR post-hospital*:ti,ab,kw OR "journey map":ti,ab,kw OR route*:ti,ab,kw OR plan:ti,ab,kw OR plans:ti,ab,kw OR planning:ti,ab,kw OR planned:ti,ab,kw OR program*:ti,ab,kw OR management:ti,ab,kw OR value:ti,ab,kw OR model*:ti,ab,kw OR bundle*:ti,ab,kw OR pattern*:ti,ab,kw OR framework*:ti,ab,kw OR pathway*:ti,ab,kw))

22. ((discharge*:ti,ab,kw OR at-discharge*:ti,ab,kw OR postdischarge*:ti,ab,kw OR post-discharge*:ti,ab,kw OR "inpatient to outpatient":ti,ab,kw OR posthospital*:ti,ab,kw OR post-hospital*:ti,ab,kw) NEAR/2 (care-pathway:ti,ab,kw OR continu*:ti,ab,kw OR "journey map":ti,ab,kw OR route*:ti,ab,kw OR plan:ti,ab,kw OR plans:ti,ab,kw OR planning:ti,ab,kw OR planned:ti,ab,kw OR program*:ti,ab,kw OR management:ti,ab,kw OR value:ti,ab,kw OR model*:ti,ab,kw OR bundle*:ti,ab,kw OR pattern*:ti,ab,kw OR framework*:ti,ab,kw OR pathway*:ti,ab,kw))

23. ((integrated:ti,ab,kw OR coordinated:ti,ab,kw OR "co-ordinated":ti,ab,kw OR multifac*:ti,ab,kw OR multicom*:ti,ab,kw OR team:ti,ab,kw OR "team-based":ti,ab,kw OR "nurse-led":ti,ab,kw) NEAR/1 (care:ti,ab,kw OR transitional:ti,ab,kw OR "hospital-to-home":ti,ab,kw OR "hospital to":ti,ab,kw OR "to home":ti,ab,kw OR "to primary care":ti,ab,kw OR "from hospital":ti,ab,kw OR "patient care":ti,ab,kw OR service*:ti,ab,kw OR program*:ti,ab,kw OR deliver*:ti,ab,kw OR management*:ti,ab,kw))

24. #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR

25. #11 AND #24

26. #11 AND #24 in Trials

PsycInfo

October 20, 2023

1. TI (multimorbid* or multi-morbid* or multidisease? or multi-disease? or pluripathol* or pluri-pathol* or multiple chronic condition* or complex chronic condition) OR AB (multimorbid* or multi-morbid* or multidisease? or multi-disease? or pluripathol* or pluri-pathol* or multiple chronic condition* or complex chronic condition) OR KW (multimorbid* or multi-morbid* or multidisease? or multi-disease? or pluripathol* or pluri-pathol* or multiple chronic condition* or complex chronic condition)
 2. TI (((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR pluri* OR concomitant* OR simlt*) N2 (disease* OR illness* OR disorder* OR symptom* OR syndrom* OR morbid* OR patholog* OR chronic*))) OR AB (((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR pluri* OR concomitant* OR simlt*) N2 (disease* OR illness* OR disorder* OR symptom* OR syndrom* OR morbid* OR patholog* OR chronic*))) OR KW (((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR pluri* OR concomitant* OR simlt*) N2 (disease* OR illness* OR disorder* OR symptom* OR syndrom* OR morbid* OR patholog* OR chronic*)))
 3. TI (frailty or "frail elderly") OR AB (frailty or "frail elderly") OR KW (frailty or "frail elderly")
 4. MA comorbidity OR KW "comorbid conditions"
 5. TI ((((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR multipl* OR concomitant* OR simult*) N3 (comorbid* OR 'co morbid*'))) OR AB ((((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR multipl* OR concomitant* OR simult*) N3 (comorbid* OR 'co morbid*'))) OR KW ((((coocur* OR 'co ocur*' OR coexist* OR 'co exist*' OR multipl* OR
-

concomitant* OR simult*) N3 (comorbid* OR 'co morbid*')))

6. MA "Continuum of Care"

7. MA "Discharge planning"

8. MA "Patient Centered Care"

9. MA "Clinical handover"

10. MA "Patient Care Team"

11. MA "Integrated Health Care System"

12. TI (((transition* OR transfer*) N2 (patient* OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'inpatient to outpatient' OR care OR caring OR 'care pathway' OR healthcare OR 'health care' OR model* OR setting* OR team OR teams OR 'nurse based' OR 'nurse led' OR nursing OR coordin* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR aftercare OR 'after care' OR intervention* OR management OR method OR program* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital'))) OR AB (((transition* OR transfer*) N2 (patient* OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'inpatient to outpatient' OR care OR caring OR 'care pathway' OR healthcare OR 'health care' OR model* OR setting* OR team OR teams OR 'nurse based' OR 'nurse led' OR nursing OR coordin* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR aftercare OR 'after care' OR intervention* OR management OR method OR program* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital'))) OR KW (((transition* OR transfer*) N2 (patient* OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'inpatient to outpatient' OR care OR caring OR 'care pathway' OR healthcare OR 'health care' OR model* OR setting* OR team OR teams OR 'nurse based' OR 'nurse led' OR nursing OR coordin* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR aftercare OR 'after care' OR intervention* OR management OR method OR program* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital')))

-
13. TI (((care OR caring) N2 (continu* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*))) OR AB (((care OR caring) N2 (continu* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*))) OR KW (((care OR caring) N2 (continu* OR discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR posthospital* OR 'post hospital*' OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*)))
14. TI (((discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR 'inpatient to outpatient' OR posthospital* OR 'post hospital*') N2 ('care pathway' OR continu* OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*))) OR AB (((discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR 'inpatient to outpatient' OR posthospital* OR 'post hospital*') N2 ('care pathway' OR continu* OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*))) OR KW (((discharge* OR 'at discharge*' OR postdischarge* OR 'post discharge*' OR 'inpatient to outpatient' OR posthospital* OR 'post hospital*') N2 ('care pathway' OR continu* OR 'journey map' OR route* OR plan OR plans OR planning OR planned OR program* OR management OR value OR model* OR bundle* OR pattern* OR framework* OR pathway*)))
15. TI (((integrat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR multifac* OR 'multi fac*' OR
-

multicomp* OR 'multi comp*' OR 'multi site*' OR team OR 'team based' OR 'nurse led')

N1 (care OR transition* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital' OR 'patient care*' OR service* OR program* OR deliver* OR management*))) OR AB (((integrat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR multifac* OR 'multi fac*' OR multicomp* OR 'multi comp*' OR 'multi site*' OR team OR 'team based' OR 'nurse led') N1 (care OR transition* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital' OR 'patient care*' OR service* OR program* OR deliver* OR management*))) OR KW (((integrat* OR coordinat* OR 'co ordinat*' OR multifac* OR 'multi fac*' OR multicomp* OR 'multi comp*' OR 'multi site*' OR team OR 'team based' OR 'nurse led') N1 (care OR transition* OR 'hospital to home' OR 'hospital to' OR 'to home' OR 'to primary care' OR 'from hospital' OR 'patient care*' OR service* OR program* OR deliver* OR management*)))

16. S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15

17. S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5

18. (S16 AND S17)

19. DE "Randomized Clinical Trials" OR DE "Clinical Trials" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Controlled Trials" OR DE "Randomized Clinical Trials"

20. TI (RANDOMI*) OR AB (RANDOMI*) OR KW (RANDOMI*) or ti (TRIAL*)

21. S19 OR S20

22. (S18 AND S21)

ANEXO 2. Estudios Excluidos y Motivo de Exclusión

Abstract (N = 3)

1. Hernández-Quiles, C., García-Serrano, R., Bernabeu-Witte, M., Ruiz-Cantero, A., Colmenero-Camacho, M. A., & Ollero-Baturone, M. (2016). A randomized clinical trial for remote telemonitoring into an integrated care program for high complexity patients. Atlan-TIC project. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 16(6).
2. Kind, A. J., Gilmore-Bykovskyi, A., Kennelty, K., Jensen, L., Schmitz, E., Hermann, C., & Mineau, J. (2016). O2-01-03: THE COORDINATED-TRANSITIONAL CARE (C-TRAC) PROGRAM: SUPPORTING PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DEMENTIA (AD) AND THEIR CAREGIVERS DURING CARE TRANSITIONS FROM THE HOSPITAL TO THE COMMUNITY. *Alzheimer's & Dementia*, 12, P221-P222.
3. Lembeck, M. A., Thygesen, L. C., Sørensen, B. D., Rasmussen, L. L., & Holm, E. A. (2019). Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients - a Danish randomized clinical trial. *BMC health services research*, 19(1), 751.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4528-9>

Diseño (N = 6)

4. Baldwin, S. M., Zook, S., & Sanford, J. (2018). Implementing Posthospital Interprofessional Care Team Visits to Improve Care Transitions and Decrease Hospital Readmission Rates. *Professional case management*, 23(5), 264–271.
<https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000284>
 5. Guillén, C. I., Tejedor, J. L., Astiz, J. J. C., Erviti, L. E., Navascués, A. M. F., López, J. L., ... & Martínez-Velilla, N. (2018). Evaluation of the Navarra Strategy for Integrated Care for Chronic and Pluripathologic Patients. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 18.
 6. Heim, N., Rolden, H., van Fenema, E. M., Weverling-Rijnsburger, A. W., Tuijl, J. P., Jue, P., Oleksik, A. M., de Craen, A. J., Mooijaart, S. P., Blauw, G. J., Westendorp, R. G., van der
-

-
- Mast, R. C., & van Everdinck, I. E. (2016). The development, implementation and evaluation of a transitional care programme to improve outcomes of frail older patients after hospitalisation. *Age and ageing*, 45(5), 643–651.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afw098>
7. Murtagh, F. E. M., Okoeki, M., Ukoha-Kalu, B. O., Khamis, A., Clark, J., Boland, J. W., Pask, S., Nwulu, U., Elliott-Button, H., Folwell, A., Harman, D., & Johnson, M. J. (2023). A non-randomised controlled study to assess the effectiveness of a new proactive multidisciplinary care intervention for older people living with frailty. *BMC geriatrics*, 23(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03727-2>
8. Tong, E., Choo, S., Ooi, S. C., & Newnham, H. (2015). Improving the transition of elderly patients with multiple comorbidities into the community: impact of a pharmacist in a General Medicine outpatient follow-up clinic. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 45(1), 117-121.
9. Vearing, R., Casey, S., Zaremba, C., Bowden, S., Ferguson, A., Goodisson, C., Potter, J., Evry, N., & Charlton, K. (2019). Evaluation of the impact of a post-hospital discharge Transitional Aged Care Service on frailty, malnutrition and functional ability. *Nutrition & dietetics: the journal of the Dietitians Association of Australia*, 76(4), 472–479.
<https://doi.org/10.1111/1747-0080.12511>

Paciente (N = 19)

10. Ahmad, F., Fountotos, R., Goldfarb, M., Bharaj, N., Munir, H., Marsala, J., Rudski, L. G., & Afilalo, J. (2023). De-frailing intervention for hospitalized cardiovascular patients in the TARGET-EFT randomized clinical trial. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 9(5), 482–489. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcac050>
11. Berglund, H., Hasson, H., Kjellgren, K., & Wilhelmson, K. (2015). Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: a randomized controlled
-

-
- study. *Journal of clinical nursing*, 24(7-8), 1079–1090.
- <https://doi.org/10.1111/jocn.12699>
12. Boulton, C., Leff, B., Boyd, C. M., Wolff, J. L., Marsteller, J. A., Frick, K. D., Wegener, S., Reider, L., Frey, K., Mroz, T. M., Karm, L., & Scharfstein, D. O. (2013). A matched-pair cluster-randomized trial of guided care for high-risk older patients. *Journal of general internal medicine*, 28(5), 612–621. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2287-y>
 13. Cameron, I. D., Fairhall, N., Langron, C., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Sherrington, C., Lord, S. R., & Kurrle, S. E. (2013). A multifactorial interdisciplinary intervention reduces frailty in older people: randomized trial. *BMC medicine*, 11, 65. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-65>
 14. Cohen, H. J., Feussner, J. R., Weinberger, M., Carnes, M., Hamdy, R. C., Hsieh, F., Phibbs, C., Courtney, D., Lyles, K. W., May, C., McMurtry, C., Pennypacker, L., Smith, D. M., Ainslie, N., Hornick, T., Brodtkin, K., & Lavori, P. (2002). A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *The New England journal of medicine*, 346(12), 905–912. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa010285>
 15. Ebrahimi, Z., Eklund, K., Dahlin-Ivanoff, S., Jakobsson, A., & Wilhelmson, K. (2017). Effects of a continuum of care intervention on frail elders' self-rated health, experiences of security/safety and symptoms: A randomised controlled trial. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(1), 33-43.
 16. Eklund, K., Wilhelmson, K., Gustafsson, H., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2013). One-year outcome of frailty indicators and activities of daily living following the randomised controlled trial: "Continuum of care for frail older people". *BMC geriatrics*, 13, 76. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-76>
 17. Freund, T., Peters-Klimm, F., Boyd, C. M., Mahler, C., Gensichen, J., Erler, A., Beyer, M., Gondan, M., Rochon, J., Gerlach, F. M., & Szecsenyi, J. (2016). Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A
-

