

## Experiencias de transición de pacientes y familiares al alta de la terapia intensiva: revisión de alcance\*

Paula Buchs Zucatti<sup>1,2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0406-6835>

Clediane Rita Portalupi da Trindade<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4018-8429>

Rosana Evangelista-Poderoso<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8661-1168>

Edinêis de Brito Guirardello<sup>4,5</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-0457-2850>

Maria Alice Dias da Silva Lima<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-3490-7335>

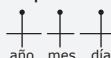
**Destacados:** (1) La transición entre la terapia intensiva y la unidad de hospitalización es compleja y desafiante. (2) Pacientes y familiares experimentan reducción abrupta y discontinuidad del cuidado. (3) La comunicación imprecisa o insuficiente está presente en todas las etapas del proceso. (4) Presencia e involucramiento de la familia como vínculo de apoyo emocional e informacional.

**Objetivo:** mapear las evidencias disponibles sobre las experiencias de pacientes adultos y familiares en relación con la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización. **Método:** revisión de alcance realizada según las directrices del *Joanna Briggs Institute*. Se incluyeron estudios primarios, revisiones, disertaciones y tesis, publicados en portugués, inglés o español, sin límite temporal. La búsqueda final se realizó en portales y bases de datos en salud y bibliotecas digitales. La selección fue realizada por dos revisoras de forma ciega e independiente. Los datos fueron extraídos mediante un guion y presentados en figuras, análisis descriptivo y análisis cualitativo deductivo, categorizando las vivencias entre las etapas de evaluación, planificación, ejecución y acompañamiento posterior al alta. **Resultados:** treinta artículos compusieron la muestra. Las experiencias mapeadas evidencian la transición como un momento crítico de la hospitalización, marcado por impacto emocional y fragilidades informacionales. Relatos de falta de preparación, sensación de abandono y fallas de comunicación comprometen la continuidad del cuidado y la adaptación de pacientes y familiares. **Conclusión:** las experiencias descritas señalan la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización como un proceso complejo y multifacético. Las brechas identificadas demandan estrategias de comunicación estructurada, información oportuna y alineamiento entre las unidades.

**Descriptores:** Alta del Paciente; Atención Dirigida al Paciente; Continuidad de la Atención al Paciente; Cuidado de Transición; Participación del Paciente; Transferencia de Pacientes.

### Cómo citar este artículo

Zucatti PB, Trindade CRP, Evangelista-Poderoso R, Guirardello EB, Lima MADS. Transition experiences of patients and families upon discharge from intensive care: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem.

2025;33:e4762 [cited  ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7919.4762>

## Introducción

El alta de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hacia la unidad de hospitalización representa un cambio significativo, marcando un proceso de transición importante para el paciente y su familia. Mientras el cambio es un evento específico y delimitado en el tiempo, la transición es un proceso continuo, caracterizado por una serie de respuestas. Durante este período, los individuos enfrentan contextos, sensaciones y emociones desconocidas, además de lidiar con incertidumbres sobre el futuro, lo que los coloca en una condición de vulnerabilidad<sup>(1)</sup>.

La forma en que la persona interpreta el cambio, su significado y la disponibilidad de apoyo y de recursos repercuten directamente en sus experiencias, pudiendo favorecer o dificultar su recuperación<sup>(1)</sup>. La experiencia del paciente resulta de la suma de todas las interacciones moldeadas por la cultura organizacional, que influyen en sus percepciones a lo largo del continuo de cuidados<sup>(2)</sup>.

La preparación de los pacientes y sus familiares para afrontar la transición entre los diferentes niveles asistenciales, así como la garantía de la continuidad de los cuidados hasta que los cambios sean incorporados a sus cotidianos desempeñan un papel fundamental. Esta experiencia abarca su comprensión sobre el proceso de alta, su nivel de conocimiento y de involucramiento, las acciones de los profesionales que condicionan las vivencias y la concreción o no de sus expectativas<sup>(1)</sup>.

Además de la fragilidad situacional del individuo, la transferencia de cuidados intensivos a cuidados regulares es reconocida como un punto crítico en el transcurso de la hospitalización. Este proceso es especialmente susceptible a fallas, sea en el desplazamiento del paciente, sea en la transferencia de informaciones entre los sectores del sistema de salud. En este sentido, la transición adecuada del cuidado, comprendida como un conjunto estructurado de acciones realizadas por los profesionales de la salud para asegurar la coordinación y la continuidad de los cuidados, se hace esencial<sup>(3-5)</sup>.

En el escenario de alta de la UCI, la fragmentación del cuidado ha sido asociada a desenlaces negativos, como aumento del estrés y de la insatisfacción de pacientes y familiares, mayor tiempo de hospitalización, eventos adversos, elevación de los costos hospitalarios, reingresos y defunciones<sup>(6-10)</sup>. Además, la experiencia de los individuos en la transición entre terapia intensiva y unidad de hospitalización está influenciada por la planificación, la comunicación y la ejecución de este proceso<sup>(11)</sup>.

Una investigación reciente con profesionales y gestores de terapia intensiva reveló brechas entre el momento en que el paciente deja de necesitar cuidados intensivos y aquel en que puede realizar de forma segura

la transición a los cuidados regulares<sup>(12)</sup>. Esta discrepancia refuerza la percepción, relatada por enfermeros de unidades de hospitalización, de que existen "dos mundos distintos": mientras los profesionales de terapia intensiva tienen expectativas elevadas sobre las capacidades de manejo del equipo de hospitalización, esas demandas pueden representar una amenaza para la seguridad del paciente<sup>(13-14)</sup>. Además, los propios pacientes describen dificultades a lo largo de su recuperación, destacando la falta de informaciones claras y accesibles, así como la ausencia de espacios para la escucha y el esclarecimiento de dudas, lo que compromete la experiencia de cuidado durante este período crítico<sup>(15-17)</sup>.

Un enfoque estructurado implica etapas secuenciales para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización. Estas etapas incluyen: 1) *evaluación para el alta* con la utilización de puntuaciones específicas para determinar gravedad, riesgos y evolución clínica; 2) *planificación del alta*, que consiste en la síntesis de los problemas de salud, la revisión de las metas de atención, la conciliación de la medicación y la orientación detallada al paciente y a la familia sobre los cuidados recibidos, los planificados, el proceso de alta y el lugar de destino; 3) *ejecución del alta*, que involucra la decisión sobre el momento oportuno para la transferencia, la identificación del equipo receptor y la comunicación efectiva entre las partes implicadas; y 4) *seguimiento tras el alta*, con la prestación de asistencia al paciente en la unidad de hospitalización por un miembro del equipo de la UCI, asegurando la continuidad del cuidado y facilitando la adaptación al nuevo entorno<sup>(8)</sup>.

Aunque las experiencias de los pacientes y sus familiares en el contexto del alta de la UCI han sido ampliamente discutidas en la literatura a lo largo de los últimos años<sup>(6,8)</sup>, abordarlas con base en las etapas para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización constituye una perspectiva innovadora. El enfoque permite identificar puntos críticos del proceso y determinar el momento más adecuado para intervenciones específicas, contribuyendo a perfeccionar la calidad de las transiciones y a mitigar los impactos negativos de esa experiencia en el período inmediato posterior al alta.

A partir de lo expuesto, se realizó una búsqueda preliminar en *Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis*, en PubMed® y en *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)* y no se identificaron protocolos o revisiones actuales o en curso sobre la temática. Por lo tanto, el objetivo de esta revisión de alcance fue mapear las evidencias disponibles sobre las experiencias de pacientes adultos y familiares en relación con la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización.

## Método

### Tipo de estudio

Se trata de una revisión de alcance, orientada por el JBI<sup>(18)</sup>. Esta revisión tuvo como objetivo responder a la pregunta orientadora: “¿Cuáles son las evidencias en la literatura sobre las experiencias de los pacientes adultos y sus familiares en relación con la transición del cuidado entre UCI y unidad de hospitalización?”. La elaboración de la pregunta se realizó mediante la utilización del acrónimo PCC, siendo P (población) – pacientes adultos y/o familiares – miembro de la familia, cuidador principal o responsable de la toma de decisiones; C (concepto) – experiencia del paciente y/o de los familiares; y C (contexto) – transición del cuidado entre UCI y unidad de hospitalización.

El protocolo de esta revisión fue registrado en *Open Science Framework* (<https://osf.io/72khs/>), y este informe se presenta en consonancia con lo dispuesto en *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Extension for Scoping Reviews Checklist*<sup>(19)</sup>.

### Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios primarios, revisiones, dissertaciones y tesis que abordaran la experiencia de pacientes adultos, o de sus familiares, sometidos a cuidados en un entorno de cuidados intensivos, independientemente de la etiología del ingreso o del período de hospitalización, y que hubieran sido transferidos a una unidad de hospitalización, considerándose la transferencia entre los diferentes niveles asistenciales dentro de una misma institución, publicados en portugués, inglés o español. No hubo restricción respecto al año de publicación. Se excluyeron aquellos que abordaran la transferencia a unidades de cuidados paliativos, obstétricos o psiquiátricos, debido a las singularidades de esos perfiles de pacientes.

### Fuentes de información

Para la identificación de estudios y descriptores potencialmente relevantes, se realizó una búsqueda

inicial en las fuentes de información PubMed® y CINAHL. Las palabras contenidas en el título y en el resumen de los trabajos seleccionados, así como los términos de indización utilizados para describirlos, fueron analizadas para desarrollar una estrategia completa.

La estrategia final, incluidos los términos identificados, se adaptó para cada fuente de información enumerada, es decir, los portales PubMed® y Biblioteca Virtual en Salud y las bases de datos CINAHL, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Embase, *Scopus* y *Web of Science*. También se realizó una búsqueda en la *Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações* y en la *Networked Digital Library of Theses and Dissertations*.

