

Transición del cuidado al momento del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos: una revisión sistemática exploratoria*

Michele Elisa Weschenfelder Hervé^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5622-7680>

Paula Buchs Zucatti^{1,3}

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

Maria Alice Dias Da Silva Lima¹

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

Objetivo: mapear la evidencia disponible sobre los componentes de la transición del cuidado, las prácticas, las estrategias y las herramientas que se utilizan al momento del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos a la Unidad de Internación y su efecto sobre los resultados de pacientes adultos. Método: una revisión sistemática exploratoria en la que se emplean estrategias de búsqueda en seis bases de datos sobre salud relevantes. Resultados: se incluyeron 37 artículos, en los cuales se identificaron 30 prácticas, estrategias o herramientas para organizar y ejecutar el proceso de transferencia, con efectos positivos o negativos, relacionados con factores intrínsecos a la Unidad de Cuidados Intensivos y a la Unidad de Internación, además de factores transversales relacionados con el personal. El análisis de los resultados de reinternación y mortalidad fue prevalente en los estudios incluidos, en los cuales pueden encontrarse tendencias y acciones potencialmente protectoras para una transición de cuidados exitosa; sin embargo, siguen careciendo de evidencias y consenso más sólidos en la literatura. Conclusión: se identificaron componentes y las prácticas de la transición del cuidado, además de factores intrínsecos al paciente, asociados con peores resultados después del alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. Las altas nocturnas o durante los fines de semana se asociaron con índices más elevados de reinternaciones y mortalidad; sin embargo, la asociación de otras prácticas con el resultado del paciente sigue sin ser concluyente.

Descriptor: Cuidados Críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Transferencia de Pacientes; Continuidad de la Atención al Paciente; Alta del Paciente; Pase de Guardia.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Associação da Transição do Cuidado com Eventos Adversos após a Alta de um Centro de Terapia Intensiva", presentada en la Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso n° 4339972018-4.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

² Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Centro de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Hospital Conceição, Unidade de Terapia Intensiva, Porto Alegre, RS, Brasil.

Cómo citar este artículo

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. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4008.3325>. mes día año URL

Introducción

El concepto de transición del cuidado hace referencia a un conjunto de acciones destinadas a la coordinación y continuidad de los cuidados al transferir pacientes entre diferentes sectores del sistema de salud, o entre diferentes niveles de atención dentro de la misma institución⁽¹⁾. La calidad de la transición del cuidado se utiliza como uno de los componentes para que la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Comisión Internacional Conjunta (CIC) evalúen el desempeño de los hospitales, y se relaciona con la Meta Internacional 2 de Seguridad para los Pacientes – Comunicación⁽¹⁻²⁾.

Es un proceso complejo que involucra varios elementos y etapas, como una comunicación efectiva, orientación para pacientes y familias, responsabilidad de cada una de las partes involucradas, planificación del alta, y conocimiento de los recursos y de la estructura del escenario de destino, entre otros aspectos^(1,3). Por lo tanto, el proceso es extremadamente vulnerable a la pérdida de información crítica y a fallas en la continuidad de los cuidados. Una transición poco adecuada puede derivar en graves eventos adversos, omisión de los cuidados, duplicación de los cuidados, demoras en los tratamientos, aplicación de un tratamiento inadecuado, mayores índices de morbilidad y mortalidad, además de insatisfacción del paciente, de la familia y de los profesionales, del uso inadecuado de los servicios de salud y de mayores costos⁽²⁾.

La transición del cuidado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la Unidad de Internación (UI) está relacionada con un riesgo incluso más elevado debido a una combinación de factores como la gravedad de los pacientes, múltiples comorbidades y complejidad de los cuidados, el cambio de un ambiente con muchos recursos de monitoreo a otro con menos, la cantidad y complejidad de los profesionales participantes (personal multidisciplinario e inter-especialidades), ausencia de programas de transición o de estandarización del proceso del alta, además de frecuentes malentendidos entre el personal y entre los profesionales y el paciente y/o la familia⁽⁴⁻⁷⁾. Pese a que cada día se conoce más sobre el tema, la calidad de las prácticas de transición sigue siendo muy variada, con déficits en la planificación, la coordinación de los cuidados y el intercambio de información entre los profesionales sanitarios de las UCI y las UI⁽⁷⁾.