-
- Cluster Randomized Clinical Trial. *Annals of internal medicine*, 164(5), 323–330.
<https://doi.org/10.7326/M14-2403>
18. Gryczynski, J., Nordeck, C. D., Welsh, C., Mitchell, S. G., O'Grady, K. E., & Schwartz, R. P. (2021). Preventing Hospital Readmission for Patients With Comorbid Substance Use Disorder: A Randomized Trial. *Annals of internal medicine*, 174(7), 899–909.
<https://doi.org/10.7326/M20-5475>
19. Hansen, T. K., Pedersen, L. H., Shahla, S., Damsgaard, E. M., Bruun, J. M., & Gregersen, M. (2021). Effects of a new early municipality-based versus a geriatric team-based transitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients - a randomised controlled trial. *Archives of gerontology and geriatrics*, 97, 104511.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2021.104511>
20. Lea, M., Mowé, M., Molden, E., Kvernørød, K., Skovlund, E., & Mathiesen, L. (2020). Effect of medicines management versus standard care on readmissions in multimorbid patients: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 10(12), e041558.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041558>
21. Marek, K. D., Stetzer, F., Ryan, P. A., Bub, L. D., Adams, S. J., Schlidt, A., Lancaster, R., & O'Brien, A. M. (2013). Nurse care coordination and technology effects on health status of frail older adults via enhanced self-management of medication: randomized clinical trial to test efficacy. *Nursing research*, 62(4), 269–278.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318298aa55>
22. Matchar, D. B., Duncan, P. W., Lien, C. T., Ong, M. E. H., Lee, M., Gao, F., Sim, R., & Eom, K. (2017). Randomized Controlled Trial of Screening, Risk Modification, and Physical Therapy to Prevent Falls Among the Elderly Recently Discharged From the Emergency Department to the Community: The Steps to Avoid Falls in the Elderly Study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 98(6), 1086–1096.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.01.014>
-

-
23. McDonald, E. G., Wu, P. E., Rashidi, B., Wilson, M. G., Bortolussi-Courval, É., Atique, A., Battu, K., Bonnici, A., Elsayed, S., Wilson, A. G., Papillon-Ferland, L., Pilote, L., Porter, S., Murphy, J., Ross, S. B., Shiu, J., Tamblyn, R., Whitty, R., Xu, J., Fabreau, G., ... Lee, T. C. (2022). The MedSafer Study-Electronic Decision Support for Deprescribing in Hospitalized Older Adults: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, 182(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.7429>
 24. Rytter, L., Jakobsen, H. N., Rønholt, F., Hammer, A. V., Andreassen, A. H., Nissen, A., & Kjellberg, J. (2010). Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 28(3), 146–153. <https://doi.org/10.3109/02813431003764466>
 25. Spinewine, A., Swine, C., Dhillon, S., Lambert, P., Nacheva, J. B., Wilmotte, L., & Tulkens, P. M. (2007). Effect of a collaborative approach on the quality of prescribing for geriatric inpatients: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 658–665. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01132.x>
 26. Siu, A. L., Kravitz, R. L., Keeler, E., Hemmerling, K., Kington, R., Davis, J. W., Mitchell, A., Burton, T. M., Morgenstern, H., Beers, M. H., & Reuben, D. B. (1996). Postdischarge geriatric assessment of hospitalized frail elderly patients. *Archives of internal medicine*, 156(1), 76–81.
 27. Thygesen, L. C., Fokdal, S., Gjørup, T., Taylor, R. S., Zwisler, A. D., & Prevention of Early Readmission Research Group (2015). Can municipality-based post-discharge follow-up visits including a general practitioner reduce early readmission among the fragile elderly (65+ years old)? A randomized controlled trial. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(2), 65–73. <https://doi.org/10.3109/02813432.2015.1041831>
 28. Zatzick, D., Jurkovich, G., Heagerty, P., Russo, J., Darnell, D., Parker, L., Roberts, M. K., Moodliar, R., Engstrom, A., Wang, J., Bulger, E., Whiteside, L., Nehra, D., Palinkas, L. A., Moloney, K., & Maier, R. (2021). Stepped Collaborative Care Targeting
-

Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Comorbidity for US Trauma Care Systems: A Randomized Clinical Trial. *JAMA surgery*, 156(5), 430–474.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0131>

Intervención (N = 6)

29. Di Pollina, L., Guessous, I., Petoud, V., Combescure, C., Buchs, B., Schaller, P., Kossovsky, M., & Gaspoz, J. M. (2017). Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. *BMC geriatrics*, 17(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0449-9>
 30. Ekdahl, A. W., Wirehn, A. B., Alwin, J., Jaarsma, T., Unosson, M., Husberg, M., Eckerblad, J., Milberg, A., Krevers, B., & Carlsson, P. (2015). Costs and Effects of an Ambulatory Geriatric Unit (the AGE-FIT Study): A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 497–503.
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.074>
 31. González-Ortega, M., Gené-Badia, J., Kostov, B., García-Valdecasas, V., & Pérez-Martín, C. (2017). Randomized trial to reduce emergency visits or hospital admissions using telephone coaching to complex patients. *Family practice*, 34(2), 219–226.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmw119>
 32. Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Peterson, D., Ludman, E. J., Rutter, C. M., Oliver, M., Young, B. A., Gensichen, J., McGregor, M., McCulloch, D. K., Wagner, E. H., & Katon, W. J. (2012). Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. *Annals of family medicine*, 10(1), 6–14. <https://doi.org/10.1370/afm.1343>
 33. Overbeek, A., Korfage, I. J., Jabbarian, L. J., Billekens, P., Hammes, B. J., Polinder, S., Severijnen, J., Swart, S. J., Witkamp, F. E., van der Heide, A., & Rietjens, J. A. C. (2018). Advance Care Planning in Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(6), 1089–1095.
-

<https://doi.org/10.1111/jgs.15333>

34. Salisbury, C., Man, M. S., Bower, P., Guthrie, B., Chaplin, K., Gaunt, D. M., Brookes, S., Fitzpatrick, B., Gardner, C., Hollinghurst, S., Lee, V., McLeod, J., Mann, C., Moffat, K. R., & Mercer, S. W. (2018). Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet (London, England)*, 392(10141), 41–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31308-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31308-4)

Tipo de publicación (N = 1)

35. Ganann, R., McAiney, C., & Johnson, W. (2018). Engaging older adults as partners in transitional care research. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 190(Suppl), S40–S41. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180396>

Protocolo (N = 11)

36. ACTRN12618001168246. The Medicines Management Mapping Project: Using risk stratification and care coordination to bridge the care continuum gap. [Internet]. 2018; Available from: <https://www.anzctr.org.au/Trial/Registration/TrialReview.aspx?id=375552>
37. Bleijenberg, N., Drubbel, I., Ten Dam, V. H., Numans, M. E., Schuurmans, M. J., & de Wit, N. J. (2012). Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC geriatrics*, 12, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-16>
38. Brueckle, M. S., Dinh, T. S., Klein, A. A., Rietschel, L., Petermann, J., Brosse, F., Schulz-Rothe, S., Gonzalez-Gonzalez, A. I., Kramer, M., Engler, J., Mergenthal, K., Muth, C., Voigt, K., & van den Akker, M. (2022). Development of an intervention to improve informational continuity of care in older patients with polypharmacy at the interface between general practice and hospital care: protocol for a participatory qualitative
-

-
- study in Germany. *BMJ open*, 12(4), e058016. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058016>
39. Chan, B., Edwards, S. T., Devoe, M., Gil, R., Mitchell, M., Englander, H., Nicolaidis, C., Kansagara, D., Saha, S., & Korthuis, P. T. (2018). The SUMMIT ambulatory-ICU primary care model for medically and socially complex patients in an urban federally qualified health center: study design and rationale. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0128-y>
40. Martín-Sánchez, F. J., Llopis García, G., Llorens, P., Jacob, J., Herrero, P., Gil, V., Pastor, A. J., López-Picado, A., Fuentes Ferrer, M., Rosselló, X., Gil, P., Díez Villanueva, P., Calvo, E., Méndez Bailón, M., Cuesta-Triana, F., González Armengol, J. J., González Del Castillo, J., Runtkle, I., Vidán, M. T., Comín-Colet, J., ... Fernández Pérez, C. (2019). Planning to reduce 30-day adverse events after discharge of frail elderly patients with acute heart failure: design and rationale for the DEED FRAIL-AHF trial. Planificación del alta desde urgencias para reducir eventos adversos a 30 días en pacientes mayores frágiles con insuficiencia cardiaca aguda: diseño y justificación del ensayo clínico DEED FRAIL-AHF. *Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias*, 31(1), 27–35.
41. NCT01811173. Comprehensive-Care for Multimorbid Adults Effectiveness Study (CCMAP). [Internet]. 2013; Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01811173>
42. NCT01672398. Trial of the CarePartner Program for Improving the Quality of Transition Support. [Internet]. 2012; Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01672398>
43. NCT02992431. Participatory Patient Care Planning in Primary Care (4PHC). [Internet]. 2017; Available from: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02992431>
-

-
44. Ruikes, F. G., Meys, A. R., van de Wetering, G., Akkermans, R. P., van Gaal, B. G., Zuidema, S. U., Schers, H. J., van Achterberg, T., & Koopmans, R. T. (2012). The CareWell-primary care program: design of a cluster controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. *BMC family practice*, 13, 115. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-115>
45. Schmidt, B., Wenitong, M., Esterman, A., Hoy, W., Segal, L., Taylor, S., Preece, C., Sticpewich, A., & McDermott, R. (2012). Getting better at chronic care in remote communities: study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled of community based management. *BMC public health*, 12, 1017. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1017>
46. van Hout, H. P., Nijpels, G., van Marwijk, H. W., Jansen, A. P., Van't Veer, P. J., Tybout, W., & Stalman, W. A. (2005). Design and pilot results of a single blind randomized controlled trial of systematic demand-led home visits by nurses to frail elderly persons in primary care [ISRCTN05358495]. *BMC geriatrics*, 5, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-5-11>

Búsquedas manuales dentro de los estudios incluidos

Paciente (N = 5)

47. Finlayson, K., Chang, A. M., Courtney, M. D., Edwards, H. E., Parker, A. W., Hamilton, K., Pham, T. D. X., & O'Brien, J. (2018). Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults. *BMC health services research*, 18(1), 956. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3771-9>
48. Hansen, F. R., Poulsen, H., & Sørensen, K. H. (1995). A model of regular geriatric follow-up by home visits to selected patients discharged from a geriatric ward: a randomized controlled trial. *Aging (Milan, Italy)*, 7(3), 202–206. <https://doi.org/10.1007/BF03324316>

-
49. Legrain, S., Tubach, F., Bonnet-Zamponi, D., Lemaire, A., Aquino, J. P., Paillaud, E., Taillandier-Heriché, E., Thomas, C., Verny, M., Pasquet, B., Moutet, A. L., Lieberherr, D., & Lacaille, S. (2011). A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2017–2028. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03628.x>
50. Parry, C., Min, S. J., Chugh, A., Chalmers, S., & Coleman, E. A. (2009). Further application of the care transitions intervention: results of a randomized controlled trial conducted in a fee-for-service setting. *Home health care services quarterly*, 28(2-3), 84–99. <https://doi.org/10.1080/01621420903155924>
51. Stewart, S., Pearson, S., Luke, C. G., & Horowitz, J. D. (1998). Effects of home-based intervention on unplanned readmissions and out-of-hospital deaths. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(2), 174–180. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1998.tb02535.x>
-

ANEXO 3. Resumen de los Hallazgos de las Intervenciones de Atención Transicional en Comparación con la Atención Habitual para el Tratamiento de la Multimorbilidad