La búsqueda inicial, así como la pesquisa de los registros con la estrategia final en las diferentes fuentes de evidencia, se realizó entre agosto y septiembre de 2023, con una actualización llevada a cabo del 3 al 9 de septiembre de 2024. Por último, se examinaron las listas de referencias de los estudios incluidos en busca de fuentes adicionales no recuperadas por la estrategia de búsqueda.

### Estrategia de búsqueda

La primera estrategia de búsqueda fue desarrollada utilizando los *Medical Subject Headings (MeSH) Terms* *Patient Discharge*, *Patient Participation*, *Patient-Centered Care*, *Continuity of Patient Care*, *Transitional Care* y *Patient Transfer*. La estrategia final, además de los descriptores mencionados, incorporó sus respectivos sinónimos y los *MeSH Terms Transition in care*, *Critical Care* e *Intensive Care Units*, así como los términos libres *Perception* y *Experience*, combinados mediante los operadores booleanos OR y AND.

Para ilustrar la estrategia final, se presenta en la Figura 1 la búsqueda para el portal PubMed®. La estrategia de búsqueda ajustada para cada fuente de información puede encontrarse en el repositorio de datos SciELO Data (<https://doi.org/10.48331/scielodata.PDUSZX>). Se destaca que la concepción y el refinamiento de este delineamiento contaron con la colaboración de una bibliotecaria.

Fuente de información	Estrategia de búsqueda
PubMed®	((((((((((("Patient Discharge"[MeSH Terms])) OR ("Discharge, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Discharges, Patient"[MeSH Terms]))) OR ("Patient Discharges"[MeSH Terms])) OR ("Discharge Planning"[MeSH Terms])) OR ("Discharge Plannings"[MeSH Terms])) OR ("Planning, Discharge"[MeSH Terms])) OR ("Plannings, Discharge"[MeSH Terms])) OR ("Patient Discharge"[Title/Abstract])) OR ("Patient Discharges"[Title/Abstract])) OR ("Discharge Planning"[Title/Abstract])) OR ("Discharge Plannings"[Title/Abstract])) OR (((((((((((("Patient Participation"[MeSH Terms])) OR ("Participation, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Involvement"[MeSH Terms])) OR ("Involvement,

(continúa en la página siguiente...)

Fuente de información	Estrategia de búsqueda
PubMed®	<p>Patient"[MeSH Terms]) OR ("Patient Empowerment"[MeSH Terms])) OR ("Empowerment, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Participation Rates"[MeSH Terms]) OR ("Participation Rate, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Participation Rates, Patient"[MeSH Terms]) OR ("Patient Participation Rate"[MeSH Terms])) OR ("Patient Activation"[MeSH Terms])) OR ("Activation, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Engagement"[MeSH Terms])) OR ("Engagement, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Participation"[Title/Abstract])) OR ("Patient Involvement"[Title/Abstract])) OR ("Patient Empowerment"[Title/Abstract])) OR ("Patient Participation Rates"[Title/Abstract])) OR ("Patient Participation Rate"[Title/Abstract])) OR ("Patient Activation"[Title/Abstract])) OR ("Patient Engagement"[Title/Abstract])) OR (((((((((("Patient-Centered Care"[MeSH Terms]) OR ("Care, Patient-Centered"[MeSH Terms])) OR ("Patient Centered Care"[MeSH Terms])) OR ("Person-Centered Care"[MeSH Terms])) OR ("Care, Person-Centered"[MeSH Terms])) OR ("Cares, Person-Centered"[MeSH Terms])) OR ("Person Centered Care"[MeSH Terms])) OR ("Patient-Focused Care"[MeSH Terms])) OR ("Care, Patient-Focused"[MeSH Terms])) OR ("Patient Focused Care"[MeSH Terms])) OR ("Nursing, Patient-Centered"[MeSH Terms])) OR ("Nursing, Patient Centered"[MeSH Terms])) OR ("Patient-Centered Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Patient Centered Nursing"[MeSH Terms])) OR ("Patient-Centered Care"[Title/Abstract])) OR ("Patient Centered Care"[Title/Abstract])) OR ("Person-Centered Care"[Title/Abstract])) OR ("Person Centered Care"[Title/Abstract])) OR ("Patient-Focused Care"[Title/Abstract])) OR ("Patient Focused Care"[Title/Abstract])) OR ("Patient Centered Nursing"[Title/Abstract])) OR (((((((("Continuity of Patient Care"[MeSH Terms]) OR ("Care Continuity, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Care Continuity"[MeSH Terms])) OR ("Continuum of Care"[MeSH Terms])) OR ("Care Continuum"[MeSH Terms])) OR ("Continuity of Care"[MeSH Terms])) OR ("Care Continuity"[MeSH Terms])) OR ("Continuity of Patient Care"[Title/Abstract])) OR ("Patient Care Continuity"[Title/Abstract])) OR ("Continuum of Care"[Title/Abstract])) OR ("Care Continuum"[Title/Abstract])) OR ("Continuity of Care"[Title/Abstract])) OR ("Care Continuity"[Title/Abstract])) OR ("Transitional Care"[MeSH Terms]) OR (((((((("Transitional Care"[MeSH Terms]) OR ("Care, Transitional"[MeSH Terms])) OR ("Cares, Transitional"[MeSH Terms])) OR ("Transitional Care"[MeSH Terms])) OR ("Transition Care"[MeSH Terms])) OR ("Transition Cares"[MeSH Terms])) OR ("Transitional Care"[Title/Abstract])) OR ("Transitional Cares"[Title/Abstract])) OR ("Transition Care"[Title/Abstract])) OR ("Transition Cares"[Title/Abstract])) OR (((((((("Patient Transfer"[MeSH Terms]) OR ("Patient Transfers"[MeSH Terms])) OR ("Transfer, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Transfers, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Transition"[MeSH Terms])) OR ("Patient Transitions"[MeSH Terms])) OR ("Transition, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Transitions, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Care Transition"[MeSH Terms])) OR ("Care Transitions"[MeSH Terms])) OR ("Transition, Care"[MeSH Terms])) OR ("Transitions, Care"[MeSH Terms])) OR ("Transition of Care"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Transition"[MeSH Terms])) OR ("Care Transition, Health"[MeSH Terms])) OR ("Care Transitions, Health"[MeSH Terms])) OR ("Health Care Transitions"[MeSH Terms])) OR ("Transition, Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Transitions, Health Care"[MeSH Terms])) OR ("Patient Surfing"[MeSH Terms])) OR ("Patient Turfings"[MeSH Terms])) OR ("Turfing, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Turfings, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Dumping"[MeSH Terms])) OR ("Dumping, Patient"[MeSH Terms])) OR ("Patient Transfer"[Title/Abstract])) OR ("Patient Transfers"[Title/Abstract])) OR ("Patient Transition"[Title/Abstract])) OR ("Patient Transitions"[Title/Abstract])) OR ("Care Transition"[Title/Abstract])) OR ("Care Transitions"[Title/Abstract])) OR ("Health Care Transition"[Title/Abstract])) OR ("Health Care Transitions"[Title/Abstract])) OR ("Patient Surfing"[Title/Abstract])) OR ("Patient Turfings"[Title/Abstract])) OR ("Patient Dumping"[Title/Abstract])) OR ("Transition in care")) AND (((((("Critical Care"[MeSH Terms]) OR ("Care, Critical"[MeSH Terms])) OR ("Care, Intensive"[MeSH Terms])) OR ("Critical Care"[Title/Abstract])) OR ("Intensive Care"[Title/Abstract])) OR ("Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR ("Intensive Care Unit"[MeSH Terms])) OR ("Unit, Intensive Care"[MeSH Terms])) OR ("ICU Intensive Care Units"[MeSH Terms])) OR ("Intensive Care Units"[Title/Abstract])) OR ("Intensive Care Unit"[Title/Abstract])) OR ("ICU Intensive Care Units"[Title/Abstract])))) AND ((("Perception[Title/Abstract])) OR ("Experience[Title/Abstract]))</p>

Figura 1 – Estrategia de búsqueda para el portal PubMed®. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

## Selección de las fuentes de evidencia

Los hallazgos se cargaron en el gestor de referencias EndNote Web para la eliminación automática de duplicados. A continuación, se utilizó el software Rayyan para dar continuidad al proceso, aún con la exclusión manual de los trabajos duplicados.

Los títulos y los resúmenes fueron evaluados por dos revisoras de forma ciega e independiente para la selección en relación con los criterios de elegibilidad especificados. Cualesquiera desacuerdos entre las revisoras durante la selección fueron resueltos por consenso. Cuando no fue posible un acuerdo, se consultó a una tercera investigadora para la decisión final.

## Extracción de los datos

El texto completo de los registros seleccionados fue evaluado detalladamente por dos investigadoras independientes. Se elaboró por las autoras una ficha de extracción de datos, que contenía los siguientes ítems: autor(es), título, periódico, año, volumen, número, página(s), *digital object identifier* o enlace de acceso, país donde se realizó el trabajo, tipo de publicación, objetivo(s), criterio(s) de inclusión y de exclusión, muestra, recolección y análisis de los datos, resultados principales, etapas para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización y evidencia(s) identificada(s) a partir de la lista de referencias.

Dos investigadoras se familiarizaron con la ficha en una prueba piloto, es decir, al menos dos fuentes fueron consultadas para garantizar la adecuación del formulario al propósito de esta investigación.

Los datos fueron extraídos por una revisora y una segunda investigadora verificó la información recabada. Cualquier desacuerdo entre las investigadoras fue evaluado por una tercera revisora.

