



# Continuidad en la Red Asistencial en personas con Accidente Cerebrovascular 2017-2018

## Continuity of care in the Care Network for people who suffered a stroke 2017-2018

Denisse Parra-Giordano<sup>1,\*</sup>, Edgardo Stanic-Bustamante<sup>2</sup>, Alejandra Mendoza-Rivera<sup>2</sup>, Sebastian Figueroa-Llantén<sup>2</sup>, Valeria Olvera<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Ph.D. En Ciencias, Departamento de Enfermería, Universidad de Chile. Santiago. Chile.

<sup>2</sup> Enfermera/o, Escuela de Enfermería, Universidad de Chile. Santiago. Chile.

Fecha de recepción: 05 de julio de 2023 / Fecha de aceptación: 10 de septiembre de 2023

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the impact of continuity of care through the healthcare network on adherence to controls by users who suffered a stroke, evaluating whether the existence of a rescue protocol at the level of Primary Health Care (PHC) increases adherence to controls at the primary and secondary level from hospital discharge. **Material and Methods:** Cross-sectional analytical study. 243 discharge reports from 24 PHC centers of the Northern Metropolitan Health Service (SSMN) of Santiago de Chile were analyzed from September 2017 to August 2018. Information was requested on post-discharge controls in PHC and secondary level and rescue protocol in PHC. **Results:** Of 24 PHC centers, 14 responded, and 11 applied the protocol. 59.4% of users have total adherence to controls, 11.27% only to PHC controls, 18.0% only secondary level, and 9.8% none. Three CESFAMs do not have a protocol; these users have 41.9% total adherence, 6.5% only PHC, 35.5% only secondary, and 16.1% without adherence. According to Hosmer Lemeshow's criteria, PHC centers with an implemented protocol are 2.4 times more likely to have users with moderate adherence than none and 2.4 times more likely to have users with complete adherence than moderate. (95%CI (0.56;10.1, p-value:0.240)). **Conclusions:** Implementing the rescue protocol in PHC increases total adherence to controls at both levels, with continuity of care in the SSMN being effective in users with stroke.

**Key words:** Stroke, continuity of patient care, primary health care, treatment adherence and compliance.

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el impacto de la continuidad de la atención, a través de la red asistencial, en la adherencia a controles por parte de usuarios que padecieron Accidente Cerebrovascular (ACV), evaluando si la existencia de protocolo de rescate en el nivel de Atención Primaria de Salud (APS), aumenta la adherencia a controles en el nivel primario y secundario desde el alta intrahospitalaria. **Material y Métodos:** Estudio analítico transversal. Se analizaron 243 informes de alta de 24 centros de APS del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) de Santiago de Chile, del período septiembre de 2017- agosto de 2018. Se solicitó información sobre controles post alta en APS y nivel secundario, y la existencia de protocolo de rescate en APS. **Resultados:** De 24 centros de APS se obtuvo respuesta de 14, 11 aplican el protocolo. 59,4% de los usuarios presentan adherencia total a controles, 11,27% sólo a controles de APS, 18,0% sólo nivel secundario y 9,8% ninguno. Tres CESFAM no tienen protocolo, estos usuarios presentan 41,9% de adherencia total, 6,5% sólo APS, 35,5% sólo secundaria y 16,1% sin adherencia. Según criterio de Hosmer Lemeshow, los centros de APS que tienen protocolo implementado tienen 2,4 veces más probabilidad de tener usuarios con adherencia moderada que ninguna; y 2,4 veces más probabilidad de tener usuarios con total adherencia que moderada. (IC95% (0,56;10,1, p-value: 0,240)). **Conclusiones:** La implementación del protocolo de rescate en APS aumenta la adherencia total a controles en ambos niveles, siendo efectiva la continuidad de la atención en el SSMN en usuarios con ACV.