Outcomes	Anticipated absolute effects‡ (95% CI)			N (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with usual care	Risk with transitional care	Relative effect (95% CI)		
MORTALITY					
Mortality follow-up: range 1 weeks to 12 months	196 per 1000	188 per 1000 (159 to 222)	RR 0.96 (0.81 to 1.13)	2705 (9 RCTs) ^{1,2,3,4,5,6,7,8,9}	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
HOSPITALIZATIONS					
Hospitalization data follow-up: range 1 months to 12 months	The mean hospitalizations were 0.86	MD 0.11 higher (0.12 lower to 0.35 higher)	-	1487 (5 RCTs) ^{4,6,7,10,11}	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Length of stay follow-up: range 1 months to 12 months	The mean length of stay was 4.35	MD 0.23 higher (0.02 higher to 0.44 higher)	-	1122 (6 RCTs) ^{2,5,6,10,11,12}	⊕⊕⊕⊕ High
Emergency department visits follow-up: range 1 months to 6 months	The mean emergency department visits were 0.92	MD 0.5 higher (0.06 lower to 1.06 higher)	-	718 (3 RCTs) ^{6,7,10}	⊕⊕○○ Low ^{a,c}
Home, specialist and primary care visits follow-up: range 3 months to 12 months	The mean home, specialist and primary care visits was 5.59	MD 0.29 higher (0.43 lower to 1 higher)	-	676 (2 RCTs) ^{6,11}	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
ACTIVITIES OF DAILY LIVING					
Activities of daily living assessed with: Barthel Index and Katz Index follow-up: range 3 months to 6 months	-	SMD 0.27 SD higher (0.16 lower to 0.7 higher)	-	523 (3 RCTs) ^{1,3,12}	⊕○○○ Very low ^{a,c,d}
MOOD					
Depression assessed with: GDS and CESD-10	-	SMD 0.27 SD lower (0.47 lower to 0.06 lower)	-	235 (3 RCTs) ^{5,10,13}	⊕⊕⊕○ Moderate ^e

follow-up: range 3
months to 6 months

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE

Overall health-related quality of life assessed with: PROMIS and EQ-5D-3L follow-up: range 2 months to 6 months	The mean overall health-related quality of life was 24.51	MD 0.03 lower (0.07 higher to 0.01 higher)	-	662 (2 RCTs) ^{6,14}	⊕⊕⊕⊕ High
Health-related quality of life assessed with: EQ-5D-5L Utility Index follow-up: range 1 months to 6 months	The mean health-related quality of life was 8.85	MD 0.1 higher (0.02 higher to 0.19 higher)	-	303 (3 RCTs) ^{1,5,10}	⊕⊕⊕○ Moderate ^e
Health-related quality of life assessed with: EQ-5D-5L VAS follow-up: range 1 months to 6 months	The mean health-related quality of life was 64.52	MD 1.81 higher (0.79 higher to 4.41 higher)	-	303 (3 RCTs) ^{1,5,10}	⊕⊕⊕○ Moderate ^e
Mental Health component assessed with: SF-36, SF-12v2 and VR-12 follow-up: range 1 months to 6 months	Due to very high heterogeneity rates on Mental Health Component (I ² = 97.4%) that could not be explained through sensitivity analysis, subgroup or meta-regression analyses, pooled data is not presented			502 (3 RCTs) ^{13,15,16}	⊕○○○ Very low ^{d,f}
Physical Health component assessed with: SF-36, SF-12v2 and VR-12 follow-up: range 1 months to 6 months	Due to very high heterogeneity rates on Physical Health Component (I ² = 96.9%) that could not be explained through sensitivity analysis, subgroup or meta-regression analyses, pooled data is not presented			502 (3 RCTs) ^{13,15,16}	⊕○○○ Very low ^{d,f}
SOCIAL SUPPORT					
Social support assessed with: MOS-SSS and PRQ-2000 follow-up: range 6 months to 24 months	-	SMD 0.19 SD higher (0.03 lower to 0.41 higher)	-	328 (2 RCTs) ^{13,17}	⊕⊕⊕○ Moderate ^{a,e}

‡The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CESD-10: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale 10-item tool; **CI:** Confidence interval; **EQ-5D-3L:** EuroQol-5-Dimension-3-Level; **EQ-5D-5L:** EuroQol-5-Dimension-5-Level; **GDS:** Geriatric Depression Scale; **MD:** Mean difference; **MOS-SSS:** Medical Outcomes Study Social Support Scale; **PROMIS:** Patient-Reported Outcomes Measurement Information System; **PRQ-2000:** Personal Resource Questionnaire; **SF-12v2:** 12-item Short Form Survey; **SF-36:** Short Form-36 Health Survey; **SMD:** Standardized mean difference; **VAS:** Visual Analogue Scale; **VR-12:** Veterans RAND 12-Item Health Survey.

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Explanations

- a. Confidence interval includes little to no difference in outcome.
- b. The analysis showed substantial and unexplained heterogeneity rates ($I^2 \geq 50\%$).
- c. The analysis showed substantial and unexplained heterogeneity rates ($I^2 \geq 75\%$).
- d. The proportion of information from trials at high risk of bias is sufficient to affect the interpretation of results.
- e. Small sample size ($N < 400$).
- f. The analysis showed very high heterogeneity rates ($I^2 \geq 90\%$), so the pooled data are not presented.

References

1. Liang, H.Y., Hann Lin, L., Yu Chang, C., Mei Wu, F., Yu, S., 2021. Effectiveness of a Nurse-Led Tele-Homecare Program for Patients With Multiple Chronic Illnesses and a High Risk for Readmission: A Randomized Controlled Trial. *J of Nursing Scholarship* 53, 161–170. <https://doi.org/10.1111/jnu.12622>
2. Lindpaintner, L.S., Gasser, J.Th., Schramm, M.S., Cina-Tschumi, B., Müller, B., Beer, J.H., 2013. Discharge intervention pilot improves satisfaction for patients and professionals. *European Journal of Internal Medicine* 24, 756–762. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2013.08.703>
3. Melin, A.L., 1995. A randomized trial of multidisciplinary in-home care for frail elderly patients awaiting hospital discharge. *Aging Clin Exp Res* 7, 247–250. <https://doi.org/10.1007/BF03324326>
4. Rollman, B.L., Anderson, A.M., Rothenberger, S.D., Abebe, K.Z., Ramani, R., Muldoon, M.F., Jakicic, J.M., Herbeck Belnap, B., Karp, J.F., 2021. Efficacy of Blended Collaborative Care for Patients With Heart Failure and Comorbid Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 181, 1369. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.4978>
5. Meyer, A.M., Bartram, M.P., Antczak, P., Becker, I., Benzing, T., Polidori, M.C., 2022. A Tailored Discharge Program Improves Frailty and Mood in Patients Undergoing Usual Rehabilitative Care: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 23, 1962.e1-1962.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.09.003>
6. Gallo, L.C., Fortmann, A.L., Clark, T.L., Roesch, S.C., Bravin, J.I., Spierling Bagsic, S.R., Sandoval, H., Savin, K.L., Gilmer, T., Talavera, G.A., Philis-Tsimikas, A., 2023. Mi Puente (My Bridge) Care Transitions Program for Hispanic/Latino Adults with Multimorbidity: Results of a Randomized Controlled Trial. *J GEN INTERN MED* 38, 2098–2106. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-08006-1>
7. Stevens-Lapsley, J.E., Derlein, D., Churchill, L., Falvey, J.R., Nordon-Craft, A., Sullivan, W.J., Forster, J.E., Stutzbach, J.A., Butera, K.A., Burke, R.E., Mangione, K.K., 2023. High-intensity home health physical therapy among older adult Veterans: A randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 71, 2855–2864. <https://doi.org/10.1111/jgs.18413>
8. Lembeck, M.A., Thygesen, L.C., Sørensen, B.D., Rasmussen, L.L., Holm, E.A., 2019. Effect of single follow-up home visit on readmission in a group of frail elderly patients – a Danish randomized clinical trial. *BMC Health Serv Res* 19, 751. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4528-9>
9. Schapira, M., Outumuro, M.B., Giber, F., Pino, C., Mattiussi, M., Montero-Odasso, M., Boietti, B., Saimovici, J., Gallo, C., Hornstein, L., Pollán, J., Garfi, L., Osman, A., Perman, G., 2022. Geriatric co-management and interdisciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 34, 85–93. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01893-0>
10. Han, C.Y., Sharma, Y., Yaxley, A., Baldwin, C., Woodman, R., Miller, M., 2023. Individualized Hospital to Home, Exercise-Nutrition Self-Managed Intervention for Pre-Frail and Frail Hospitalized Older Adults: The INDEPENDENCE Randomized Controlled Pilot Trial. *CIA Volume* 18, 809–825. <https://doi.org/10.2147/CIA.S405144>
11. Lanzeta, I., Mar, J., Arrospide, A., 2016. Cost-utility analysis of an integrated care model for multimorbid patients based on a clinical trial. *Gaceta Sanitaria* 30, 352–358. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.002>

12. Sahota, O., Pulikottil-Jacob, R., Marshall, F., Montgomery, A., Tan, W., Sach, T., Logan, P., Kendrick, D., Watson, A., Walker, M., Waring, J., 2016. The Community In-reach Rehabilitation and Care Transition (CIRACT) clinical and cost-effectiveness randomisation controlled trial in older people admitted to hospital as an acute medical emergency. *Age Ageing* ageing;afw149v1. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw149>
13. Markle-Reid, M., McAiney, C., Fisher, K., Ganann, R., Gauthier, A.P., Heald-Taylor, G., McElhaney, J.E., McMillan, F., Petrie, P., Ploeg, J., Urajnik, D.J., Whitmore, C., 2021. Effectiveness of a nurse-led hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multimorbidity and depressive symptoms: A pragmatic randomized controlled trial. *PLoS ONE* 16, e0254573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254573>
14. Zimmerman, L., Wilson, F.A., Schmaderer, M.S., Struwe, L., Pozehl, B., Paulman, A., Bratzke, L.C., Moore, K., Raetz, L., George, B., 2017. Cost-Effectiveness of a Care Transition Intervention Among Multimorbid Patients. *West J Nurs Res* 39, 622–642. <https://doi.org/10.1177/0193945916673834>
15. Chow, S.K.Y., Wong, F.K.Y., 2014. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. *Journal of Advanced Nursing* 70, 2257–2271. <https://doi.org/10.1111/jan.12375>
16. Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K., Hamilton, K., 2009. Fewer Emergency Readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *J American Geriatrics Society* 57, 395–402. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02138.x>
17. Lear, S.A., Norena, M., Banner, D., Whitehurst, D.G.T., Gill, S., Burns, J., Kandola, D.K., Johnston, S., Horvat, D., Vincent, K., Levin, A., Kaan, A., Van Spall, H.G.C., Singer, J., 2021. Assessment of an Interactive Digital Health–Based Self-management Program to Reduce Hospitalizations Among Patients With Multiple Chronic Diseases: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open* 4, e2140591. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40591>