### Tratamiento y análisis de los datos

La síntesis de los datos extraídos se organizó en forma de figuras y análisis descriptivo, buscando la alineación con el objetivo y con la pregunta de investigación. Además, se desarrolló un análisis de contenido cualitativo básico, empleando enfoque deductivo<sup>(20)</sup>, para categorizar las experiencias de los pacientes y sus familiares conforme a las etapas para la transición del cuidado entre terapia

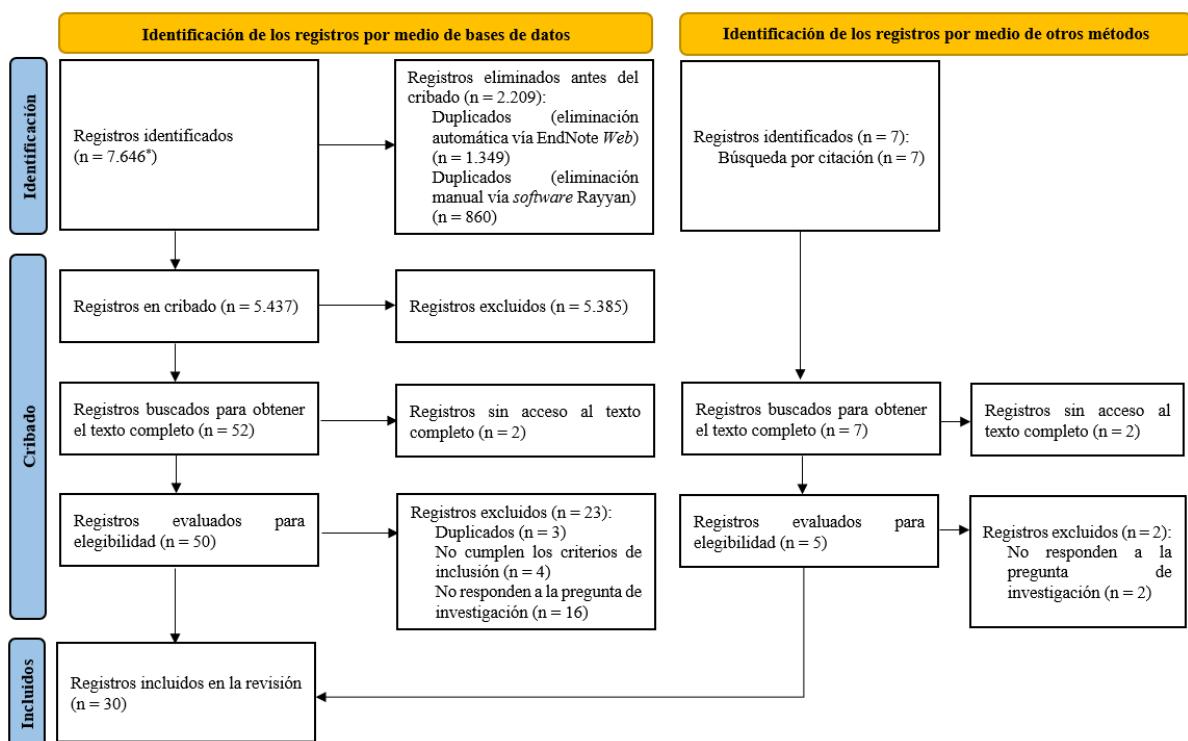
intensiva y unidad de hospitalización, a saber: evaluación, planificación, ejecución y acompañamiento<sup>(8)</sup>.

### Aspectos éticos

Al tratarse de una revisión basada en datos secundarios, de dominio público y disponibles en la literatura, la evaluación ética es prescindible. No obstante, se destaca que se respetaron los derechos de autor con las debidas citas y referencias de los estudios consultados.

### Resultados

La búsqueda en las bases de datos identificó 7.646 registros y otros siete fueron considerados potencialmente elegibles a partir de las listas de referencias de las fuentes seleccionadas, permaneciendo 30 estudios en la muestra final, conforme se ilustra en la Figura 2.



\*PubMed® (n = 1.328); Biblioteca Virtual en Salud (n = 878); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (n = 1.374); Cochrane Database of Systematic Reviews (n = 138); Embase (n = 1.555); Scopus (n = 1.817); Web of Science (n = 505); Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (n = 13); Networked Digital Library of Theses and Dissertations (n = 38)

Figura 2 – Diagrama de Flujo PRISMA<sup>(21)</sup>. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Las características de los registros incluidos, según año, país, tipo de estudio, objetivo(s) y muestra, se encuentran resumidas en la Figura 3.

Autor(es), año	País	Tipo de estudio	Objetivo(s)	Muestra
Leith, 1999 <sup>(22)</sup>	Canadá	Cualitativo	Describir las percepciones del paciente y sus familiares sobre la transferencia desde una UCI*.	Pacientes (n = 53) y familiares (n = 35)
Odell, 2000 <sup>(23)</sup>	Inglaterra	Cualitativo	Analizar cómo se sienten los pacientes al ser transferidos de la UCI* a la UH† tras la recuperación de una enfermedad o lesión crítica.	Pacientes (n = 6)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Autor(es), año	País	Tipo de estudio	Objetivo(s)	Muestra
McKinney, et al., 2002 <sup>(24)</sup>	Irlanda del Norte	Cualitativo	Explorar la experiencia vivida por los pacientes en la transferencia de la UCI* a la UH†.	Pacientes (n = 6)
Chaboyer, et al., 2005 <sup>(25)</sup>	Australia	Cualitativo	Explorar las percepciones individuales y colectivas de un grupo de pacientes y sus familiares sobre la transferencia desde la UCI*.	Pacientes (n = 7) y familiares (n = 6)
Strahan, et al., 2005 <sup>(26)</sup>	Irlanda del Norte	Cualitativo	Explorar y describir las experiencias vividas por los pacientes después de su transferencia desde la UCI*.	Pacientes (n = 10)
Field, et al., 2008 <sup>(27)</sup>	Inglaterra	Cualitativo	Explorar y examinar los relatos de pacientes de UCI* para identificar causas adicionales de estrés por reubicación.	Pacientes (n = 34)
Bench, et al., 2010 <sup>(28)</sup>	Inglaterra	Metasíntesis	Identificar los factores más significativos que impactan la experiencia del paciente en el progreso y la recuperación de una enfermedad crítica durante el primer mes tras el alta de la UCI*, y discutir esos factores en relación con el desarrollo de estrategias eficaces de apoyo al alta de la UCI*.	Registros (n = 10) que contemplan pacientes y familiares
Bench, et al., 2011 <sup>(29)</sup>	Inglaterra	Cualitativo	Recabar la opinión de pacientes, familiares y profesionales de la salud sobre los métodos más eficaces de proporcionar información sobre el alta de la UCI*, el contenido de la información necesaria, los beneficios y limitaciones de la información existente y las posibles implicaciones en términos de recursos.	Pacientes (n = 11), familiares (n = 8) y profesionales de la salud (n = 23)
Forsberg, et al., 2011 <sup>(30)</sup>	Suecia	Cualitativo	Describir las experiencias de las personas que recibieron cuidados en la UCI* y fueron transferidas a una UH†.	Pacientes (n = 10)
Calatayud, et al., 2013 <sup>(31)</sup>	España	Revisión bibliográfica	Identificar, explorar y presentar críticamente las evidencias existentes sobre cómo los pacientes, familiares y profesionales de enfermería experimentan el proceso de transición de la UCI* a la UH†, y analizar las posibles intervenciones existentes para el desarrollo de un proceso de transición óptimo.	Registros (n = 23) que contemplan pacientes y familiares
Cullinane, et al., 2013 <sup>(32)</sup>	Inglaterra	Revisión de literatura	Analizar las evidencias sobre la transferencia de pacientes desde la UCI* a la UH†.	Registros (n = 8) que contemplan pacientes y familiares
Cypress, 2013 <sup>(33)</sup>	Estados Unidos	Revisión de literatura	Revisar sistemáticamente los efectos de la transferencia o del alta de la UCI* hacia unidades de hospitalización médica-quirúrgicas en pacientes adultos gravemente enfermos, sus familiares y enfermeros.	Registros (n = 27) que contemplan pacientes, familiares y profesionales de la salud
Häggström, et al., 2014 <sup>(34)</sup>	Suecia	Método mixto	Investigar la percepción de los familiares sobre la calidad del cuidado durante el proceso de transferencia de un paciente desde una UCI* a una UH†.	Familiares (n = 65)
Ramsay, et al., 2014 <sup>(35)</sup>	Escocia	Método mixto	Explorar las necesidades psicosociales de los pacientes que reciben el alta de la UCI*, en la medida en que estas son captadas utilizando la teoría de las transiciones y el potencial desarrollo del papel de los servicios de proximidad, acompañamiento y enlace de cuidados intensivos.	Pacientes (n = 20)
Gill, et al., 2016 <sup>(36)</sup>	Canadá	Cualitativo	Explorar las experiencias y perspectivas de los pacientes y de sus familias sobre los cuidados en la UCI* sin la influencia indebida de los proveedores de cuidados o de los investigadores "tradicionales".	Pacientes y familiares (n = 32)
Stelfox, et al., 2017 <sup>(37)</sup>	Canadá	Cualitativo	Comprender los procedimientos actuales de transferencia y las experiencias de los pacientes y de los profesionales (médicos y enfermeros de la UCI* y de la UH†), en una visión de 360 grados, sobre la transferencia de la UCI* a la UH†, con el fin de informar recomendaciones para mejorar los cuidados	Pacientes (n = 451)
Antonio, et al., 2018 <sup>(38)</sup>	Brasil	Cualitativo	Comprender, desde la perspectiva de los acompañantes, la transición de los pacientes que recibieron el alta de las UCI*.	Familiares (n = 30)
de Grood, et al., 2018 <sup>(39)</sup>	Canadá	Cualitativo	Evaluar las perspectivas de los pacientes y de los proveedores de cuidados sobre barreras y facilitadores para transferencias de alta calidad y recomendaciones para mejorar el proceso de transferencia.	Pacientes, familiares y profesionales de la salud (n = 35)