**Palabras clave:** Accidente Cerebrovascular, continuidad de la atención al paciente, Atención Primaria de Salud, cumplimiento y adherencia al tratamiento.

drparra@uchile.cl

\*ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9439-2679>

ISSN: 0716-4076



## Introducción

Los Sistemas de Salud en el mundo, incluyendo a Chile y Latinoamérica, presentan segregación y fragmentación, lo que trae consigo una discontinuidad en la atención y falta de adherencia a los controles de salud, con el consiguiente agravamiento de patologías[1]-[3], como ocurre en casos de Accidente Cerebrovascular (ACV), enfermedad que al año 2019 produjo alrededor de seis millones y medio de muertes, alcanzando una incidencia de 12 millones de casos y una prevalencia de 143 millones de casos, constituyéndose la segunda causa de muerte y la tercera causa de invalidez[4].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el accidente cerebrovascular mediante cuatro componentes, siendo una afectación neurológica focal o general, de presunto origen vascular, de súbita aparición y que perdura más de 24 h o ser causal de muerte[5]. Por otro lado, define los servicios de salud integrales como la gestión y prestación de salud que permita a las personas recibir un continuo de servicios en las distintas dimensiones y diferentes niveles del sistema de salud, los cuales, al estar integrados forma un red de organización que rinden cuentas por el estado de salud de la población, mediante la continuidad de la atención entendida como una serie de cuidados coherentes, conectados y congruentes con las necesidades y preferencias en salud de las personas[6].

En Latinoamérica, la prevalencia de ACV varía de 10 a 148 casos por 1.000 habitantes, mientras que la incidencia varía de 76,5 a 270,7 por 100.000 habitantes según un estudio de Lereis VAP et al.[7]. En Chile, es un problema crítico de Salud Pública, debido que se establece como la principal causa de muerte, con 9.004 fallecidos el año 2013, lo que corresponde al fallecimiento de una persona por hora. Se calcula que anualmente hay 24.964 casos nuevos, por lo que hoy en día existen 69 casos cada día. Además, es la segunda causa de mortalidad prematura, con 2.310 defunciones el 2013 en personas entre 30 y 69 años[8].

Tras lo anterior surgen las siguientes interrogantes; ¿Cómo se puede demostrar si la continuidad de la atención está presente en la atención que se les brinda a los usuarios que padecen ACV? ¿Existe una evaluación de la coordinación entre los niveles asistenciales en Chile?

Estas interrogantes se reafirman al visualizar la inasistencia a controles por parte de los usuarios, lo que genera una discontinuidad en la atención, provocando un aumento en riesgos para los usuarios, retrasos en sus tratamientos y con ello agravamiento de patologías con el consecuente aumento de la morbilidad, lo que incrementa los costos para el sistema de salud y el aumento de demanda en los niveles de mayor complejidad[9].

Por ello es que esta investigación tiene como objetivo analizar el impacto en la adherencia a través de la continuidad de la atención en la red asistencial en usuarios que sufrieron ACV en el período septiembre de 2017- agosto de 2018, que se atiende en el Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) de Santiago de Chile, desde donde se han entregado directrices para la elaboración de un protocolo de rescate en usuarios con esta patología a los centros de Atención Primaria de Salud (APS), mediante la hipótesis de si la existencia de un protocolo de rescate en APS aumenta la adherencia a controles de usuarios pertenecientes al SSMN que sufrieron e ingresaron con diagnóstico o cursaron con ACV en Atención Terciaria de Salud en

septiembre de 2017- agosto de 2018, con el fin de conocer el impacto que tiene en la adherencia la formulación de este tipo de instrumentos como política de salud local.

## Material y Métodos

Este estudio es de tipo analítico transversal, ya que estableció una relación causal entre dos fenómenos durante un período de tiempo[10].

Los participantes fueron usuarios mayores de 15 años, pertenecientes al SSMN, que padecieron ACV o que hayan presentado ACV durante su hospitalización en el Complejo Hospitalario San José de Santiago de Chile, entre septiembre de 2017 y agosto de 2018, que al momento del alta hayan sido derivados a Atención Secundaria y cuyo informe al alta haya sido enviado al establecimiento de APS al que pertenecen en el período mencionado previamente.

La recolección de datos se realizó mediante recopilación de datos secundarios, provenientes de fuentes oficiales. Esta información proviene del SSMN quien otorgó información del Tercer Nivel de Atención mediante el informe de alta de enfermería. Los datos de Atención Secundaria se obtuvieron por medio del Centro Diagnóstico y Tratamiento de Neurología del Complejo Hospitalario San José (Segundo Nivel de Atención) y la información de Atención Primaria de Salud se obtuvieron mediante la entrega de datos proporcionada por los encargados/as del Programa Salud Cardiovascular (PSCV) en base a una plantilla confeccionada y entregada por el equipo de investigación, a través del contacto realizado por la Encargada del Programa Ciclo Vital Adulto del SSMN y los encargados/as mediante distintas vías (correo electrónico, contacto telefónico, reunión presencial). Finalmente, en relación con los controles en Atención Secundaria, esta información se obtuvo a través de una única unidad especialista del Hospital San José.