ANEXO 4. Resultados de los Metanálisis, Subgrupos y Análisis de Sensibilidad

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
1. Mortality	9	14	2,705	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.96 [0.81 to 1.13]	0	0.75	0.49	0.85	0.19	0.11	0.13
1.1. Follow-up												
1.1.1. 1week	2	2	597	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.99 [0.35 to 2.79]	0						
1.1.2. 1 month	2	2	641	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.51 [0.85 to 2.69]	0						
1.1.3.3 months	1	1	104	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.06 [0.41 to 2.71]	NA						
1.1.4. 6 months	6	7	2,016	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.88 [0.68 to 1.15]	36.4						
1.1.5. 12 months	2	2	629	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.93 [0.58 to 1.51]	0						
1.2. RoB												
1.2.1. Low	4	7	1,419	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.02 [0.74 to 1.40]	0						
1.2.2. Some concerns	3	5	977	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.92 [0.74 to 1.14]	49.9						
1.2.3. High	2	2	309	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.02 [0.67 to 1.54]	26.3						
1.3. Intervention												
1.3.1. THC	4	6	1,522	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.04 [0.84 to 1.28]	23.9						
1.3.2. CC + THC	4	7	1,033	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.87 [0.67 to 1.15]	0						
1.3.3. Exercise	1	1	150	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.28 [0.07 to 1.33]	NA						
1.4. Provider												
1.4.1. Nurses	4	7	1,762	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.10 [0.88 to 1.37]	0						
1.4.2. MT (with MS)	3	5	544	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.76 [0.57 to 1.04]	22.4						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
1.4.3. MT (without MS)	1	1	249	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.02 [0.67 to 1.55]	NA						
1.4.4. 6 Physical therapist	1	1	150	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.28 [0.07 to 1.33]	NA						
1.5. Modality												
1.5.1. Home	3	5	936	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.07 [0.85 to 1.33]	0						
1.5.2. Telephone	2	3	1,165	RR (IV, Fixed, 95% CI)	1.03 [0.69 to 1.53]	0						
1.5.3. Home + telephone	3	5	404	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.85 [0.62 to 1.17]	0						
1.5.4. Home + digital	1	1	200	RR (IV, Fixed, 95% CI)	0.42 [0.19 to 0.97]	NA						
2. Hospitalizations												
2.1. Hospitalization data	5	12	1,487	MD (IV, Random, 95% CI)	0.11 [-0.12, 0.35]	56.5	0.56	0.10	0.33	<0.01	0.01	0.01
Without Rollman et al., 2021	4	8	858	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.07 [0.00, 0.15]	40						
2.1.1. Follow-up												
2.1.1.1. 1 months	2	2	686	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.08 [-0.00, 0.16]	0						
2.1.1.2. 2 months	1	1	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.33 [-0.93, 0.27]	NA						
2.1.1.3. 3 months	1	1	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.66 [-1.41, 0.09]	NA						
2.1.1.4. 6 months	4	5	1,347	MD (IV, Random, 95% CI)	0.30 [-0.31, 0.91]	68.6						
2.1.1.5. 12 months	2	3	769	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.45 [0.01, 0.89]	27.6						
2.1.2. RoB												
2.1.2.1. Low	4	11	1,347	MD (IV, Random, 95% CI)	0.08 [-0.18, 0.35]	58.4						
2.1.2.2. High	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.35 [-0.12, 0.82]	NA						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
2.1.3. Intervention												
2.1.3.1. CC	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.35 [-0.12, 0.82]	NA						
2.1.3.2. THC	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.09 [0.01, 0.17]	0						
2.1.3.3. CC + THC	1	4	629	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.21 [0.58, 1.83]	0						
2.1.3.5. Exercise	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.24 [-0.56, 0.09]	0						
2.1.3.6. Exercise and nutrition	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.60 [-1.33, 0.13]	NA						
2.1.4. Provider												
2.1.4.1. Nurses	2	6	1,165	MD (IV, Random, 95% CI)	0.44 [0.07, 0.80]	64.9						
2.1.4.2. MT (with MS)	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.35 [-0.12, 0.82]	NA						
2.1.4.3. MT (without MS)	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.60 [-1.33, 0.13]	NA						
2.1.4.4. Physical therapist	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.24 [-0.56, 0.09]	0						
2.1.5. Modality												
2.1.5.1. Home	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.24 [-0.56, 0.09]	0						
2.1.5.2. Telephone	2	6	1,165	MD (IV, Random, 95% CI)	0.44 [0.07, 0.80]	64.9						
2.1.5.3. Home + telephone	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.60 [-1.33, 0.13]	NA						
2.1.5.4. Hospital	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.35 [-0.12, 0.82]	NA						
2.2. Length of stay	6	8	1,122	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.23 [0.02, 0.44]	2.3	0.30	0.40	0.43	0.38	0.47	0.39
2.2.1. Follow-up												
2.2.1.1. 1 month	2	2	596	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.20 [-0.03, 0.42]	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
2.2.1.2. 3 months	1	1	250	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.00 [-2.85, 0.85]	NA						
2.2.1.3. 6 months	3	3	937	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.72 [-0.03, 1.46]	32.2						
2.2.1.4. 12 months	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	2.27 [-1.67, 6.21]	NA						
2.2.2. RoB												
2.2.2.1. Low	3	4	672	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.24 [0.03, 0.46]	9.7						
2.2.2.2. High	3	3	450	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.37 [-1.84, 1.12]	8.4						
2.2.3. Intervention												
2.2.3.1. CC	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	2.27 [-1.67, 6.21]	NA						
2.2.3.2. THC	2	3	786	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.22 [0.01, 0.43]	31.7						
2.2.3.3. CC + THC	2	2	164	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.11 [-2.49, 2.72]	0						
2.2.3.4. Exercise + nutrition	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	4.40 [-1.32, 10.12]	NA						
2.2.4. Provider												
2.2.4.1. Nurses	2	3	596	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.23 [0.02, 0.45]	0						
2.2.4.2. MT (with MS)	2	2	244	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.65 [-1.35, 4.47]	0						
2.2.4.3. MT (without MS)	2	2	282	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.49 [-2.25, 1.27]	67.8						
2.2.5. Modality												
2.2.5.1. Home	1	1	250	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.00 [-2.85, 0.85]	NA						
2.2.5.2. Telephone	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.24 [0.02, 0.45]	18.8						
2.2.5.3. Home + telephone	3	3	196	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.85 [-1.52, 3.22]	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
2.2.5.4. Hospital	1	1	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	2.27 [-1.67, 6.21]	NA						
3. Medical visits												
3.1. Emergency department visits	3	7	718	MD (IV, Random, 95% CI)	0.50 [-0.06, 1.06]	84.9	0.12	0.02	NA	<0.01	<0.01	<0.01
3.1.1. Follow-up												
3.1.1.1. 1 month	1	1	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.00 [0.10, 1.90]	NA						
3.1.1.2. 2 months	1	1	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.66 [0.44, 2.89]	NA						
3.1.1.3. 3 months	2	2	686	MD (IV, Random, 95% CI)	0.85 [-0.46, 2.15]	77.5						
3.1.1.4. 6 months	3	3	718	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.04 [-1.12, 1.03]	92.1						
Without Han et al., 2023	2	6	686	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.40 [0.16, 0.64]	0						
3.1.2. RoB												
3.1.2.1. Low	3	7	718	MD (IV, Random, 95% CI)	0.50 [-0.06, 1.06]	84.9						
3.1.3. Intervention												
3.1.3.1. THC	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [0.16, 0.55]	0						
3.1.3.2. Exercise	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.24 [0.66, 1.81]	0						
3.1.3.3. Exercise + nutrition	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.94 [-1.40, - 0.48]	NA						
3.1.4. Provider												
3.1.4.1. Nurses	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [0.16, 0.55]	0						
3.1.4.2. MT (without MS)	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.94 [-1.40, - 0.48]	NA						
3.1.4.3. Physical therapist	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.24 [0.66, 1.81]	0						
3.1.5. Modality												

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
3.1.5.1. Home	1	4	150	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.24 [0.66, 1.81]	0						
3.1.5.2. Telephone	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [0.16, 0.55]	0						
3.1.5.3. Home + telephone	1	1	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.94 [-1.40, - 0.48]	NA						
3.2. Home, specialist and primary care visits	2	5	676	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.29 [-0.43, 1.00]	0	0.27	0.37	0.73	0.76	0.71	0.71
3.2.1. Follow-up												
3.2.1.1. 3 months	1	1	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.14 [-1.24, 0.96]	NA						
3.2.1.2. 6 months	1	1	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.00 [-0.24, 2.34]	NA						
3.2.1.3. 12 months	1	3	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-1.44, 1.51]	0						
3.2.2. RoB												
3.2.2.1. Low	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [-0.46, 1.18]	45.2						
3.2.2.2. High	1	3	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-1.44, 1.51]	0						
3.2.3. Intervention												
3.2.3.1. CC	1	3	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-1.44, 1.51]	0						
3.2.3.2. THC	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [-0.46, 1.18]	45.2						
3.2.4. Provider												
3.2.4.1. Nurses	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [-0.46, 1.18]	45.2						
3.2.4.2. MT (with MS)	1	3	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-1.44, 1.51]	0						
3.2.5. Modality												
3.2.5.1. Telephone	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.36 [-0.46, 1.18]	45.2						
3.2.5.2. Hospital	1	3	140	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-1.44, 1.51]	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
				95% CI)	1.51]							
4. Activities of daily living	3	4	523	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.27 [-0.16, 0.70]	87.3	0.82	0.82	0.09	NA	0.09	0.09
4.1. Follow-up												
4.1.1. 3 months	1	1	167	MD (IV, Fixed, 95% CI)	8.65 [-3.84, 21.14]	NA						
4.1.2. 6 months	3	3	523	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.29 [-0.31, 0.89]	91.5						
Without Melin, 1995	2	3	340	MD (IV, Random, 95% CI)	0.48 [-7.41, 8.36]	58.8						
Without Sahota et al., 2017	2	3	350	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.26 [-0.35, 0.87]	91.5						
4.2. RoB												
4.2.1. Some concerns	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.90 [-19.58, 17.78]	77.8						
4.2.2. High	2	2	356	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.56 [0.06, 1.06]	81.8						
4.3. Intervention												
4.3.1. THC	3	4	523	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.27 [-0.16, 0.70]	87.3						
4.4. Provider												
4.4.1. MT (with MS)	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.90 [-19.58, 17.78]	77.8						
4.4.2. MT (without MS)	2	2	356	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.56 [0.06, 1.06]	81.8						
4.5. Modality												
4.5.2. Home	2	2	356	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.56 [0.06, 1.06]	81.8						
4.5.1. Home + digital	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.90 [-19.58, 17.78]	77.8						
5. Depression	3	5	235	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.27 [-0.47, -0.06]	0	0.59	0.93	0.09	0.23	0.23	NA
5.1. Follow-up												
5.1.1. 3 months	2	2	136	MD (IV, Fixed,	-1.00 [-2.31,	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
5.1.2. 6 months	3	3	235	95% CI) SMD (IV, Fixed, 95% CI)	0.31] -0.27 [-0.53, - 0.02]	49						
5.2. RoB												
5.2.1. Low	2	4	136	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.05 [-1.69, - 0.41]	0						
5.2.2. High	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.17 [-2.31, 2.65]	NA						
5.3. Intervention												
5.3.1. THC	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.17 [-2.31, 2.65]	NA						
5.3.2. CC + THC	1	2	104	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.00 [-1.70, - 0.30]	0						
5.3.3. Exercise and nutrition	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.27 [-2.75, 0.21]	0						
5.4. Provider												
5.4.1. Nurses	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.17 [-2.31, 2.65]	NA						
5.4.2. MT (with MS)	1	2	104	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.00 [-1.70, - 0.30]	0						
5.4.3. MT (without MS)	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.27 [-2.75, 0.21]	0						
5.5. Modality												
5.5.1. Home + telephone	3	5	235	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.27 [-0.47, - 0.06]	0						
6. Health-related quality of life												
6.1. Overall health- related quality of life	2	10	662	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.07, 0.01]	0	0.41	0.91	0.63	NA	NA	0.63
6.1.1. Follow-up												
6.1.1.1. 2 months	1	4	126	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.08, 0.03]	0						
6.1.1.2. 3 months	1	1	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.19 [-0.98, 1.36]	NA						
6.1.1.3. 6 months	2	5	662	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.04 [-0.09, 0.01]	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
				95% CI)	0.02]							
6.1.2. RoB												
6.1.2.1. Low	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.18 [-0.67, 1.03]	0						
6.1.2.2. High	1	8	126	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.07, 0.01]	0						
6.1.3. Intervention												
6.1.3.1. THC	2	10	662	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.07, 0.01]	0						
6.1.3. Provider												
6.1.3.1. Nurses	2	10	662	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.07, 0.01]	0						
6.1.3. Modality												
6.1.3.1. Telephone	1	2	536	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.18 [-0.67, 1.03]	0						
6.1.3.2. Home + telephone	1	8	126	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-0.03 [-0.07, 0.01]	0						
6.2. EQ-5D-5L Utility Index	3	7	303	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.10 [0.02, 0.19]	15.8	0.14	0.42	0.25	0.37	0.43	0.31
6.2.1. Follow-up												
6.2.1.1. 1 month	1	1	104	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.22 [0.19, 0.42]	NA						
6.2.1.2. 3 months	3	3	303	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.09 [-0.03, 0.20]	0						
6.2.1.3. 6 months	3	3	303	MD (IV, Random, 95% CI)	0.02 [-0.28, 0.32]	60.2						
6.2.2. RoB												
6.2.2.1. Low	2	5	136	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.10 [0.02, 0.19]	0						
6.2.2.2. High	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.56 [-2.84, 1.73]	71						
6.2.3. Intervention												
6.2.3.1. THC	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.56 [-2.84, 1.73]	71						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
6.2.3.2. CC + THC	1	3	104	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.13 [0.03, 0.22]	0						
6.2.3.3. Exercise + nutrition	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-0.12, 0.21]	0						
6.2.4. Provider												
6.2.4.1. MT (with MS)	2	5	271	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.12 [0.02, 0.22]	34.9						
6.2.4.2. MT (without MS)	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.04 [-0.12, 0.21]	0						
6.2.5. Modality												
6.2.5.1. Home + telephone	2	5	136	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.10 [0.02, 0.19]	0						
6.2.5.2. Home + digital	1	2	167	MD (IV, Random, 95% CI)	-0.56 [-2.84, 1.73]	71						
6.3. EQ-5D-5L VAS	3	7	303	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.81 [0.79, 4.41]	45.6	0.82	0.06	0.31	0.58	0.84	0.31
6.3.1. Follow-up												
6.3.1.1. 1 month	1	1	104	MD (IV, Fixed, 95% CI)	10.00 [0.12, 19.88]	NA						
6.3.1.2. 3 months	3	3	303	MD (IV, Fixed, 95% CI)	-1.36 [-5.37, 2.65]	0						
6.3.1.3. 6 months	3	3	303	MD (IV, Fixed, 95% CI)	3.31 [-0.34, 6.95]	42.2						
6.3.2. RoB												
6.3.2.1. Low	2	5	136	MD (IV, Random, 95% CI)	4.05 [-3.40, 11.50]	58.9						
6.3.2.2. High	1	2	167	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.87 [-2.30, 4.03]	0						
6.3.3. Intervention												
6.3.3.1. THC	1	2	167	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.87 [-2.30, 4.03]	0						
6.3.3.2. CC + THC	1	3	136	MD (IV, Random, 95% CI)	4.66 [-6.61, 15.93]	79.3						
6.3.3.3. Exercise +	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	2.81 [-7.46, 13.08]	0						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
nutrition				95% CI)	13.08]							
6.3.4. Provider												
6.3.4.1. MT (with MS)	2	5	271	MD (IV, Random, 95% CI)	2.51 [-2.37, 7.40]	63.6						
6.3.4.2. MT (without MS)	1	2	32	MD (IV, Fixed, 95% CI)	2.81 [-7.46, 13.08]	0						
6.3.5. Modality												
6.3.5.1. Home + telephone	2	5	136	MD (IV, Random, 95% CI)	4.05 [-3.40, 11.50]	58.9						
6.3.5.2. Home + digital	1	2	167	MD (IV, Fixed, 95% CI)	0.87 [-2.30, 4.03]	0						
6.4. Mental Health component	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.64 [1.54, 3.74]	97.4	0.01	>0.01	NA	0.07	0.07	NA
6.4.1. Follow-up												
6.4.1.1. 1 month	2	3	403	SMD (IV, Random, 95% CI)	3.54 [0.78, 6.29]	98.3						
6.4.1.2. 3 months	2	3	403	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.98 [1.25, 4.72]	96.5						
6.4.1.3. 6 months	2	2	221	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.88 [-0.69, 2.45]	96.7						
6.4.2. RoB												
6.4.2.1. High	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.64 [1.54, 3.74]	97.4						
6.4.3. Intervention												
6.4.3.1. THC	2	5	380	SMD (IV, Random, 95% CI)	3.42 [1.28, 5.56]	98.4						
6.4.3.2. CC + THC	1	3	122	MD (IV, Random, 95% CI)	9.95 [8.55, 11.35]	0						
6.4.4. Provider												
6.4.4.1. Nurses	2	5	380	SMD (IV, Random, 95% CI)	3.42 [1.28, 5.56]	98.4						
6.4.4.2. MT (without MS)	1	3	122	MD (IV, Random, 95% CI)	9.95 [8.55, 11.35]	0						
6.4.5. Modality												