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Autor(es), año	País	Tipo de estudio	Objetivo(s)	Muestra
Koilor, et al., 2018 <sup>(40)</sup>	Estados Unidos	Cualitativo	Caracterizar la experiencia familiar inicial de recuperación de enfermedad crítica traumática.	Familiares (n = 13)
King, et al., 2019 <sup>(41)</sup>	Canadá	Revisión de alcance	Describir qué tipos de apoyo necesitan los pacientes después del alta de la UCI* y de qué forma las necesidades de apoyo difieren a lo largo del <i>continuum</i> de recuperación (desde el alta de la UCI* hasta la recuperación a largo plazo basada en la comunidad).	Registros (n = 32) que contemplan pacientes
Herling, et al., 2020 <sup>(42)</sup>	Dinamarca	Cualitativo	Explorar las experiencias de pacientes de la UCI* y sus familiares durante la transición a la UH†, con el fin de encontrar formas de apoyarlos durante el proceso de transición.	Pacientes (n = 10) y familiares (n = 4)
Op 't Hoog, et al., 2020 <sup>(43)</sup>	Holanda	Cualitativo	Obtener una comprensión más profunda de las experiencias y necesidades de los familiares de pacientes de UCI* durante la transición de la UCI* a una UH†.	Familiares (n = 13)
Ghorbanzadeh, et al., 2021 <sup>(44)</sup>	Irán	Cualitativo	Investigar la comprensión y los desafíos que enfrentan los pacientes durante su proceso de transición desde la UCI*.	Pacientes y familiares (n = 8) y profesionales de la salud (n = 14)
Lee, et al., 2021 <sup>(45)</sup>	Corea del Sur	Cualitativo	Obtener una comprensión profunda de la experiencia de transferencia de pacientes de UCI* en Corea del Sur mediante un análisis fenomenológico.	Pacientes (n = 15)
Cuzco, et al., 2022 <sup>(46)</sup>	España	Cualitativo	Describir la experiencia de los pacientes durante la transición de la UCI* a la UH†.	Pacientes (n = 48)
Zhan, et al., 2022 <sup>(47)</sup>	China	Cualitativo	Explorar las experiencias y necesidades de los cuidadores familiares en relación con los cuidados de transición durante la transferencia desde una UCI* a una UH†.	Familiares (n = 15)
Cuzco, et al., 2023 <sup>(48)</sup>	España	Cualitativo	Explorar las características de la transición de la UCI* a la UH† a partir de la experiencia vivida por el paciente, e identificar la terapéutica de enfermería durante la transferencia de los pacientes de la UCI* a la UH†.	Pacientes (n = 48)
Gullberg, et al., 2023 <sup>(49)</sup>	Suecia	Cualitativo	Describir las experiencias de los pacientes en la preparación para la transferencia desde una UCI* a una UH†.	Pacientes (n = 14)
Pastor, et al., 2023 <sup>(50)</sup>	España	Cualitativo	Conocer los sentimientos y emociones que emergen de la experiencia de alta de una UCI*, e identificar los factores que desencadenan bienestar y malestar emocional en los pacientes.	Pacientes (n = 20)
Meiring-Noordstra, et al., 2024 <sup>(51)</sup>	Holanda	Cualitativo	Explorar las experiencias de familiares de pacientes internados en UCI* con cuadro agudo en la transición de la UCI* a una UH† y luego al hogar.	Familiares (n = 12)

\*UCI = Unidad de Cuidados Intensivos; †UH = Unidad de Hospitalización

Figura 3 – Caracterización de los estudios incluidos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2024

Se identificaron publicaciones de 1999 a 2024, destacándose los años 2023 (n = 4), 2018 (n = 3) y 2013 (n = 3). En cuanto a la procedencia, se evidencian estudios conducidos por investigadores del Reino Unido (n = 7), de Canadá (n = 5) y de España (n = 4). En cuanto al tipo de estudio, los autores desarrollaron mayoritariamente investigaciones primarias cualitativas (n = 21) para abordar la temática, contemplando como población prevalente de interés a los pacientes (n = 13), seguida de la diáda (pacientes y familiares) (n = 7) y solo familiares (n = 6). Los estudios incluidos fueron conducidos predominantemente por autores con formación en enfermería y medicina, abarcando profesionales asistenciales, gestores, docentes e investigadores.

Los procedimientos de recolección de datos de los estudios incluidos se realizaron en momentos

distintos: en la unidad de hospitalización tras el alta de la UCI, pudiendo variar de uno a siete días posteriores a la transferencia<sup>(23-24,26,37,40,42-43,45-48)</sup>; y en el domicilio, por contacto telefónico, videollamada o en el retorno a la institución según combinación, de meses<sup>(25,28,30,35,40,42,49,51)</sup> a años<sup>(27,29,36)</sup> después del alta hospitalaria.

Las experiencias de los pacientes y sus familiares, retratadas en las publicaciones mapeadas, categorizadas conforme las etapas para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización, están representadas en la Figura 4. Una visión general completa de las experiencias está disponible en el repositorio de datos SciELO Data (<https://doi.org/10.48331/scielodata.PDUSZX>).



\*UH = Unidad de Hospitalización; †UCI = Unidad de Cuidados Intensivos

Figura 4 – Experiencias de pacientes y familiares en la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización. Porto Alegre, RS, Brasil, 2025

## Discusión

Las experiencias de los pacientes y sus familiares fueron categorizadas, de forma innovadora, a la luz de las etapas descritas para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización: evaluación para el alta, planificación del alta, ejecución del alta y acompañamiento tras el alta<sup>(8)</sup>. Esta estructura analítica permitió identificar puntos críticos y recurrentes del proceso, destacando la transición como una fase sensible de la hospitalización, marcada por elevada carga emocional y por brechas informacionales transversales a todas las etapas. La ausencia de preparación adecuada para el alta, asociada a deficiencias en la comunicación entre las unidades, se revela como factor que dificulta la continuidad del cuidado y la adaptación de los individuos al nuevo entorno.

Los hallazgos de esta revisión contribuyen a la sistematización de evidencias que otorgan voz a los propios individuos que vivencian la transición, revelando un escenario persistente de fragilidades aún poco superadas: a lo largo de más de dos décadas, predominaron experiencias negativas de pacientes y familiares en ese contexto. Además, los hallazgos señalan direcciones promisorias para investigaciones futuras, orientadas al profundizamiento de la comprensión de las demandas específicas de los individuos, así como a la evaluación del impacto de sus experiencias en la recuperación y en la continuidad del cuidado.

Pacientes y familiares experimentan una transición situacional y organizacional. Situacional, pues vivencian una transición salud-enfermedad desde la admisión, diagnóstico crítico, recuperación y alta de la terapia intensiva; y organizacional, al transitar entre dos unidades con configuraciones distintas, inherentes a sus respectivos niveles asistenciales. Esta transición, por sí sola, expone al individuo a una situación de vulnerabilidad<sup>(1,52)</sup>.

En la etapa de evaluación para el alta, se observa un movimiento creciente entre los profesionales hacia el establecimiento de criterios objetivos para esa decisión, fundamentados en la estabilidad orgánica del individuo y en la capacidad de la unidad receptora. Sin embargo, la visión del paciente y de la familia es poco debatida<sup>(12,53-54)</sup>, corroborando las manifestaciones de falta de involucramiento y distanciamiento respecto de la decisión tomada por el profesional. A diferencia del contexto de alta hospitalaria, que ya cuenta con un instrumento validado y traducido a diversos idiomas para evaluar la preparación en la percepción del paciente<sup>(55-56)</sup>.

Los pacientes críticos generalmente pierden autonomía y se encuentran en una situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. El conocimiento y la preparación para el cambio facilitan el empoderamiento del individuo para adaptarse al nuevo contexto y retomar su independencia. La educación en salud se encuentra entre las principales intervenciones

de enfermería en ese proceso de transición<sup>(57-58)</sup>. Trabajos que involucran el desarrollo de un modelo<sup>(59)</sup> o de un paquete de medidas<sup>(60)</sup> para la transición del cuidado en el alta de la UCI consideran la información como facilitadora de ese proceso, en la medida en que capacita, proporciona herramientas para una participación más activa y promueve relaciones colaborativas.

El intercambio de informaciones graduales, repetidas y apoyadas por material escrito y espacios de escucha para el esclarecimiento de dudas, conducidos de forma respetuosa, son pilares de transiciones exitosas<sup>(8,61-62)</sup>. Se relatan iniciativas para involucrar y capacitar a los individuos para el alta de la UCI<sup>(63-64)</sup>, para la educación centrada en la familia<sup>(65)</sup> y para los cuidados después de ese momento crítico<sup>(66)</sup>. Sin embargo, en consonancia con los resultados encontrados en esta revisión, otras investigaciones señalan que pacientes y familiares son frecuentemente excluidos de la planificación del alta, recibiendo informaciones insuficientes y divergentes, con términos técnicos y poco tiempo dedicado a esa actividad<sup>(6,8)</sup>.

El intervalo de tiempo ideal para esa planificación aún es desconocido, pero se han considerado por profesionales y gestores de cuidados intensivos<sup>(12)</sup> períodos inferiores a seis horas y superiores a 48 horas. No obstante, la presión por la disponibilidad de camas<sup>(67-68)</sup>, aliada a la elevada carga de trabajo<sup>(69)</sup>, con frecuencia crea un entorno agitado de tal forma que las oportunidades instructivas, muchas veces, son menospreciadas<sup>(6,69)</sup>.