Como criterios de inclusión se consideró los usuarios del SSMN, inscritos en los 24 centros de APS del SSMN, con derivación a control en Atención Secundaria al momento de su alta hospitalaria. Los criterios de exclusión fueron los usuarios fallecidos con anterioridad al desarrollo de la investigación, además de excluir el evento más antiguo en usuarios que hayan presentado dos episodios de ACV.

Los sujetos de estudio fueron la población en su totalidad sin la necesidad de muestreo, y a quienes se les asigna un número arábico en orden ascendente aleatoriamente manteniendo así la confidencialidad e identidad de la población en estudio.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile y Comité de Ética de Investigación del SSMN.

Las variables para considerar se exponen en la Tabla 1. Para su medición se utilizó distribución de frecuencia.

La técnica utilizada para el tipo de análisis fue la estadística descriptiva (frecuencia y medidas de tendencia central) e inferencial (modelo de regresión logística ajustado por prueba de Hosmer-Lemeshow), la información fue recopilada, analizada y posteriormente organizada, obteniendo conclusiones válidas y respaldadas por una base de datos secundarios, y analizados mediante el programa Microsoft Excel y el Software Stata 14.

**Tabla 1. Variables de la investigación y características asociadas**

| Variables          | Definición                                                                                                                                                                         | Categoría                                                                                                        | Medición                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Protocolo          | El centro de Atención Primaria presenta protocolo de rescate a usuarios post alta hospitalaria, definiendo tanto la forma en que se contactará y cómo realizará el control a estos | 1. Presenta<br>2. No presenta                                                                                    | Mediante información obtenida por parte de los Encargados del Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud de Atención Primaria                                                                           |
| Adherencia control | El usuario asiste a control en Atención Primaria y/o Atención Secundaria, luego del alta hospitalaria                                                                              | 1. Adherencia total<br>2. Adherencia a Atención Primaria<br>3. Adherencia a Atención Secundaria<br>4. No adhiere | Mediante información obtenida por parte de los Encargados del Programa de Salud Cardiovascular del Centro de Salud de Atención Primaria y Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Neurología (Atención Secundaria) |

Fuente: Elaborada por autores.

## Resultados

Se recopiló la información de 376 informes de alta de enfermería entregadas por el SSMN correspondientes a los usuarios de 22 Centros de Salud Familiar, Centro Comunitario de Salud Familiar Los libertadores y el Hospital Comunitario de Til Til, quienes residen en la zona norte de la Región Metropolitana, Chile. De estos 24 centros de atención primaria se obtuvo la respuesta del control con especialista entregada en su totalidad por parte de Atención Secundaria y en cuanto a la respuesta sobre el protocolo de rescate para usuarios que hayan presentado un ACV y la fecha de realización de este control se obtuvo la información de 14 centros de APS.

### Implementación de protocolo

Del total de 14 centros de APS, 11 de ellos aplican protocolo de rescate con 84,6% y tres centros de APS los que no presentan protocolo de rescate con 21,4% (Tabla 2).

### Adherencia según existencia de protocolo

De los centros de APS con protocolo se encontraron 131 usuarios que padecieron ACV en el período estudiado, de los cuales 60,3% presentan adherencia total, esto quiere decir que asistieron tanto a control en APS como a Atención Secundaria, 11,5% presentan adherencia parcial solo a APS, 18,3% adherencia parcial solo a Atención Secundaria y 9,9% no adherentes a ningún control. En cuanto a los centros de APS que no presentan protocolo se encontraron 31 usuarios que padecieron ACV de los cuales el 41,9% son adherentes totales, 6,5% son adherentes parciales solo a centro de APS, 35,5% adherentes parciales solo a Atención Secundaria y el 16,1% no adherente a ningún control (Tabla 3).