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
6.4.5.1. Home + telephone	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.64 [1.54, 3.74]	97.4						
6.5. Physical Health component	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.20 [1.23, 3.17]	96.9	0.04	<0.01	NA	<0.01	<0.01	NA
6.5.1. Follow-up												
6.5.1.1. 1 month	2	3	403	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.70 [1.03, 4.38]	96.5						
6.5.1.2. 3 months	2	3	403	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.69 [1.34, 4.04]	94.6						
6.5.1.3. 6 months	2	2	221	SMD (IV, Random, 95% CI)	0.74 [-1.48, 2.90]	98.2						
6.5.2. RoB												
6.5.2.1. High	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.20 [1.23, 3.17]	96.9						
6.5.3. Intervention												
6.5.3.1. THC	2	5	380	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.63 [0.79, 4.48]	98.1						
6.5.3.2. CC + THC	1	3	122	MD (IV, Random, 95% CI)	14.08 [9.81, 18.35]	80.1						
6.5.4. Provider												
6.5.4.1. Nurses	2	5	380	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.63 [0.79, 4.48]	98.1						
6.5.4.2. MT (without MS)	1	3	122	MD (IV, Random, 95% CI)	14.08 [9.81, 18.35]	80.1						
6.4.5. Modality												
6.4.5.1. Home + telephone	3	8	502	SMD (IV, Random, 95% CI)	2.20 [1.23, 3.17]	96.9						
7. Social support	2	2	328	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	0.19 [-0.03, 0.41]	0	0.76	0.76	0.76	NA	0.76	0.76
7.1. Follow-up												
7.1.1. 6 months	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.96 [-3.60, 7.52]	NA						
7.1.2. 24 months	1	1	229	MD (IV, Fixed, 95% CI)	3.33 [-0.70, 7.36]	NA						

Outcome Sensitive/ Subgroups analyses	K	K'	N	Statistical Method	Effect Estimate	I ² (%)	Egger test (P- value)	Subgroup differences (P- value)				
								F-up	RoB	I	P	M
7.2. RoB												
7.2.1. Low	1	1	229	MD (IV, Fixed, 95% CI)	3.33 [-0.70, 7.36]	NA						
7.2.2. High	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.96 [-3.60, 7.52]	NA						
7.3. Intervention												
7.3.1. THC	2	2	328	SMD (IV, Fixed, 95% CI)	0.19 [-0.03, 0.41]	0						
7.4. Provider												
7.4.1. Nurses	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.96 [-3.60, 7.52]	NA						
7.4.2. MT (without MS)	1	1	229	MD (IV, Fixed, 95% CI)	3.33 [-0.70, 7.36]	NA						
7.5. Modality												
7.5.1. Home + telephone	1	1	99	MD (IV, Fixed, 95% CI)	1.96 [-3.60, 7.52]	NA						
7.5.2. Digital + telephone	1	1	229	MD (IV, Fixed, 95% CI)	3.33 [-0.70, 7.36]	NA						

CC: Coordinated care; 95% CI: Confidence interval 95%; F-up: Follow-up; I: Intervention; IV: Inverse variance; K: Studies; K': Number of observations; M: Modality; MD: Mean Difference; MS: Medicine specialist; MT: Multiprofessional; N: Participants; NA: Not apply; P: Provider; RoB: Risk of Bias; SD: Standard deviation; SMD: Standardized mean difference; THC: Transitional home-based care; VAS: Visual Analogue Scale.

ANEXO 5. Resultados de los Análisis de Metarregresión

Outcome	Variables	Coefficient	SE	t	P-value	95% CI
Mortality	Age	-0.01	0.01	-0.50	0.62	-0.03 to 0.02
	Sex	-0.01	0.01	-0.29	0.78	0.05 to 2.24
	Number of diseases	-0.01	0.06	-0.10	0.92	-0.17 to 0.16
	Structural social support	-0.01	0.01	-0.72	0.49	-0.04 to 0.02
Hospitalizations	Age	-0.06	0.02	-2.46	0.03	-0.10 to -0.01
	Sex	0.02	0.01	1.43	0.18	-0.01 to 0.04
	Number of diseases	1.80	1.05	1.72	0.34	-11.50 to 15.10
	Structural social support	-0.08	0.05	-1.54	0.15	-0.20 to 0.03
Length of stay	Age	-0.02	0.04	-0.56	0.60	-0.13 to 0.08
	Sex	0.04	0.03	1.19	0.29	-0.05 to 0.13
	Number of diseases	-0.32	0.54	-0.58	0.62	-2.68 to 2.04
	Structural social support	0.10	0.13	0.73	0.54	-0.49 to 0.69
Emergency department visits	Age	0.02	0.03	-0.49	0.65	-0.10 to 0.07
	Sex	0.02	0.01	-1.75	0.04	-0.03 to 0.01
	Number of diseases	NA	NA	NA	NA	NA
	Structural social support	0.10	0.03	-2.95	0.03	-0.19 to -0.01
Home, specialist and primary care visits	Age	-0.02	0.07	-0.37	0.73	-0.23 to 0.18
	Sex	0.03	0.07	0.37	0.73	-0.19 to 0.24
EQ-5D-5L Utility Index	Age	-0.09	0.09	-1.06	0.33	-0.31 to 0.13

EQ-5D-5L VAS	Sex	-0.01	0.02	-0.72	-0.72	-0.06 to 0.04
	Number of diseases	0.06	0.06	1.01	0.36	-0.09 to 0.20
	Structural social support	0.04	0.06	0.76	0.53	-0.21 to 0.30
	Age	-1.36	1.97	-0.69	0.52	-6.42 to 3.69
	Sex	-0.18	1.32	-0.13	0.90	-3.58 to 3.22
	Number of diseases	1.05	1.51	0.69	0.52	-2.84 to 4.93
	Structural social support	0.13	0.37	0.35	0.76	-1.47 to 1.73

CI: Confidence interval; EQ-5D-5L: EuroQol-5-Dimension-5-Level; SE: Standard error; VAS: Visual Analogue Scale

ANEXO 6. Figuras Suplementarias

Figura Suplementaria 1. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en las hospitalizaciones

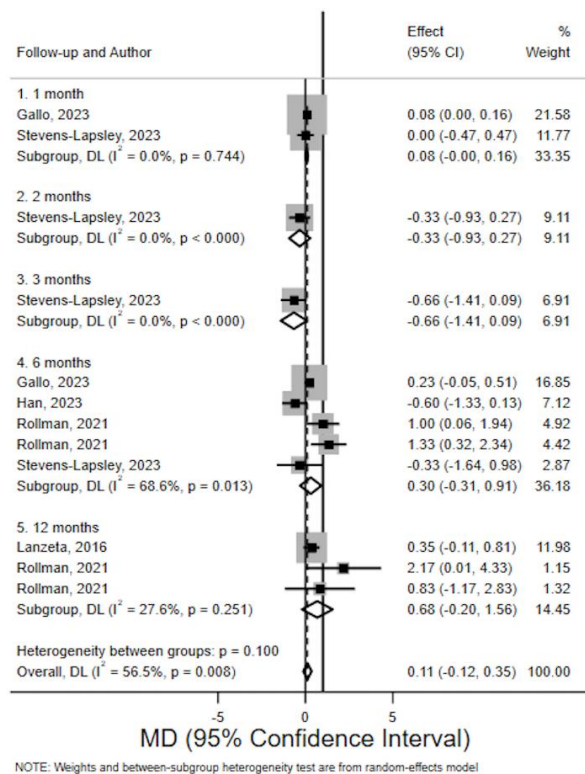


Figura Suplementaria 2. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en la duración de la estancia hospitalaria

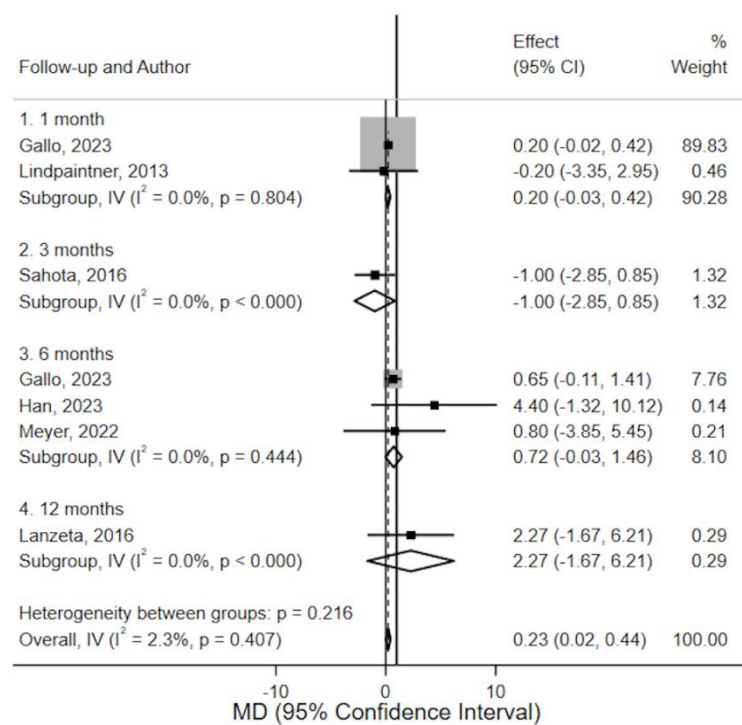


Figura Suplementaria 3. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en las visitas a urgencias