Las experiencias de los pacientes y sus familiares fueron categorizadas, de forma innovadora, a la luz de las etapas descritas para la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización: evaluación para el alta, planificación del alta, ejecución del alta y acompañamiento tras el alta<sup>(8)</sup>. Esta estructura analítica permitió identificar puntos críticos y recurrentes del proceso, destacando la transición como una fase sensible de la hospitalización, marcada por elevada carga emocional y por brechas informacionales transversales a todas las etapas. La ausencia de preparación adecuada para el alta, asociada a deficiencias en la comunicación entre las unidades, se revela como factor que dificulta la continuidad del cuidado y la adaptación de los individuos al nuevo entorno.

Los hallazgos de esta revisión contribuyen a la sistematización de evidencias que otorgan voz a los propios individuos que vivencian la transición, revelando un escenario persistente de fragilidades aún poco superadas: a lo largo de más de dos décadas, predominaron experiencias negativas de pacientes y familiares en ese contexto. Además, los hallazgos señalan direcciones promisorias para investigaciones futuras, orientadas al profundizamiento de la comprensión de las demandas específicas de los individuos, así como

a la evaluación del impacto de sus experiencias en la recuperación y en la continuidad del cuidado.

Pacientes y familiares experimentan una transición situacional y organizacional. Situacional, pues vivencian una transición salud-enfermedad desde la admisión, diagnóstico crítico, recuperación y alta de la terapia intensiva; y organizacional, al transitar entre dos unidades con configuraciones distintas, inherentes a sus respectivos niveles asistenciales. Esta transición, por sí sola, expone al individuo a una situación de vulnerabilidad<sup>(1,52)</sup>.

En la etapa de evaluación para el alta, se observa un movimiento creciente entre los profesionales hacia el establecimiento de criterios objetivos para esa decisión, fundamentados en la estabilidad orgánica del individuo y en la capacidad de la unidad receptora. Sin embargo, la visión del paciente y de la familia es poco debatida<sup>(12,53-54)</sup>, corroborando las manifestaciones de falta de involucramiento y distanciamiento respecto de la decisión tomada por el profesional. A diferencia del contexto de alta hospitalaria, que ya cuenta con un instrumento validado y traducido a diversos idiomas para evaluar la preparación en la percepción del paciente<sup>(55-56)</sup>.

Los pacientes críticos generalmente pierden autonomía y se encuentran en una situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. El conocimiento y la preparación para el cambio facilitan el empoderamiento del individuo para adaptarse al nuevo contexto y retomar su independencia. La educación en salud se encuentra entre las principales intervenciones de enfermería en ese proceso de transición<sup>(57-58)</sup>. Trabajos que involucran el desarrollo de un modelo<sup>(59)</sup> o de un paquete de medidas<sup>(60)</sup> para la transición del cuidado en el alta de la UCI consideran la información como facilitadora de ese proceso, en la medida en que capacita, proporciona herramientas para una participación más activa y promueve relaciones colaborativas.

El intercambio de informaciones graduales, repetidas y apoyadas por material escrito y espacios de escucha para el esclarecimiento de dudas, conducidos de forma respetuosa, son pilares de transiciones exitosas<sup>(8,61-62)</sup>. Se relatan iniciativas para involucrar y capacitar a los individuos para el alta de la UCI<sup>(63-64)</sup>, para la educación centrada en la familia<sup>(65)</sup> y para los cuidados después de ese momento crítico<sup>(66)</sup>. Sin embargo, en consonancia con los resultados encontrados en esta revisión, otras investigaciones señalan que pacientes y familiares son frecuentemente excluidos de la planificación del alta, recibiendo informaciones insuficientes y divergentes, con términos técnicos y poco tiempo dedicado a esa actividad<sup>(6,8)</sup>.

El intervalo de tiempo ideal para esa planificación aún es desconocido, pero se han considerado por profesionales y gestores de cuidados intensivos<sup>(12)</sup> períodos inferiores a

seis horas y superiores a 48 horas. No obstante, la presión por la disponibilidad de camas<sup>(67-68)</sup>, aliada a la elevada carga de trabajo<sup>(69)</sup>, con frecuencia crea un entorno agitado de tal forma que las oportunidades instructivas, muchas veces, son menospreciadas<sup>(6,69)</sup>.

Las barreras de comunicación y la preparación inadecuada son factores relacionados con el diagnóstico de enfermería "síndrome de estrés por reubicación", definido como una alteración fisiológica y/o psicosocial asociada a la transferencia de un entorno a otro, caracterizada, entre otros, por preocupación, inseguridad, ansiedad y miedo<sup>(70)</sup>, sentimientos consistentemente mencionados en la muestra seleccionada. Investigadores validaron una herramienta de autoinforme para evaluar el estrés por reubicación en pacientes tras la transferencia de la UCI, con el propósito de identificar problemas psicológicos durante el cambio y auxiliar a los profesionales en la elaboración de cuidados centrados en la persona, con vistas a minimizar las perturbaciones asociadas al período de transición<sup>(71)</sup>.

La transferencia de cuidados a pie de cama para la ejecución del alta<sup>(69,72)</sup> fue identificada como experiencia positiva por pacientes y familiares y viene siendo referida como estrategia favorable para la transición del cuidado. En contrapartida, los retrasos debidos a la indisponibilidad de camas en la unidad de hospitalización<sup>(73-75)</sup>, transferencias en fines de semana<sup>(75-77)</sup>, en los cambios de turno<sup>(77)</sup> o nocturnas<sup>(77-78)</sup> contribuyeron a la insatisfacción de los individuos y se han asociado a desenlaces negativos.

En cuanto a la comunicación entre los equipos de la UCI y de la unidad de hospitalización, tanto los profesionales<sup>(79)</sup> como los pacientes y familiares señalaron fragilidades en ese proceso. Los estudios muestran que, a pesar de las orientaciones, la comunicación carece de estandarización y, comúnmente, los datos transmitidos quedan a criterio de los profesionales de la UCI<sup>(8,80-82)</sup>. La literatura también resalta que las prácticas actuales están por debajo de lo ideal, con discrepancias entre la información transmitida por el equipo intensivista y las necesidades de quienes la reciben en la unidad de hospitalización<sup>(8,69,77,80,82)</sup>.

Los profesionales de la UCI frecuentemente sobreestiman la capacidad del equipo receptor<sup>(13-14,79,82)</sup>, que, a su vez, percibe esa transición como una gran responsabilidad. Esta percepción se intensifica por la recepción de pacientes inestables, con historiales complejos, tratamientos poco claros, transferidos precozmente y con preparación insuficiente para abandonar de forma segura el entorno de la terapia intensiva. El desafío se torna aún mayor cuando el equipo receptor se siente inexperto o carece de cualificación para atender ese perfil de paciente<sup>(67,69)</sup>, fragilidad percibida tanto por los pacientes como por los familiares. Enfermeros de unidades de hospitalización

sugirieron como estrategias de mejora el contacto previo con enfermeros intensivistas para el intercambio de información y la posibilidad de realizar un período en la UCI para observar los procedimientos efectuados y profundizar la comprensión sobre el cuidado crítico<sup>(67)</sup>. Esta práctica también beneficia a pacientes y familiares al posibilitar un primer contacto con los profesionales del equipo receptor, antes de la transferencia, favoreciendo la continuidad y la humanización del cuidado<sup>(83)</sup>.

Entre las publicaciones analizadas, la reducción abrupta y mal comunicada del cuidado asistencial destacó como una experiencia estresante. Cuando no hay orientación sobre las diferencias esperadas en la intensidad del soporte entre las unidades, la percepción del individuo puede distorsionarse, llevando a comparaciones irreales. Además, existe un desajuste entre la dependencia de los cuidados intensivos recibidos en la UCI y la necesidad de autosuficiencia para ejecutar las mismas tareas en la unidad de hospitalización, sin tiempo suficiente para esa adaptación. Los familiares frecuentemente relatan, como adversidades relacionadas con el alta de la terapia intensiva, la pérdida de información, la reducción en el monitoreo y la sensación de transferencia precoz<sup>(11)</sup>. Para mejorar la calidad de la transición y garantizar la seguridad del paciente, es fundamental implementar prácticas como la reducción gradual del nivel de cuidado todavía en la UCI, incluyendo el retiro de dispositivos invasivos innecesarios, la retirada progresiva de la monitorización multiparamétrica y la evaluación de la movilidad<sup>(6,84-85)</sup>.

Asimismo, la presencia y el involucramiento de la familia son imprescindibles en el proceso de alta de la UCI. Muchos individuos vivencian el alta de la terapia intensiva con nivel y/o contenido de conciencia alterados, con déficit cognitivo y/o de comunicación importante o dependientes para actividades básicas de la vida diaria, y los familiares actúan como un vínculo de soporte emocional e informacional, ayudando a su adecuación a la nueva fase de recuperación y, en múltiples ocasiones, asumiendo papeles decisarios en relación con conductas y tratamientos<sup>(6,8,86)</sup>. Buscan activamente ser reconocidos como parte esencial en el cuidado de su familiar<sup>(87)</sup>.

Programas de seguimiento tras el alta de la UCI han sido implementados de diversas formas. Equipos de transición del cuidado monitorizan al paciente en la unidad de hospitalización por al menos 24 horas después del alta de la terapia intensiva<sup>(88-90)</sup>, mientras que servicios de enfermería de enlace realizan actividades orientadas a la seguridad, manejo de vías aéreas, prevención de infecciones y caídas, cuidados de la piel y educación y soporte a pacientes y familiares<sup>(91-92)</sup>. Aunque revisiones sistemáticas y metaanálisis indican evidencias limitadas sobre la efectividad de estas intervenciones en la reducción

de readmisiones y mortalidad<sup>(93-94)</sup>, los familiares informaron que sus necesidades fueron atendidas y consideran valiosa la actuación de los enfermeros de enlace, especialmente por el soporte ofrecido durante la transición<sup>(95)</sup>.