El hecho de que se registren eventos adversos después del alta de la UCI está relacionado con eventos de medicamentos, caídas e infecciones hospitalarias, deterioro clínico, paro cardio-respiratorio, reinternaciones y fallecimientos⁽⁸⁻¹¹⁾. Sin embargo, sigue siendo escasa la cantidad de estudios que evalúen otros

resultados; y la mayoría se enfoca solamente en los índices de reinternaciones y fallecimientos^(6,12-14). La asociación entre tales eventos y la deficiente calidad de la transición del cuidado se ha demostrado en algunos estudios; sin embargo, lo publicado sobre el tema en la literatura sigue siendo controvertido^(4,13-14).

Adoptar pautas estandarizadas y precisas es importante para determinar el momento ideal para el alta, además de predecir qué pacientes presentan un riesgo elevado de sufrir eventos adversos después de la transferencia. Sin embargo, los factores de riesgo y los criterios para el alta no están definidos claramente^(8,10-11,15). Aunque los programas de orientación y transición se consideran herramientas efectivas de gestión para reducir el tiempo de internación y mejorar el uso de recursos, pocas instituciones cuentan con una política en relación con la transición del cuidado o con pautas escritas para el proceso del alta de la UCI^(4,15).

En una revisión sistemática exploratoria realizada en el año 2015⁽⁴⁾ sobre pacientes dados de alta de la UCI a unidades de internación se analizaron estudios publicados hasta el año 2013, sin restricciones de edad ni perfil clínico, con la inclusión de pacientes adultos, pediátricos y neonatales. Estos resultados indicaron componentes o etapas para una estrategia de alta de la UCI, como pautas institucionales para estandarizar los procesos relacionados con la transición del cuidado, la estratificación del riesgo de los pacientes, la capacitación de profesionales y la adopción de un plan para el alta. Además, determinar el mejor día y hora para el alta, reducir las demoras en la transferencia, la comunicación verbal entre los prestadores, una lista de verificación antes de la transferencia y la evaluación de los resultados posteriores al alta también se mencionan como elementos importantes⁽⁴⁾. El déficit en la revisión⁽⁴⁾ es la necesidad de evaluar los elementos identificados, adaptados necesidades y contextos locales antes de su implementación masiva⁽⁴⁾. Tampoco se evaluó la asociación entre diferentes prácticas para el alta y los resultados de los pacientes.

En consecuencia, el objetivo de este estudio es mapear la evidencia disponible sobre los componentes de la transición del cuidado, las prácticas, las estrategias y las herramientas que se utilizan al momento del alta de pacientes de la UCI a la UI y su efecto sobre los resultados de pacientes adultos.

Método

El método de síntesis del conocimiento adoptado fue el de la revisión sistemática exploratoria⁽¹⁶⁾. Se desarrollaron las siguientes fases de acuerdo con la metodología propuesta por el *Joanna Briggs Institute*⁽¹⁷⁾: definición y alineamiento de los objetivos y de las

preguntas de la investigación; establecimiento de criterios de inclusión de acuerdo con los objetivos y las preguntas; elaboración y planificación de la estrategia de búsqueda y selección de estudios; identificación de estudios relevantes; selección de estudios; extracción de datos; mapeo de datos; y resumen de los resultados.

Las siguientes preguntas orientaron esta investigación: ¿Cuáles son los componentes de la transición de pacientes de una UCI a una UI de acuerdo con lo publicado en la literatura? ¿Qué prácticas, estrategias y herramientas se asocian con mejorar la calidad del alta de la UCI a la UI? ¿Qué efecto tiene la transferencia sobre los resultados de los pacientes?

Los criterios de inclusión para la selección fueron los siguientes: estudios primarios desarrollados con pacientes adultos (al menos 18 años de edad), publicados en inglés, español o portugués y entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2018. La delimitación de este período se justifica porque ya existe en la literatura una revisión sistemática exploratoria sobre el tema que incluye estudios hasta el año 2013⁽⁴⁾.

Se excluyeron artículos duplicados, los que no respondían al menos a una de las preguntas de la investigación, los estudios de revisión, los libros, las cartas al editor, los resúmenes publicados en anales y estudios sobre pacientes transferidos de una UCI para unidades de cuidados psiquiátricos, obstétricos o

paliativos debido a las particularidades de la atención de estos pacientes, y porque frecuentemente se los transfiere a unidades especializadas, lo que limita la comparación de resultados.