### Relación entre existencia de protocolo y adherencia

En la Tabla 4, según el criterio de Hosmer Lemeshow, los CESFAM que tienen el protocolo implementado tienen 2,4 veces más probabilidad de tener personas con adherencia moderada que ninguna adherencia; y 2,4 veces más probabilidad de tener usuarios con total adherencia que moderada.

**Tabla 2. Distribución de Centros de Salud de Atención Primaria del SSMN según existencia de protocolo de rescate para pacientes con ACV en el período de septiembre de 2017 a agosto de 2018**

| Centro de Salud                | Implementación de protocolo |
|--------------------------------|-----------------------------|
| Dr. Agustín Cruz Melo          | Si                          |
| Alberto Bachelet Martínez      | Si                          |
| Colina                         | Si                          |
| Esmeralda                      | Si                          |
| Juan Antonio Ríos              | Si                          |
| La Pincoya                     | Si                          |
| Juanita Aguirre                | Si                          |
| Dr. Patricio Hevia             | Si                          |
| Quinta Bella                   | Si                          |
| Recoleta                       | Si                          |
| Dr. José Symon Ojeda           | Si                          |
| Dr. José Bauzá Frau            | No                          |
| Pdte. Salvador Allende Gossens | No                          |
| Dr. Lucas Sierra               | No                          |

Fuente: Elaborada por autores.

Las medidas adoptadas para disminuir un potencial sesgo en la investigación apuntaron a que el equipo analizó los informes de alta utilizando los mismos criterios.

## Discusión

Es importante mencionar la implicancia que poseen los registros de atención en los usuarios, ya que desde el análisis que se realizó en la investigación, estos fueron quienes permitieron evaluar la continuidad de la atención entre los niveles existentes actualmente en el Sistema de Salud en Chile, además no solo basta con la existencia de estos registros, sino además de la claridad y la veracidad que estos posean.

**Tabla 3. Porcentaje de adherencia a controles post alta según existencia de protocolo de rescate en Centro de Salud**

| Categoría                       | Centro de Salud con protocolo N 131 (%) | Centro de Salud sin protocolo N 13 (%) |
|---------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Sin adherencia                  | 13 (9,9)                                | 5 (16,1)                               |
| Adherencia en atención primaria | 15 (11,5)                               | 2 (6,5)                                |
| Adherencia atención secundaria  | 24 (18,3)                               | 11 (35,5)                              |
| Adherencia total                | 79 (60,3)                               | 13 (41,9)                              |

Fuente: Elaborada por autores.

**Tabla 4. Modelo ajustado por Hosmer Lemeshow considerando el anidamiento en cada CESFAM**

| Factor     | Odds Ratio | Err.estándar | z P> z | [95% Intervalo de confianza] |      |       |
|------------|------------|--------------|--------|------------------------------|------|-------|
| Adherencia | 2,40       | 1,75         | 1,18   | 0,240,                       | 0,56 | 10,10 |

Fuente: Elaborada por autores.

### Implementación de protocolo

La mayoría de los centros de APS cuentan con un protocolo de rescate para usuarios que sufrieron ACV.

La implementación de estrategias al momento del alta hospitalaria permiten una comunicación efectiva entre estos centros y la APS, mejorando los niveles de satisfacción tanto del personal de salud como de los usuarios[11],[12] y reflejan finalmente la coordinación y las labores que realizan los distintos niveles de atención con el objetivo de favorecer la continuidad de la atención de salud del usuario que cursa con alguna patología, y además posee comorbilidades asociadas, entregando los distintos cuidados en función de la resolutivez que posee cada uno de los centros a través de la red asistencial[2],[13].

### Adherencia según existencia de protocolo

La existencia de herramientas de seguimiento de usuarios con ACV, como protocolos[14], ha demostrado tener efectos positivos para la salud de los usuarios[15], considerando la adherencia a medidas de prevención[12],[13], e incluyendo una mejor percepción del sistema de salud por parte de estos mismos y sus cuidadores[16].

Es importante mencionar, que el tránsito del usuario por los niveles asistenciales de salud debe estar inserto en un contexto de coordinación y comunicación[11] para de esta forma garantizar la seguridad del usuario, respetar el tiempo y la cantidad de controles requeridos.