Un estudio destacó los beneficios de un Grupo de Cuidados Posintensivos, en el cual enfermeros de la UCI ofrecieron cuidados adicionales a los pacientes más vulnerables en la unidad de hospitalización. Estos cuidados se dirigieron a las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes, incluyendo visitas más frecuentes, cuando fuese necesario, lo que promovió mayor confianza y reducción de la ansiedad tanto en los pacientes como en sus familiares. Las principales actividades del grupo se concentraron en la prevención, con la detección precoz de señales de deterioro, la mitigación de eventos adversos y la promoción del intercambio de conocimientos entre los equipos, con foco en el mejor interés del paciente<sup>(96)</sup>.

Adicionalmente, los 30 estudios analizados fueron publicados de manera equilibrada a lo largo del tiempo y conducidos por distintos perfiles profesionales, actuantes en la asistencia, gestión, docencia e investigación. Esta distribución evidencia una demanda constante de producción de conocimiento sobre el tema, así como el interés compartido entre distintos segmentos de la práctica y de la ciencia por comprender y cualificar este proceso. Aunque la predominancia recae en autores de enfermería y medicina, la complejidad del fenómeno investigado exige abordajes integrados y el desarrollo de estudios futuros que incorporen la perspectiva del equipo multidisciplinario.

Más de la mitad de los estudios fueron desarrollados en el continente europeo, lo que refleja una concentración de la producción científica en pocos países y resalta la necesidad de explorar esta temática en otras realidades. Revisiones de alcance que abordaron la transición del cuidado entre UCI y unidad de hospitalización, de pacientes adultos<sup>(6)</sup> y de neonatales, pediátricos y adultos<sup>(8)</sup>, también señalaron a Europa y América del Norte como los principales orígenes de la mayoría de las publicaciones incluidas.

Otro tópico relevante sobre las características de los estudios es la variabilidad en los períodos de recolección de datos adoptados por los investigadores. No se describe el intervalo de tiempo ideal; al parecer, los autores consideran períodos clave para captar impresiones de interés contextuales. Por ejemplo, para comprender cómo los pacientes y sus familias vivencian el entorno de la terapia intensiva y su impacto en la recuperación, los datos fueron recolectados en la primera semana tras el alta de la UCI<sup>(97)</sup>; ya para investigar los efectos de la realidad virtual en la salud mental, en la calidad percibida y en la satisfacción después del tratamiento intensivo entre sobrevivientes de COVID-19, la información fue recolectada hasta seis meses después del alta hospitalaria<sup>(98)</sup>.

Entre las limitaciones de esta revisión de alcance se encuentran la restricción de idioma y la inaccesibilidad al texto completo de cuatro registros, lo que puede haber resultado en una muestra incompleta y menos representativa. Igualmente, aunque la extracción de datos fue realizada de forma sistemática por dos revisoras, es posible que no haya sido totalmente precisa y exhaustiva.

Esta revisión contribuye al avance del conocimiento científico para el área de salud y de enfermería al reunir evidencias provenientes de diferentes contextos y temporalidades y ampliar la visibilidad de las etapas de la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización desde la perspectiva de pacientes y familiares. La representación creada (Figura 4) puede subsidiar actividades de educación permanente en salud, al sintetizar y operacionalizar el conocimiento disponible, con énfasis en las fragilidades identificadas en cada etapa del proceso. Los hallazgos implican la necesidad de perfeccionar las estrategias actualmente adoptadas, mediante intervenciones estructuradas y oportunas, con miras a cualificar la continuidad asistencial y reducir las experiencias negativas aún recurrentes a lo largo de esa trayectoria.

## Conclusión

La transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización es un proceso complejo y multifacético, frecuentemente asociado a desafíos que afectan a pacientes, familiares y equipos asistenciales. Las experiencias descritas en las publicaciones mapeadas destacan ese momento como un evento significativo de la hospitalización, a menudo acompañado de impacto emocional. La falta de información fue identificada en todas las etapas del proceso, con relatos recurrentes de falta de preparación y percepciones de abandono, especialmente en casos de transferencia repentina. Además, la comunicación inadecuada entre las partes involucradas resultó en desajustes asistenciales, dificultando la adaptación de los individuos y comprometiendo la transición.

En este contexto, la educación en salud se destaca como una de las principales intervenciones de enfermería para reducir las brechas identificadas. Ofrecer informaciones claras y oportunas, explicar las diferencias esperadas entre los niveles asistenciales y adoptar una comunicación estructurada son estrategias primordiales. Se reafirma, como contribución relevante de esta revisión, la categorización de las experiencias de pacientes y familiares entre las etapas de la transición del cuidado entre terapia intensiva y unidad de hospitalización, la cual proporciona una visualización clara y accesible de los principales puntos críticos del proceso. Esta sistematización podrá emplearse como recurso estratégico

en actividades de educación permanente en salud, al fomentar la traducción del conocimiento en la práctica e indicar aspectos que demandan atención en cada etapa.

Asimismo, es esencial promover una cultura organizacional con responsabilidades claramente definidas entre las categorías profesionales involucradas en la preparación del paciente y de la familia. Este enfoque debe sustituir prácticas aisladas y minimizar la dependencia de acciones subjetivas, fortaleciendo un entorno de cuidado colaborativo.

Avanzar en la comprensión de este tema exige el desarrollo de estrategias basadas en evidencias, incluyendo modelos integrados de transición con comunicación estandarizada, programas educativos para preparar a pacientes y familiares antes de la transferencia e instrumentos validados para medir percepciones sobre preparación, satisfacción y seguridad durante el proceso. Las investigaciones futuras pueden contribuir a identificar prácticas que promuevan autonomía, empoderamiento y seguridad y a comprender mejor el impacto de la transición del cuidado en las experiencias vividas. De esta forma, será posible no solo reducir el estrés y la vulnerabilidad asociados a ese momento, sino también garantizar una atención equitativa, eficiente y centrada en la persona.

## Agradecimientos

Las autoras agradecen la contribución de *Linear Comunicação Visual Científica* (linear.ilustra@gmail.com) en la creación de la Figura 4 presentada en este artículo.

## Referencias

1. Meleis AI. Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investig Enferm*. 2019;21(1). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
2. Wolf JA. Human Experience 2030: A Vision for the Future of Healthcare. The Beryl Institute [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 18]:1-22. Available from: <https://theberylinstitute.org/wp-content/uploads/2024/03/FutureofHX2030.pdf>
3. Santos JLP, Pedreira LC, Amaral JB, Silva VA, Pereira A, Aguiar ACSA. Adaptation of long-lived elders at home after hospitalization in the intensive care unit and hospital discharge. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180286. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0286>
4. Acosta AM, Lima MADS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm*. 2020;41(esp):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
5. Santos MT, Halberstadt BMK, Trindade CRP, Lima MADS, Aued GK. Continuity and coordination of care: conceptual interface and nurses' contributions. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220100. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0100en>
6. Hervé MEW, Zucatti PB, Lima MADS. Transition of care at discharge from the Intensive Care Unit: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3325. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>
7. Sauro KM, Soo A, Grood C, Yang MMH, Wierstra B, Benoit L, et al. Adverse Events After Transition From ICU to Hospital Ward: A Multicenter Cohort Study. *Crit Care Med*. 2020;48(7):946-53. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004327>
8. Plotnikoff KM, Krewulak KD, Hernández L, Spence K, Foster N, Longmore S, et al. Patient discharge from intensive care: an updated scoping review to identify tools and practices to inform high-quality care. *Crit Care*. 2021;25(1):438. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03857-2>
9. Vollam S, Gustafson O, Young JD, Attwood B, Keating L, Watkinson P. Problems in care and avoidability of death after discharge from intensive care: a multi-centre retrospective case record review study. *Crit Care*. 2021;25(1):10. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-03420-5>
10. Rosen JE, Bulger EM, Cuschieri J. Respiratory events after intensive care unit discharge in trauma patients: Epidemiology, outcomes, and risk factors. *J Trauma Acute Care Surg*. 2022;92(1):28-37. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003362>
11. Ågård AS, Hofhuis JGM, Koopmans M, Gerritsen RT, Spronk PE, Engelberg RA, et al. Identifying improvement opportunities for patient- and family-centered care in the ICU: Using qualitative methods to understand family perspectives. *J Crit Care*. 2019;49:33-7. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.10.008>
12. Hiller M, Burisch C, Wittmann M, Bracht H, Kaltwasser A, Bakker J. The current state of intensive care unit discharge practices - Results of an international survey study. *Front Med*. 2024;11:1377902. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1377902>
13. Nikolaisen MK, Fridh S, Olsen BF. Patient transfer from intensive care units to general wards: An exploratory qualitative study of ward nurses' experiences of patient safety. *Nurs Open*. 2023;10(10):6769-76. <https://doi.org/10.1002/nop2.1923>
14. Yau YC, Christensen M. Hong Kong general ward nurses' experiences of transitional care for patients discharged from the intensive care unit: An inductive thematic analysis. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;79:103479. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103479>
15. Thurston LM, Milnes SL, Hodgson CL, Berkovic DE, Ayton DR, Iwashyna TJ, et al. Defining patient-centered recovery after critical illness - A qualitative study. *J Crit Care*. 2020;57:84-90. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.028>
16. Calkins K, Kako P, Guttormson J. Patients' experiences of recovery: Beyond the intensive care unit and into the