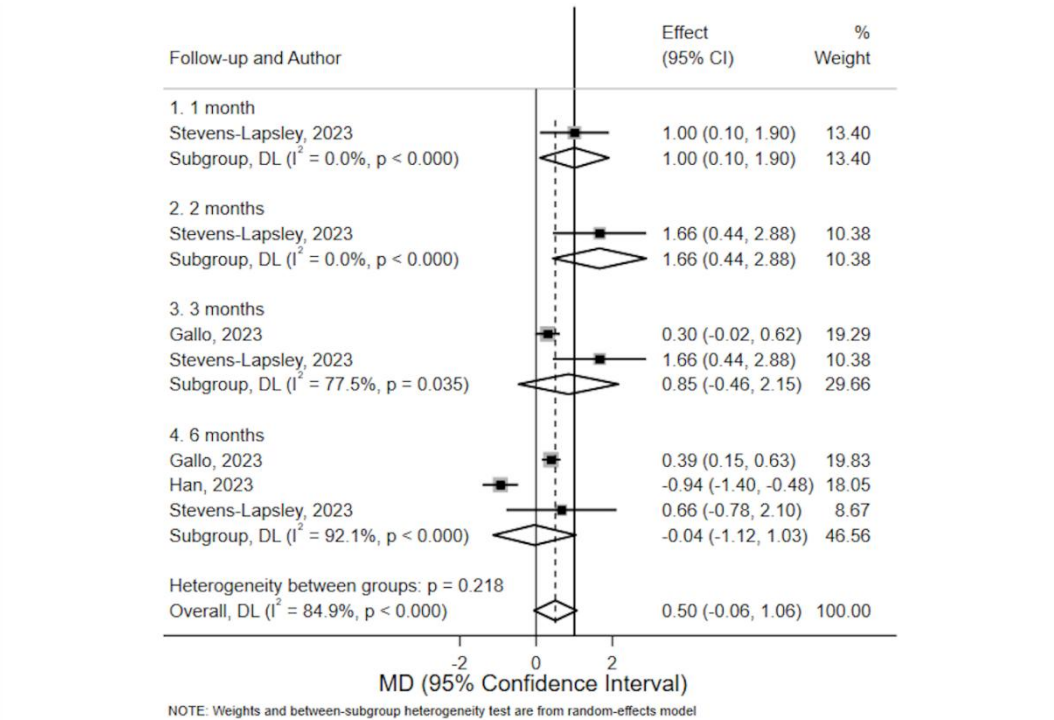


Figura Suplementaria 4. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en las visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria

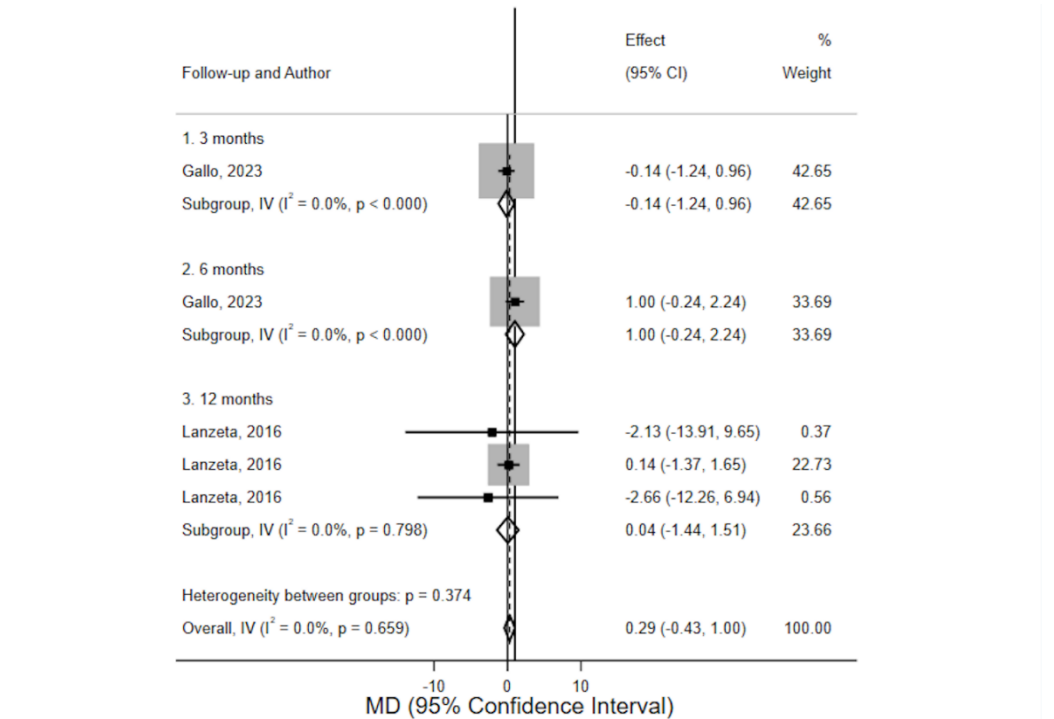


Figura Suplementaria 5. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en las actividades de la vida diaria

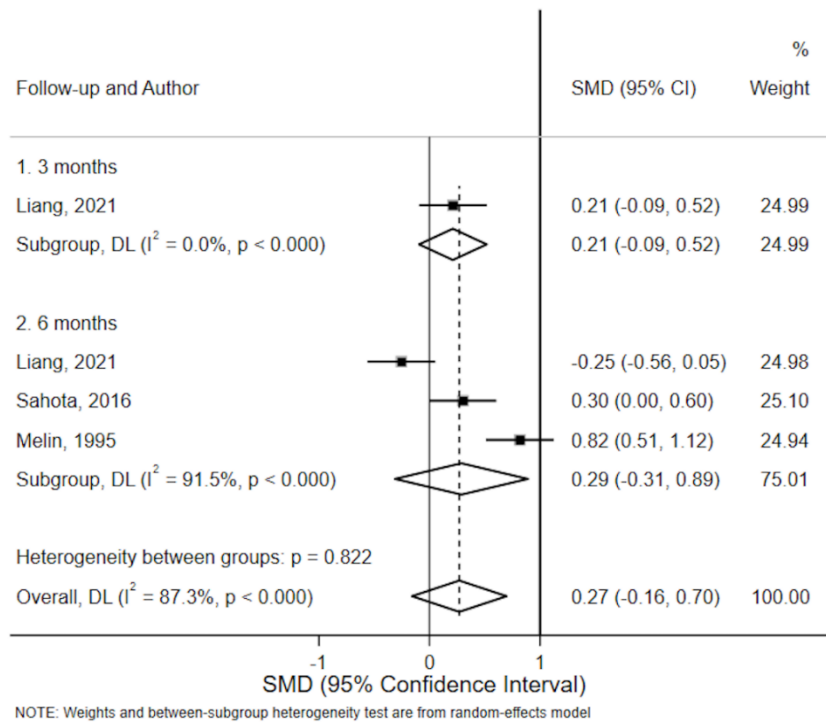


Figura Suplementaria 6. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en la CVRS global

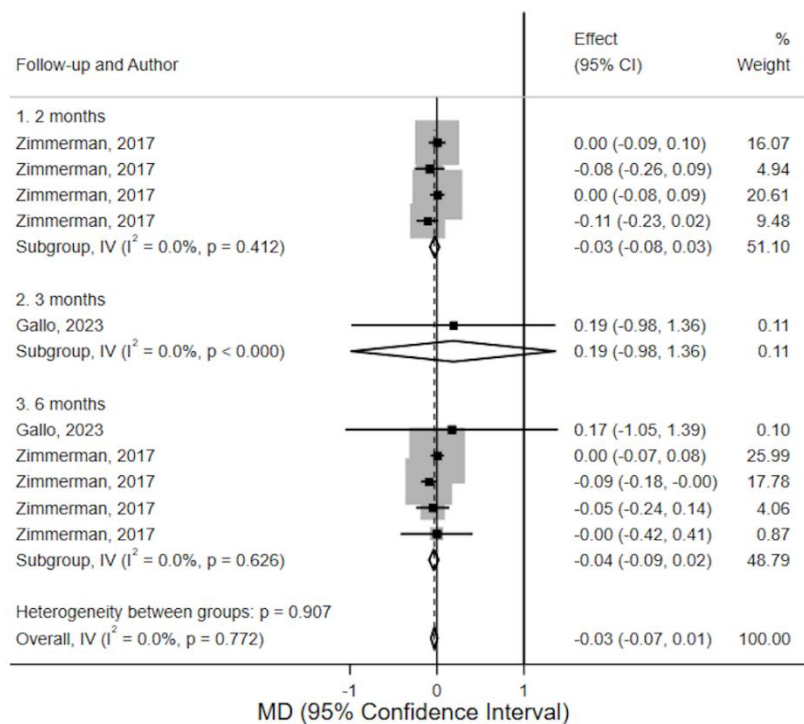


Figura Suplementaria 7. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en la puntuación de utilidad EQ-5D-5L

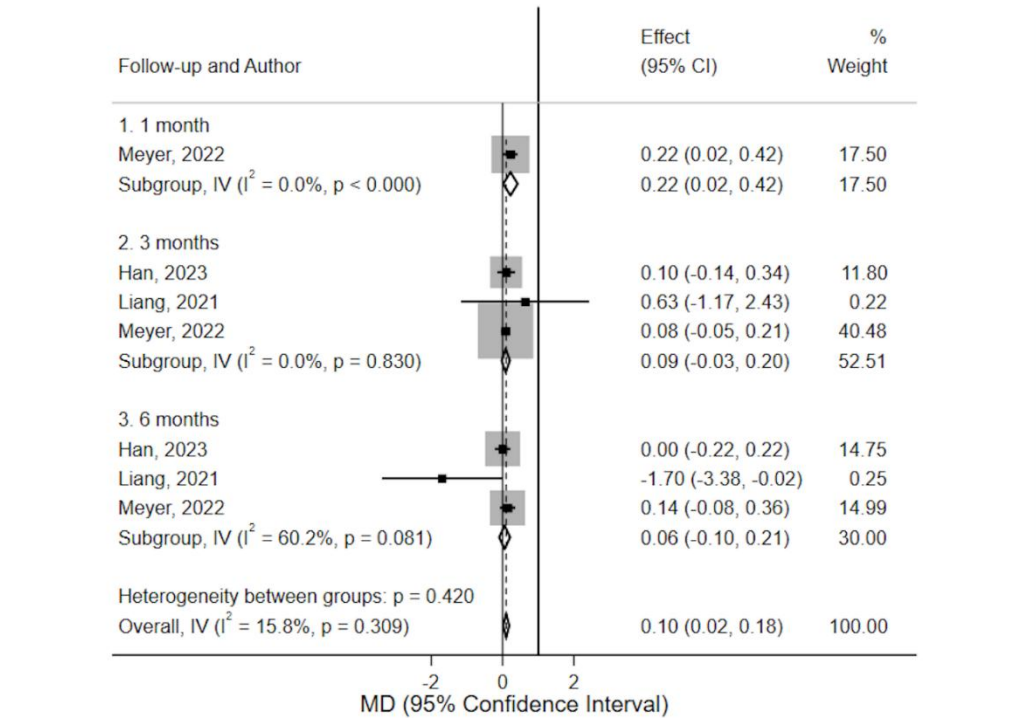


Figura Suplementaria 8. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en la escala visual analógica del EQ-5D-5L