### Relación entre existencia de protocolo y adherencia

Por otro lado, las características de estos usuarios hacen que sea relevante considerar programas de alta hospitalaria[12],[14],[17] que permitan mejorar la calidad de vida de los usuarios[18]. Cabe destacar que estas iniciativas se materializan en sistemas complejos, dinámicos, y con múltiples actores, siendo necesaria la colaboración y comunicación de todos los participantes, asimismo el entrenamiento de un equipo de salud multiprofesional[14],[19],[20]. Además de lo anterior, la implementación de programas y planes estandarizados se asocia a la prevención primaria de un evento cardiovascular[20], como a

un mejor cuidado del usuario que sufre de un ACV, para reducir los riesgos ante un nuevo episodio[13]-[19].

Junto a lo mencionado anteriormente es posible afirmar que la protocolización de las distintas actividades que se llevan a cabo en el Sistema de Salud permite una atención global, sumado a ello y considerando los datos anteriormente expuestos es posible reflejar en la investigación que la adherencia total, a APS y a Atención Secundaria es mayor en aquellos centros de APS que poseen protocolo de rescate en usuarios que padecieron ACV en el período septiembre de 2017- agosto de 2018. Con relación a ello la no adherencia a controles es mayor en aquellos centros de APS que no poseen este protocolo de rescate.

Dentro de las limitaciones que se presentaron en la investigación destaca el tiempo dentro de plazo para el envío y recibo de datos desde las fuentes de APS, ya que no todos pudieron brindar la información. Otra limitación fueron los recursos económicos y de transporte, que de estar disponibles se pudo haber ido a cada uno de los centros de atención primaria a solicitar la información, entendiéndose que parte de estos se encuentran en zonas rurales.

### Conclusiones

Considerando lo expuesto anteriormente, y viendo la importancia de la adherencia para el actual Sistema de Salud en Chile, es que a través de cada uno de los niveles asistenciales se hace el esfuerzo y realizan políticas públicas para proveer un aseguramiento de la continuidad de la atención, con la intención de proveer un sistema de salud que tenga un carácter promocional y previsional por sobre un sistema curativo, potenciando continuamente el nivel primario y secundario.

En relación con los registros, fue posible visualizar que resulta relevante la necesidad que se implanten directrices para la realización de los informes de alta de enfermería, para que proporcionen una óptima entrega de información a los profesionales de la APS, y les permita a su vez dirigir sus intervenciones.

Desde las políticas públicas emanadas del Ministerio de Salud, es importante considerar estrategias a nivel local que permitan cumplir con los objetivos propuestos por el Modelo de

Atención, especialmente con patologías de elevada prevalencia, morbilidad y mortalidad.

En base a la hipótesis planteada, se concluye que la investigación cumple con el objetivo inicial, es decir, que la implementación de documentos que guían el actuar de esta investigación, como es el informe al alta entregada en el nivel terciario a cada usuario que padeció un ACV, y el protocolo de rescate presente en atención primaria, son los encargados de mantener un flujo de atención acorde a las necesidades de los usuarios de estas características, manteniendo así una continuidad del cuidado, con ello se desprende que esta protocolización y comunicación entre los distintos niveles asistenciales del Sistema de salud, es de utilidad para la continuidad de la atención en salud de los usuarios, y que por tanto, la medida puede ser extendida a diversas patologías que presenten un alto grado de incidencia, morbilidad y mortalidad.

Desde la labor del profesional de enfermería, es posible dar cuenta de las funciones que estos realizan en los tres niveles de atención, explicitando además el rol que poseen éstos en la transición del proceso Salud-Enfermedad de los usuarios.

Por último, se puede generalizar los resultados de esta investigación, extrapolar la utilización de informe al alta y protocolos de atención a otros Servicios de Salud, para visualizar en ellos si se mantiene la tendencia, de que, con la implementación de estos aumenta la adherencia y la continuidad de la atención.