- community. *J Adv Nurs.* 2021;77(4):1867-77. <https://doi.org/10.1111/jan.14729>
17. O'Neill B, Green N, Blackwood B, McAuley D, Moran F, MacCormac N, et al. Recovery following discharge from intensive care: What do patients think is helpful and what services are missing? *PLoS One.* 2024;19(3):e0297012. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0297012>
  18. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JB1 Manual for Evidence Synthesis.* Adelaide: JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
  19. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169:467-73. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
  20. Pollock D, Peters MDJ, Khalil H, McInerney P, Alexandre L, Tricco A, et al. Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JB1 Evid Synth.* 2023;21(3):520-32. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00123>
  21. 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. *BMJ.* 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
  22. Leith BA. Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care. *Heart Lung.* 1999;28(3):210-8. [https://doi.org/10.1016/s0147-9563\(99\)70061-0](https://doi.org/10.1016/s0147-9563(99)70061-0)
  23. Odell M. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs.* 2000;31(2):322-9. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01294.x>
  24. McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002;18(6):320-31. [https://doi.org/10.1016/s0964-3397\(02\)00069-1](https://doi.org/10.1016/s0964-3397(02)00069-1)
  25. Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Crit Care.* 2005;18(4):138-45. [https://doi.org/10.1016/s1036-7314\(05\)80026-8](https://doi.org/10.1016/s1036-7314(05)80026-8)
  26. Strahan EH, Brown RJ. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs.* 2005;21(3):160-71. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2004.10.005>
  27. Field K, Prinjha S, Rowan K. 'One patient amongst many': a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward. *Crit Care.* 2008;12(1):R21. <https://doi.org/10.1186/cc6795>
  28. Bench S, Day T. The user experience of critical care discharge: a meta-synthesis of qualitative research. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(4):487-99. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.013>
  29. Bench SD, Day T, Griffiths P. Involving users in the development of effective critical care discharge information: a focus group study. *Am J Crit Care.* 2011;20(6):443-52. <https://doi.org/10.4037/ajcc2011829>
  30. Forsberg A, Lindgren E, Engström Å. Being transferred from an intensive care unit to a ward: searching for the known in the unknown. *Int J Nurs Pract.* 2011;17(2):110-6. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2011.01915.x>
  31. Calatayud MV, Portillo MC. The transition process from the intensive care unit to the ward: a review of the literature. *Enferm Intensiva.* 2013;24(2):72-88. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2012.12.002>
  32. Cullinane JP, Plowright CI. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. *Nurs Crit Care.* 2013;18(6):289-96. <https://doi.org/10.1111/nicc.12047>
  33. Cypress BS. Transfer out of intensive care: an evidence-based literature review. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013;32(5):244-61. <https://doi.org/10.1097/DCC.0b013e3182a07646>
  34. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. Important quality aspects in the transfer process. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(2):123-39. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-09-2012-0090>
  35. Ramsay P, Huby G, Thompson A, Walsh T. Intensive care survivors' experiences of ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *J Clin Nurs.* 2014;23(5-6):605-15. <https://doi.org/10.1111/jocn.12452>
  36. Gill M, Bagshaw SM, McKenzie E, Oxland P, Osswell D, Boulton D, et al. Patient and Family Member-Led Research in the Intensive Care Unit: A Novel Approach to Patient-Centered Research. *PLoS One.* 2016;11(8):e0160947. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160947>
  37. Stelfox HT, Leigh JP, Dodek PM, Turgeon AF, Forster AJ, Lamontagne F, et al. A multi-center prospective cohort study of patient transfers from the intensive care unit to the hospital ward. *Intensive Care Med.* 2017;43(10):1485-94. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4910-1>
  38. Antonio SP, Bernardino E, Tominaga LBL, Silva OBM, Borges F, Torres DG. Transition of patients from intensive care units. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3320-6. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a237705p3320-3326-2018>
  39. Grood C, Leigh JP, Bagshaw SM, Dodek PM, Fowler RA, Forster AJ, et al. Patient, family and provider experiences with transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre qualitative study. *CMAJ.* 2018;190(22):E669-76. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170588>
  40. Koilor C, Peifer H, Lane-Fall M. The family view of trauma ICU recovery: Early results from a longitudinal qualitative study. *Crit Care Med.* 2018;46:408. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000528856.55367.01>
  41. King J, O'Neill B, Ramsay P, Linden MA, Medniuk AD, Outtrim J, et al. Identifying patients' support needs following critical illness: a scoping review of the qualitative literature. *Crit Care.* 2019;23(1):187. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2441-6>

42. Herling SF, Brix H, Andersen L, Jensen LD, Handesten R, Knudsen H, et al. Patient and spouses experiences with transition from intensive care unit to hospital ward - qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2020;34(1):206-14. <https://doi.org/10.1111/scs.12722>
43. Op 't Hoog SAJJ, Dautzenberg M, Eskes AM, Vermeulen H, Vloet LCM. The experiences and needs of relatives of intensive care unit patients during the transition from the intensive care unit to a general ward: A qualitative study. *Aust Crit Care.* 2020;33(6):526-32. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.004>
44. Ghorbanzadeh K, Ebadi A, Hosseini M, Madah SSB, Khanke H. Challenges of the patient transition process from the intensive care unit: a qualitative study. *Acute Crit Care.* 2021;36(2):133-42. <https://doi.org/10.4266/aac.2020.00626>
45. Lee EY, Park JH. A phenomenological study on the experiences of patient transfer from the intensive care unit to general wards. *PLoS One.* 2021;16(7):e0254316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254316>
46. Cuzco C, Delgado-Hito P, Marín Pérez R, Núñez Delgado A, Romero-García M, Martínez-Momblan MA, et al. Patients' experience while transitioning from the intensive care unit to a ward. *Nurs Crit Care.* 2022;27(3):419-28. <https://doi.org/10.1111/nicc.12697>
47. Zhan Y, Yu J, Chen Y, Liu Y, Wang Y, Wan Y, et al. Family caregivers' experiences and needs of transitional care during the transfer from intensive care unit to a general ward: A qualitative study. *J Nurs Manag.* 2022;30(2):592-9. <https://doi.org/10.1111/jonm.13518>
48. Cuzco C, Delgado-Hito P, Marin-Pérez R, Núñez-Delgado A, Romero-García M, Martínez-Momblan MA, et al. Transitions and empowerment theory: A framework for nursing interventions during intensive care unit patient transition. *Enferm Intensiva.* 2023;34(3):138-47. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2022.10.003>
49. Gullberg A, Joelsson-Alm E, Schandl A. Patients' experiences of preparing for transfer from the intensive care unit to a hospital ward: A multicentre qualitative study. *Nurs Crit Care.* 2023;28(6):863-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12855>
50. Pastor MR, Ricart-Basagaña MT, Mariné-Méndez A, Lomero-Martínez MM, Francisco-Prófumo S, Romaní-Alfonso JO, et al. Feelings and emotions that emerge from the experience of being discharged from an ICU. *Ene [Internet].* 2023 [cited 2024 Sep 14];17(3):1-18. Available from: [https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2615/sent\\_UCI](https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2615/sent_UCI)
51. Meiring-Noordstra A, van der Meulen IC, Onrust M, Hafsteinsdóttir TB, Luttik ML. Relatives' experiences of the transition from intensive care to home for acutely admitted intensive care patients-A qualitative study. *Nurs Crit Care.* 2024;29(1):117-24. <https://doi.org/10.1111/nicc.12918>
52. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Messias DKH, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci.* 2000;23(1):12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
53. McWilliams CJ, Lawson DJ, Santos-Rodriguez R, Gilchrist ID, Champneys A, Gould TH, et al. Towards a decision support tool for intensive care discharge: machine learning algorithm development using electronic healthcare data from MIMIC-III and Bristol, UK. *BMJ Open.* 2019;9(3):e025925. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025925>
54. Hiller M, Wittmann M, Bracht H, Bakker J. Delphi study to derive expert consensus on a set of criteria to evaluate discharge readiness for adult ICU patients to be discharged to a general ward-European perspective. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):773. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08160-6>
55. Weiss ME, Piacentine LB. Psychometric properties of the Readiness For Hospital Discharge Scale. *J Nurs Meas.* 2006;14(3):163-80. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>
56. Marquette University College of Nursing. Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS) [Internet]. Milwaukee, WI: Marquette University; [s.d.] [cited 2024 Nov 21]. Available from: <https://www.marquette.edu/nursing/readiness-hospital-discharge-scale.php>
57. Acosta AM, Câmara CE, Weber LAF, Fontenele RM. Nurse's activities in care transition: realities and challenges. *Rev Enferm UFPE on line.* 2018;12(12):3190-7. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a231432p3190-3197-2018>
58. Cuzco C, Torres-Castro R, Torralba Y, Manzanares I, Muñoz-Rey P, Romero-García M, et al. Nursing Interventions for Patient Empowerment during Intensive Care Unit Discharge: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(21):11049. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111049>
59. Tominaga LBL, Bernardino E, Lacerda MR, Martins MM, Lapierre J, Silva OBM. Proposal for the transition and continuity of care from the Intensive Care Unit to the nursing. *Res Soc Dev.* 2021;10(15):e478101522974. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22974>
60. Rosgen BK, Plotnikoff KM, Krewulak KD, Shahid A, Hernandez L, Sept BG, et al. Co-development of a transitions in care bundle for patient transitions from the intensive care unit: a mixed-methods analysis of a stakeholder consensus meeting. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07392-2>
61. Vincent JL. The continuum of critical care. *Crit Care.* 2019;23(suppl 1):122. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2393-x>
62. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2024 Nov 28]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao\\_reflexoes\\_cuidado\\_atuacao\\_multiprofissional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf)