La estrategia de búsqueda estuvo compuesta por tres etapas; i) Búsqueda inicial en las bases de datos PubMed y *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) por medio de los descriptores de los *Medical Subject Headings* (MeSH): *critical care, intensive care unit, patient transfer, continuity of patient care, patient handoff, patient handover, patient care team, communication, patient discharge, patient readmission*, seguida por un análisis de las palabras clave contenidas en el título, el resumen y los descriptores de los artículos, identificándose así descriptores no controlados: *care transitions, discharge practices and discharge planning*; ii) Segunda búsqueda empleando todos los descriptores identificados en las bases de datos incluidas: -PubMed, CINAHL, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (*Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde*, LILACS), *Web of Science*, Scopus y Embase. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR, tal como se indica en la Figura 1; iii) Se realizó una búsqueda en las referencias de los artículos incluidos a fin de rastrear estudios adicionales no identificados por las estrategias de búsqueda. El proceso de selección de estudios, al igual que la última búsqueda, tuvo lugar en abril y mayo de 2019.

Base de datos	Estrategia	Limitadores
PubMed	Search ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "critical care"[tw] OR "intensive care"[tw]) AND ("Continuity of Patient Care"[Mesh] OR "Continuity of Patient Care"[tw] OR ("Patient Discharge"[tw] AND "patient readmission"[tw]) OR "discharge practice"[tw] OR "discharge planning"[tw] OR "Patient Handoff"[tw] OR "Patient Transfer"[tw] OR "Patient Handover"[tw] OR ("patient care team"[tw] AND "communicat"[tw]) OR "care transition"[tw]) AND (adult[tw] OR "Adult"[Mesh] OR aged[tw])	<i>Journal Article; published in the last 5 years; Humans; English; Portuguese; Spanish</i>
CINAHL	TX (("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge" AND "patient readmission") OR "discharge practice" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff" OR "Patient Transfer" OR "Patient Handover" OR ("patient care team" AND "communicat") OR "care transition")) AND AG (adult* OR aged)	Fecha de publicación: 20130101-20181231; Idioma: <i>English, Portuguese, Spanish</i>
LILACS	("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge" AND "patient readmission") OR "discharge practice" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff" OR "Patient Transfer" OR "Patient Handover" OR ("patient care team" AND "communicat") OR "care transition") [Palabras]	2013 OR 2014 OR 2015 OR 2016 OR 2017 OR 2018 [País, año de publicación]
Web of Science	Topic: (("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge" AND "patient readmission") OR "discharge practice" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff" OR "Patient Transfer" OR "Patient Handover" OR ("patient care team" AND "communicat") OR "care transition") AND (adult* OR aged))	Años de publicación: (2018 OR 2017 OR 2016 OR 2015 OR 2014 OR 2013) AND Languages: (ENGLISH OR PORTUGUESE OR SPANISH)
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("Intensive Care Units" OR "critical care" OR "intensive care") AND TITLE-ABS-KEY ("Continuity of Patient Care" OR ("Patient Discharge" AND "patient readmission") OR "discharge practice" OR "discharge planning" OR "Patient Handoff" OR "Patient Transfer" OR "Patient Handover" OR ("patient care team" AND "communicat") OR "care transition") AND TITLE-ABS-KEY (adult* OR aged)	(LIMIT-TO (PUBYEAR, 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2013)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese"))
Embase	All fields ('intensive care' OR 'intensive care unit') AND ('patient transfer' OR ('patient care' AND 'interpersonal communication') OR 'clinical handover' OR 'care transition') AND ([adult]/lim OR [aged]/lim OR [middle aged]/lim OR [very elderly]/lim OR [young adult]/lim)	(2013:py OR 2014:py OR 2015:py OR 2016:py OR 2017:py OR 2018:py) AND (english]/lim OR [portuguese]/lim OR [spanish]/lim)

Figura 1 – Estrategia de búsqueda en las bases de datos por medio de operadores booleanos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Las referencias seleccionadas se enviaron al *software* de gestión bibliográfica Mendeley®. Dos investigadores trabajaron de manera independiente para seleccionar los estudios por sus títulos, resúmenes y textos completos. Los dos revisores evaluaron las versiones completas de los textos de los artículos seleccionados, considerando los criterios de inclusión y exclusión, con el resultado de la muestra final del estudio. En cada fase se llegó a un consenso entre los revisores por medio del debate.