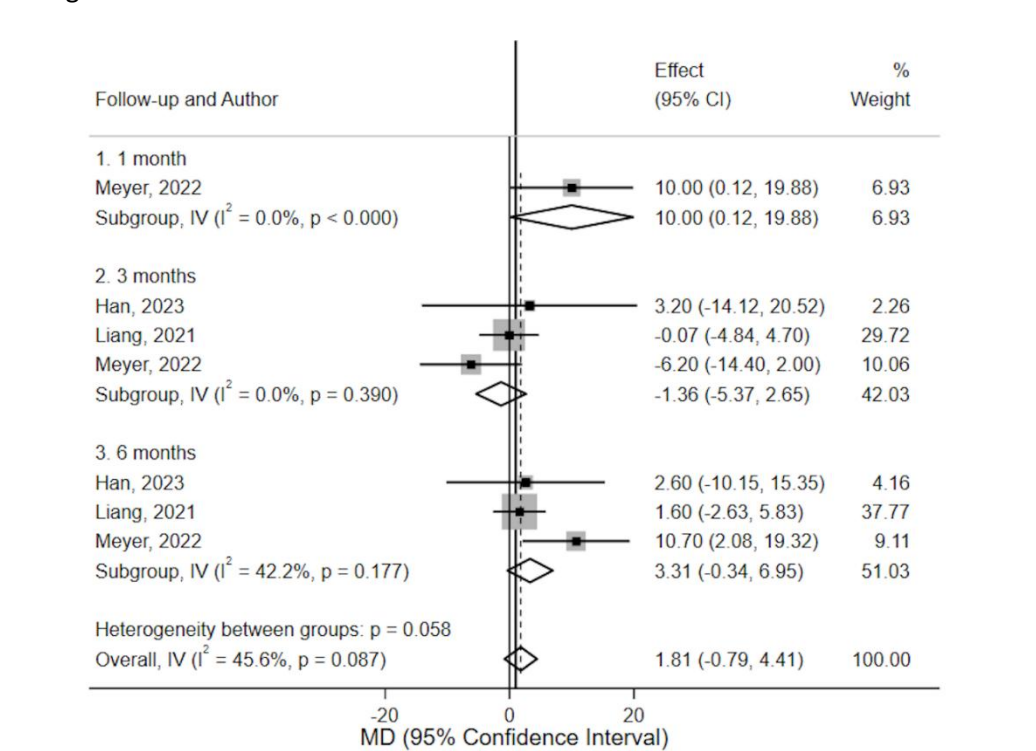


Figura Suplementaria 9. Forest Plot del efecto de la intervención de cuidado transicional en el apoyo social percibido

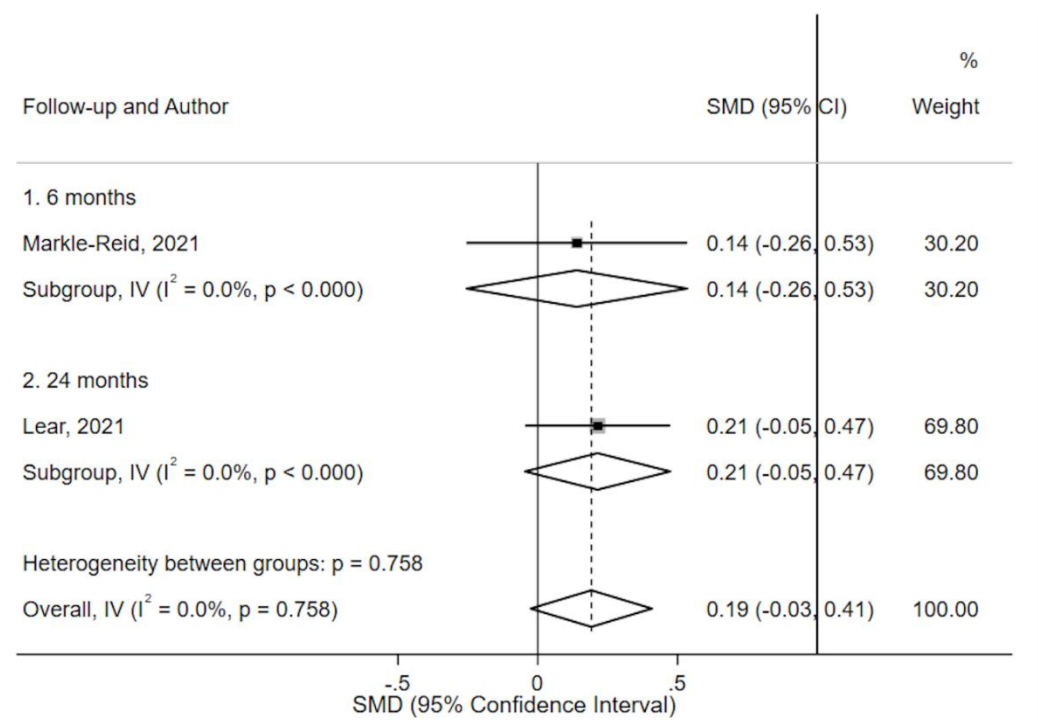


Figura Suplementaria 10. Funnel Plot para mortalidad

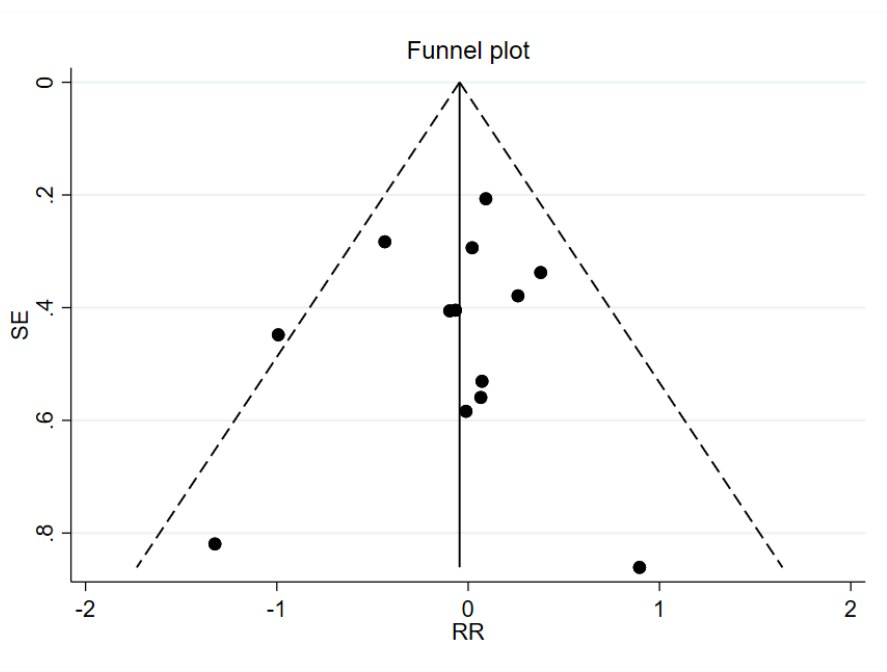


Figura Suplementaria 11. Funnel Plot para las hospitalizaciones

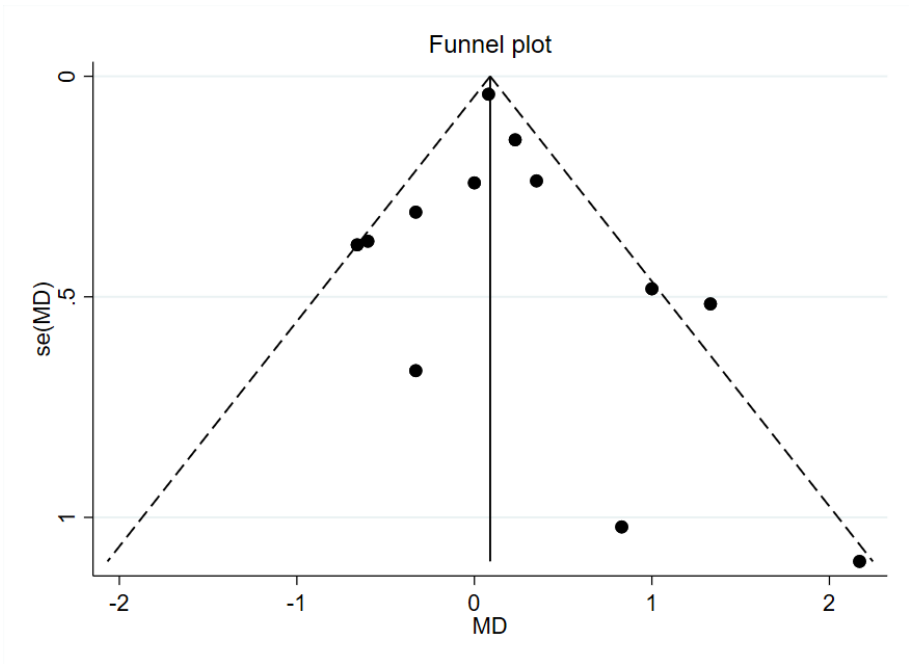


Figura Suplementaria 12. Funnel Plot para la duración de la estancia hospitalaria

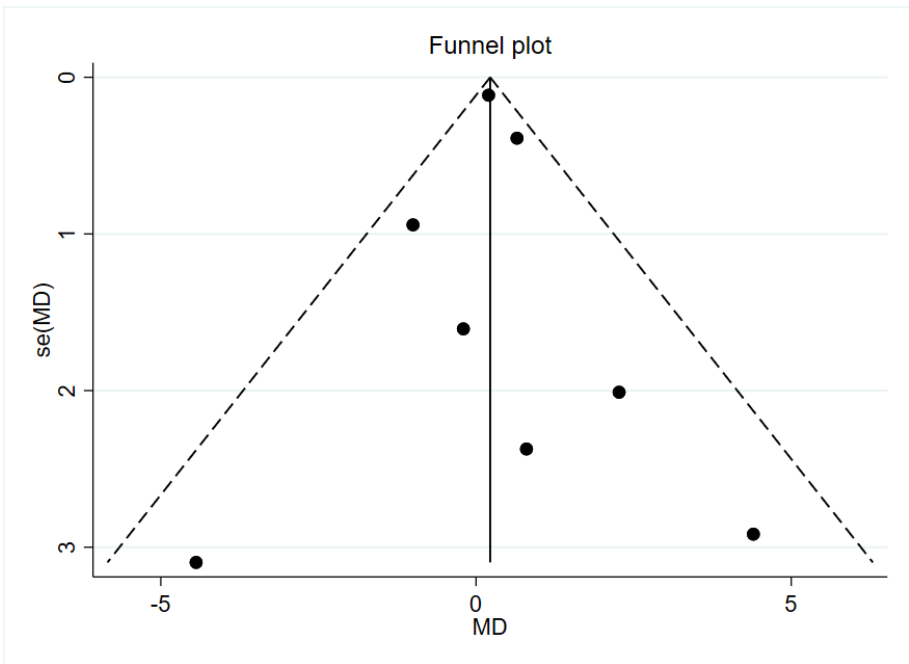


Figura Suplementaria 13. Funnel Plot para las visitas a urgencias

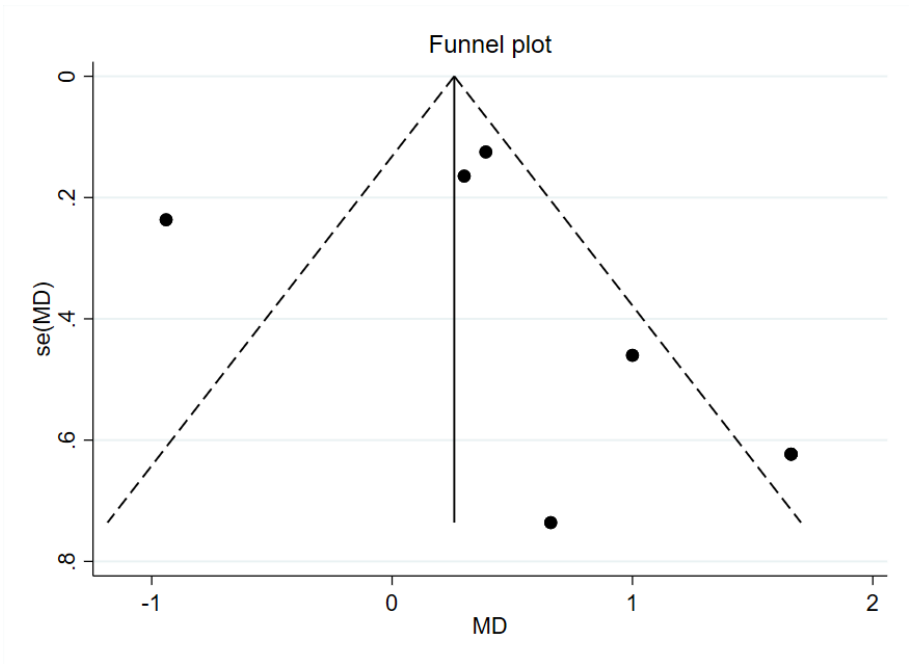


Figura Suplementaria 14. Funnel Plot para las visitas domiciliarias, a especialistas y a atención primaria