63. Shahid A, Sept B, Kupsch S, Brundin-Mather R, Piskulic D, Soo A, et al. Development and pilot implementation of a patient-oriented discharge summary for critically III patients. *World J Crit Care Med.* 2022;11(4):255-68. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v11.i4.255>
64. Zuchetti M, Severo IM, Echer IC, Borba DSM, Nectoux CLS, Azzolin KO. Validation of manual to complement the transition of care at discharge from intensive care. *Rev Gaucha Enferm.* 2022;43(esp):20220142. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20220142.pt>
65. Hajalizadeh A, Ahmadinejad M, Dehghan M, Arab M. The Educational Needs of Family of Patients Discharged from the Intensive Care Units: The Viewpoints of Nurses and the Patients' Families. *Crit Care Res Pract.* 2021;2021:9956023. <https://doi.org/10.1155/2021/9956023>
66. Eaton TL, McPeake J, Rogan J, Johnson A, Boehm LM. Caring for Survivors of Critical Illness: Current Practices and the Role of the Nurse in Intensive Care Unit Aftercare. *Am J Crit Care.* 2019;28(6):481-5. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019885>
67. Enger R, Andershed B. Nurses' experience of the transfer of ICU patients to general wards: A great responsibility and a huge challenge. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):e186-94. <https://doi.org/10.1111/jocn.13911>
68. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo SA, Ribeiro ECO, Silva JRL. Planning and understanding the intensive care network in the State of Rio de Janeiro (RJ), Brazil: a complex societal problem. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018;30(3):347-57. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180053>
69. Powell M, Brown D, Davis C, Walsham J, Calleja P, Nielsen S, et al. Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study. *Aust Crit Care.* 2020;33(6):538-45. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.03.004>
70. NANDA International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I Definições e Classificação 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed; 2024.
71. Won MH, Son YJ. Development and psychometric evaluation of the Relocation Stress Syndrome Scale-Short Form for patients transferred from adult intensive care units to general wards. *Intensive Crit Care Nurs.* 2020;58:102800. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102800>
72. Graan SM, Botti M, Wood B, Redley B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: Standardised tools to reduce safety risks. *Aust Crit Care.* 2016;29(3):165-71. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2015.09.002>
73. Tiruvoipati R, Botha J, Fletcher J, Gangopadhyay H, Majumdar M, Vij S, et al. Intensive care discharge delay is associated with increased hospital length of stay: A multicentre prospective observational study. *PLoS One.* 2017;12(7):e0181827. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181827>
74. Bose S, Johnson AEW, Moskowitz A, Celi LA, Raffa JD. Impact of Intensive Care Unit Discharge Delays on Patient Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *J Intensive Care Med.* 2019;34(11-12):924-9. <https://doi.org/10.1177/0885066618800276>
75. Bagshaw SM, Tran DT, Opgenorth D, Wang X, Zuege DJ, Ingolfsson A, et al. Assessment of Costs of Avoidable Delays in Intensive Care Unit Discharge. *JAMA Netw Open.* 2020;3(8):e2013913. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13913>
76. Moreira HE, Verga F, Barbato M, Burghi G. Prognostic impact of the time of admission and discharge from the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2017;29(1):63-9. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170010>
77. Ofoma UR, Dong Y, Gajic O, Pickering BW. A qualitative exploration of the discharge process and factors predisposing to readmissions to the intensive care unit. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):6. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2821-z>
78. Parenmark F, Karlström G, Nolin T, Fredrikson M, Walther SM. Reducing night-time discharge from intensive care. A nationwide improvement project with public display of ICU outcomes. *J Crit Care.* 2019;49:7-13. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.022>
79. van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, van der Hoeven JG, Wollersheim H, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):251. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2139-x>
80. Boyd JM, Roberts DJ, Leigh JP, Stelfox HT. Administrator Perspectives on ICU-to-Ward Transfers and Content Contained in Existing Transfer Tools: a Cross-sectional Survey. *J Gen Intern Med.* 2018;33(10):1738-45. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4590-8>
81. Brown KN, Leigh JP, Kamran H, Bagshaw SM, Fowler RA, Dodek PM, et al. Transfers from intensive care unit to hospital ward: a multicentre textual analysis of physician progress notes. *Crit Care.* 2018;22(19). <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1941-0>
82. Rosenberg A, Britton MC, Feder S, Minges K, Hodshon B, Chaudhry SI, et al. A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Res Nurs Health.* 2018;41:378-88. <https://doi.org/10.1002/nur.21875>
83. Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from intensive care. *Nurs Res Pract.* 2014;2014:175314. <https://doi.org/10.1155/2014/175314>
84. Coon EA, Kramer NM, Fabris RR, Burkholder DB, Klaas JP, Graff-Radford J, et al. Structured handoff checklists improve clinical measures in patients discharged from the neurointensive care unit. *Neurol Clin Pract.* 2015;5(1):42-9. <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000000094>
85. Brosseau M, Shahin J, Fan E, Amaral A, Wang HT. Association Between Inability to Stand at ICU Discharge and Readmission: A Historical Cohort Study. *Crit Care*

- Med. 2024;52(12):1837-44. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006413>
86. Teixeira C, Kern M, Rosa RG. What outcomes should be evaluated in critically ill patients? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(2):312-9. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210040>
87. Gyllander T, Näppä U, Häggström M. Relatives' experiences of care encounters in the general ward after ICU discharge: a qualitative study. *BMC Nurs*. 2023;22(1):399. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01562-9>
88. Choi S, Lee J, Shin Y, Lee J, Jung J, Han M, et al. Effects of a medical emergency team follow-up programme on patients discharged from the medical intensive care unit to the general ward: a single-centre experience. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(3):356-62. <https://doi.org/10.1111/jep.12485>
89. Kheir F, Shawwa K, Nguyen D, Alraiyes AH, Simeone F, Nielsen ND. A 24-Hour Postintensive Care Unit Transition-of-Care Model Shortens Hospital Stay. *J Intensive Care Med*. 2016;31(9):597-602. <https://doi.org/10.1177/0885066615569701>
90. Stelfox HT, Bastos J, Niven DJ, Bagshaw SM, Turin TC, Gao S. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from ICU. *Intensive Care Med*. 2016;42(3):401-10. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4173-7>
91. McIntyre T, Taylor C, Bailey M, Jones D. Differences in the characteristics, treatment, and outcomes of patient groups reviewed by intensive care liaison nurses in Australia: A multicentre prospective study. *Aust Crit Care*. 2019;32(5):403-9. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.004>
92. So HM, Yan WW, Chair SY. A nurse-led critical care outreach program to reduce readmission to the intensive care unit: A quasi-experimental study with a historical control group. *Aust Crit Care*. 2019;32(6):494-501. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.11.005>
93. Österlind J, Gerhardsson J, Myrberg T. Critical care transition programs on readmission or death: A systematic review and meta-analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2020;64(7):870-83. <https://doi.org/10.1111/aas.13591>
94. Tanner J, Cornish J. Routine critical care step-down programmes: Systematic review and meta-analysis. *Nurs Crit Care*. 2021;26(2):118-27. <https://doi.org/10.1111/nicc.12572>
95. Boerenbeker P, Brandén AS, Chaboyer W, Hilli Y, Johansson L. Family member's experiences with and evaluation of an ICU Liaison Nurse Service: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2023;28(6):854-62. <https://doi.org/10.1111/nicc.12775>
96. Häggström M, Fjellner C, Öhman M, Holmström MR. Ward visits- one essential step in intensive care follow-up. An interview study with critical care nurses' and ward nurses'. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;49:21-7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.011>
97. Tronstad O, Flaws D, Lye I, Fraser JF, Patterson S. Doing time in an Australian ICU: the experience and environment from the perspective of patients and family members. *Aust Crit Care*. 2021;34(3):254-62. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.06.006>
98. Vlak JH, van Bommel J, Wils EJ, Bienvenu J, Hellemons ME, Korevaar TI, et al. Intensive Care Unit-Specific Virtual Reality for Critically Ill Patients With COVID-19: Multicenter Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2022;24(1):e32368. <https://doi.org/10.2196/32368>

## Contribución de los autores

**Concepción y dibujo de la pesquisa:** Paula Buchs Zucatti, Clediane Rita Portalupi da Trindade, Rosana Evangelista-Poderoso, Edinêis de Brito Guirardello, Maria Alice Dias da Silva Lima. **Obtención de datos:** Paula Buchs Zucatti, Clediane Rita Portalupi da Trindade, Rosana Evangelista-Poderoso, Edinêis de Brito Guirardello, Maria Alice Dias da Silva Lima. **Ánalisis e interpretación de los datos:**

Paula Buchs Zucatti, Clediane Rita Portalupi da Trindade.

**Ánalisis estadístico:** Paula Buchs Zucatti, Clediane Rita Portalupi da Trindade. **Obtención de financiación:** Maria Alice Dias da Silva Lima. **Redacción del manuscrito:** Paula Buchs Zucatti. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Paula Buchs Zucatti, Clediane Rita Portalupi da Trindade, Edinêis de Brito Guirardello, Maria Alice Dias da Silva Lima.

**Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

**Conflictos de intereses:** los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

## Declaración de Disponibilidad de Datos

El conjunto de datos de este artículo está disponible en la página de la RLAE en el repositorio SciELO Data, en el enlace <https://doi.org/10.48331/scielodata.PDUSZX>

Recibido: 14.02.2025

Aceptado: 31.07.2025

Editora Asociada:  
Maria Lúcia Zanetti

## Copyright © 2025 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY. Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:

Paula Buchs Zucatti

E-mail: paulabuchs@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0406-6835>