## Referencias

1. Artaza-Barrios O, Toro-Devia O, Fuentes-García A, Alarcón-Hein A, Arteaga-Herrera O. Governance of health care networks: Assessment of the health care integrating councils in the context of the health sector reform in Chile. *Salud Publica Mex.* 2013;55(6):650–8.
2. Ollé-Espuga L, Vargas I, Mogollón-Pérez A, Soares-de-Jesus RPF, Eguiguren P, Cisneros AI, et al. Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gac Sanit.* 2021;35(5):411–9.
3. Carmone AE, Kalaris K, Leydon N, Sirivansanti N, Smith JM, Storey A, et al. Developing a Common Understanding of Networks of Care through a Scoping Study. *Heal Syst Reform.* 2020;6(2):e1810921.
4. Kisa A, Kisa S, Collaborators GBD, Oancea B, Abu-Zaid A, Samy A. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol.* 2021;20:26. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0)
5. OMS. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares [Internet]. Switzerland: Publicaciones OMS; 2009.
6. OPS/OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Vol. 4, La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS Washington, DC; 2010. p. 92.
7. Pujol Lereis VA, Melcon MO, Hawkes MA, Gomez Schneider MM, Dossi DE, Alet MJ, et al. Stroke Epidemiology in Argentina. Design of a Population-Based Study in General Villegas (EstE-PA). *J Stroke Cerebrovasc Dis.* 2019;28(1):56–62. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.09.004>
8. Ministerio de Salud. Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. Guía Clínica Chile AUGC. 2013. p. 7–10. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637e58646e04001011f014e64.pdf>
9. Kao YH, Lin WT, Chen WH, Wu SC, Tseng TS. Continuity of outpatient care and avoidable hospitalization: A systematic review. *Am J Manag Care.* 2015;25(4):E126–34. <https://www.ajmc.com/view/continuity-of-outpatient-care-and-avoidable-hospitalization-a-systematic-review>
10. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Lama-Valdivia J, Correa-López LE, Revisión A DE, como C, et al. Estudios Transversales. Estudios transversales *Rev Fac Med Hum Enero.* 2021;21(1):164–70. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v21i1.3069>
11. Newnham H, Barker A, Ritchie E, Hitchcock K, Gibbs H, Holton S. Discharge communication practices and healthcare provider and patient preferences, satisfaction and comprehension: A systematic review. *Int J Qual Heal Care.* 2017;29(6):752–68. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx121>
12. Fens M, Beusmans G, Limburg M, van Hoef L, van Haastregt J, Metsemakers J, et al. A process evaluation of a stroke-specific follow-up care model for stroke patients and caregivers; a longitudinal study. *BMC Nurs.* 2015;14(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0052-8>
13. Adeoye O, Nyström K V., Yavagal DR, Luciano J, Nogueira RG, Zorowitz RD, et al. Recommendations for the Establishment of Stroke Systems of Care: A 2019 Update. *Stroke.* 2019;50(7):e187–210. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000173>
14. Duncan PW, Bushnell C, Sissine M, Coleman S, Lutz BJ, Johnson AM, et al. Comprehensive Stroke Care and Outcomes: Time for a Paradigm Shift. *Stroke.* 2020;52(1):385–93. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.029678>
15. Towfighi A, Cheng EM, Ayala-Rivera M, Barry F, McCreath H, Ganz DA, et al. Effect of a Coordinated Community and Chronic Care Model Team Intervention vs Usual Care on Systolic Blood Pressure in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack: The SUCCEED Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw open.* 2021;4(2):e2036227.
16. Pindus DM, Mullis R, Lim L, Wellwood I, Rundell AV, Aziz NAA, et al. Stroke survivors' and informal caregivers' experiences of primary care and community healthcare services – A systematic review and meta-ethnography. *PLoS One.* 2018;13(2):e0192533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192533>
17. Bushnell CD, Duncan PW, Lyan SL, Condon CN, Pastva AM, Lutz BJ, et al. A Person-Centered Approach to Poststroke Care: The COMprehensive Post-Acute Stroke Services Model. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(5):1025–30. <https://doi.org/10.1111/jgs.15322>
18. Nunes HJM, Queirós PJP. Patient with stroke: hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(2):415–23. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>
19. Lager KE, Mistri AK, Khunti K, Haunton VJ, Sett AK, Wilson AD. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;2014(5).
20. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation.*

- 2019;140(11):e563–95.
21. Gunnes M, Indredavik B, Langhammer B, Lydersen S, Ihle-Hansen H, Dahl AE, et al. Associations Between Adherence to the Physical Activity and Exercise Program Applied in the LAST Study and Functional Recovery After Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*. 2019;100(12):2251–9.