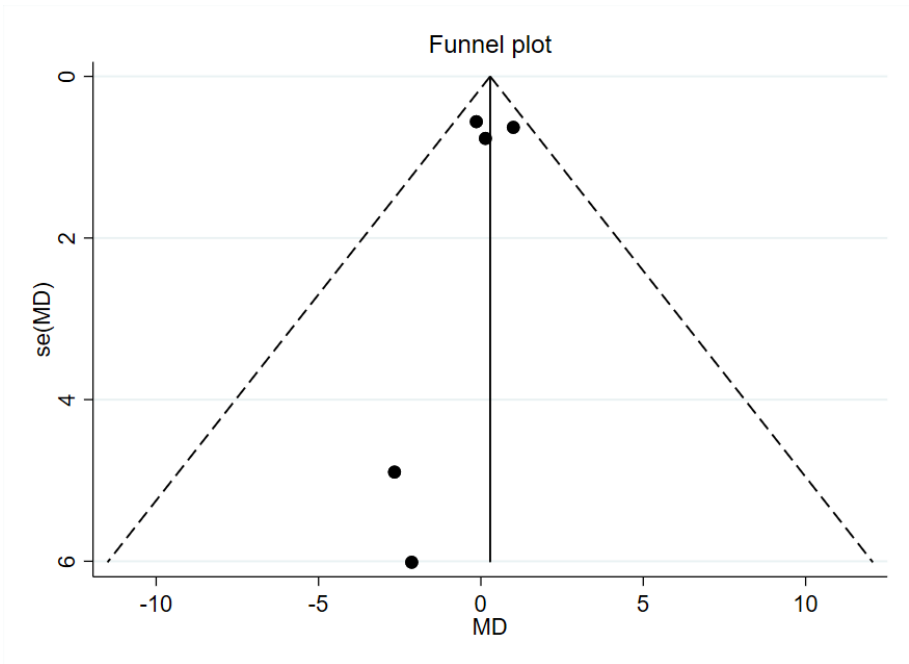


Figura Suplementaria 15. Funnel Plot para las actividades de la vida diaria

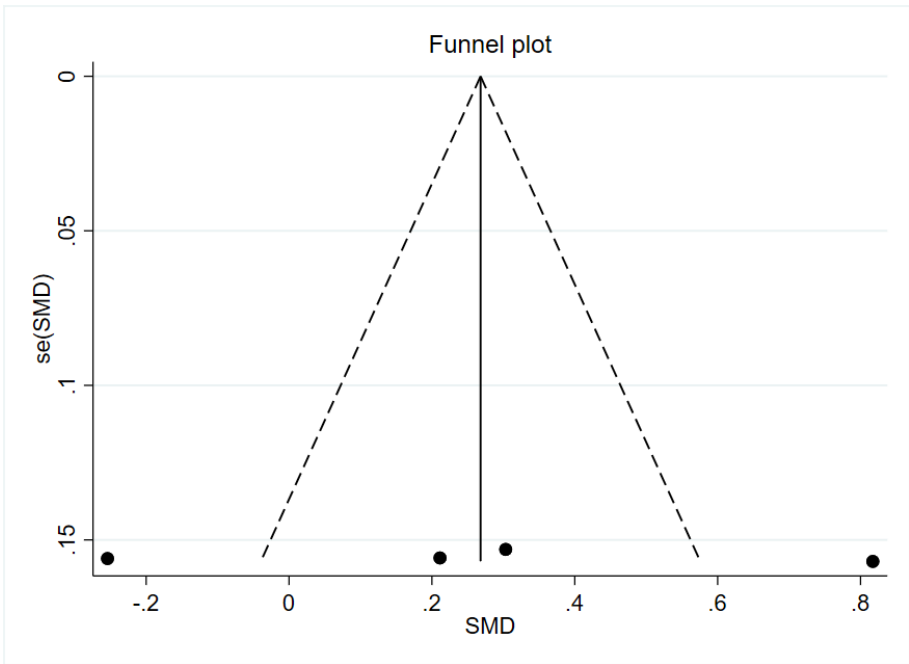


Figura Suplementaria 16. Funnel Plot para depresión

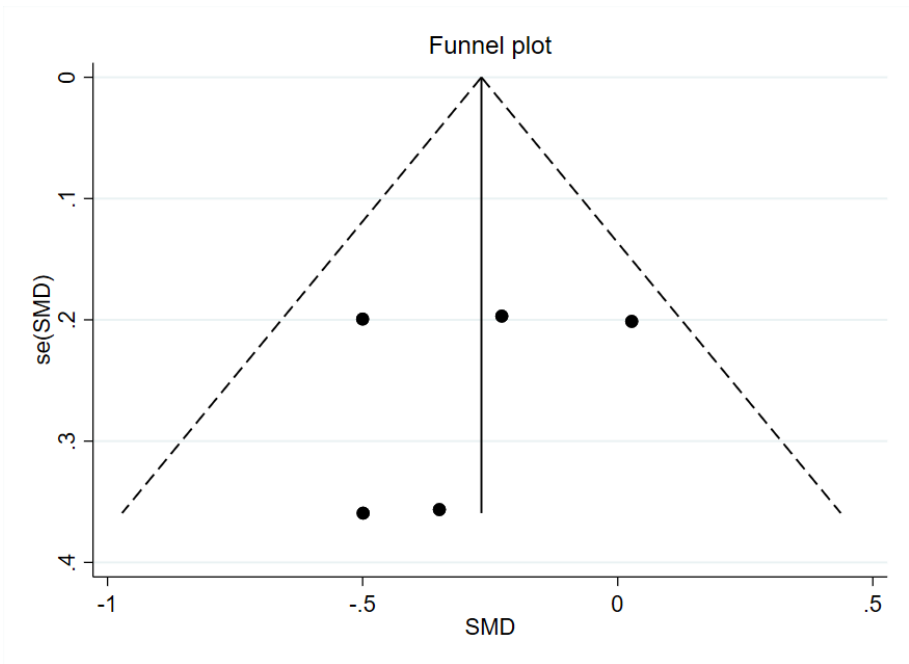


Figura Suplementaria 17. Funnel Plot para CVRS global

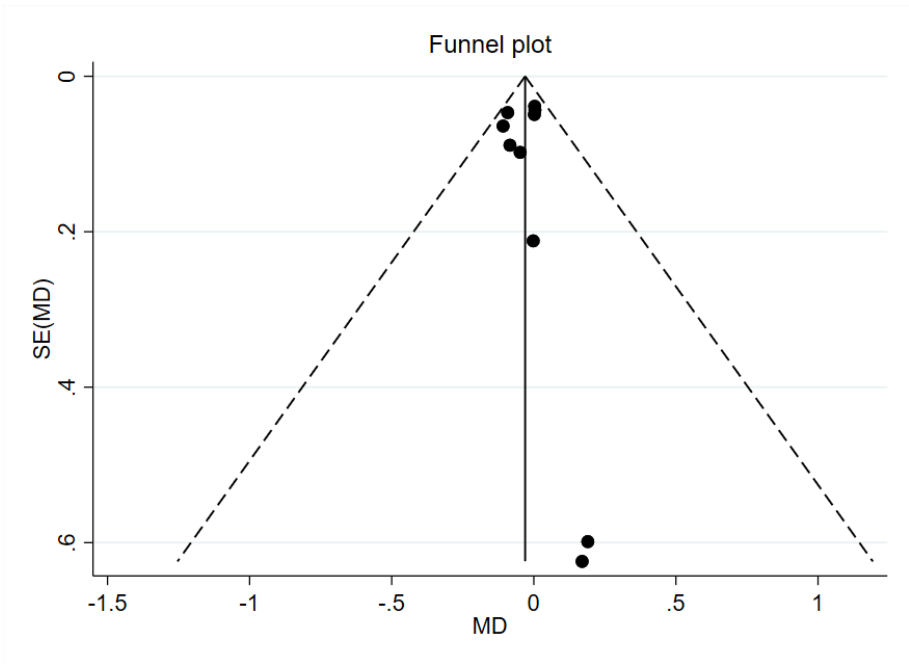


Figura Suplementaria 18. Funnel Plot para la puntuación de utilidad EQ-5D-5L

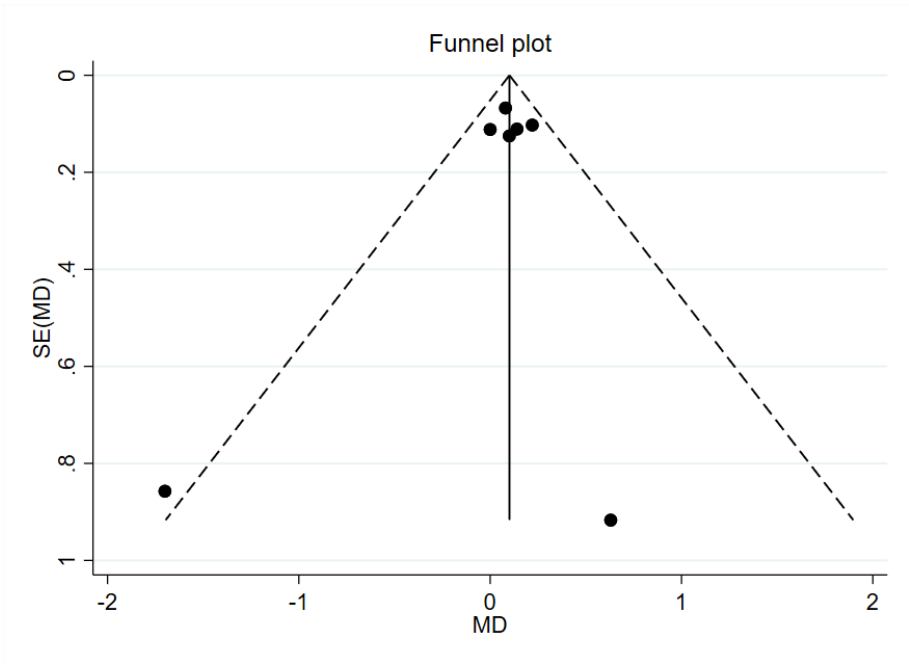


Figura Suplementaria 19. Funnel Plot para la escala visual analógica del EQ-5D-5L

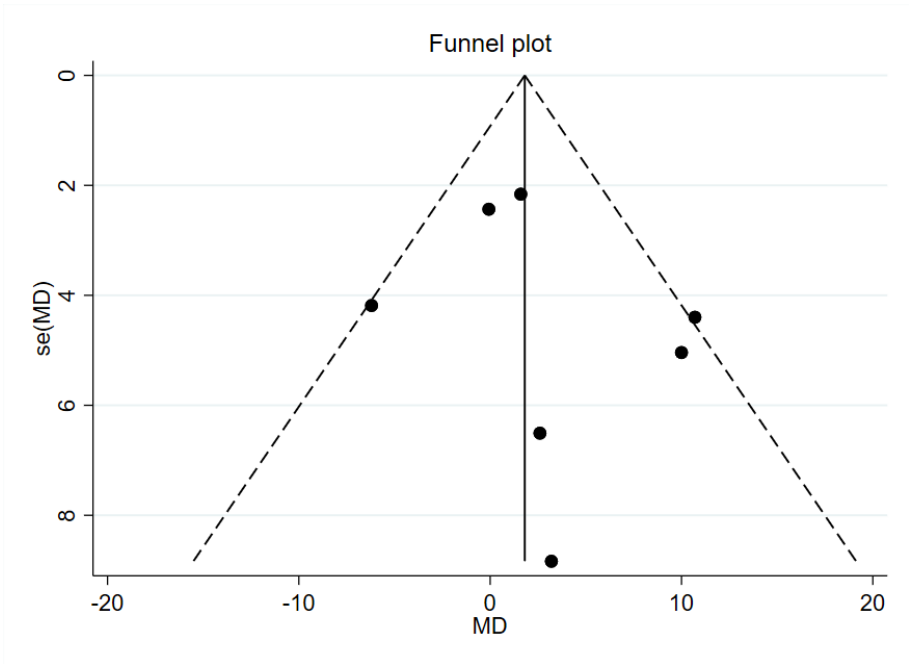


Figura Suplementaria 20. Funnel Plot para apoyo social percibido