Los investigadores elaboraron un formulario de extracción de datos para registrar las características de los estudios incluidos y la información principal relevante a la investigación, con las siguientes secciones: autor(es), título, publicación, país, año, volumen, número, objetivo(s), población, tamaño de la muestra, método, cómo se midieron los resultados, principales hallazgos y categoría del estudio. El efecto de las prácticas, estrategias o herramientas de cuidados de transición se interpretó como positivo o negativo a

través del consenso de los investigadores, después de extraer los resultados de manera independiente, de acuerdo con el efecto sobre la calidad de los cuidados de transición, su implementación y la conclusión de sus etapas y/o de acuerdo con la asociación con los resultados de los pacientes.

Resultados

La búsqueda en las bases de datos identificó 2124 estudios potencialmente elegibles y se seleccionaron otros cuatro artículos de las referencias, con lo que la muestra final estuvo compuesta por 37 artículos, tal como se indica en la Figura 2.

Las características de los artículos se resumen en la Tabla 1. Los estudios de investigación se desarrollaron principalmente en Estados Unidos, Canadá y Australia, y la metodología fue relativamente variada, con mayor cantidad de estudios cualitativos, de cohorte y cuasi-experimentales.

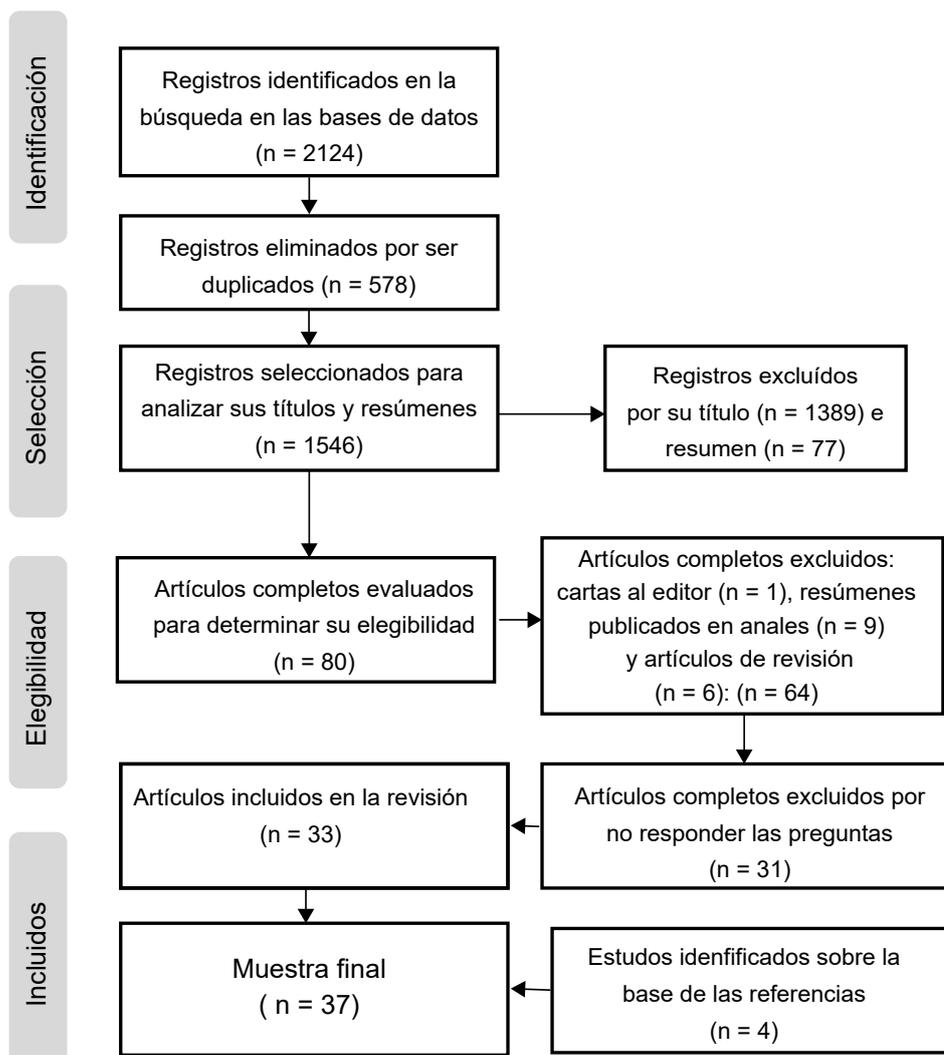


Figura 2 – Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios adaptado de *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹⁸⁾. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Tabla 1 – Distribución de los estudios incluidos de acuerdo con el país, el tipo de estudio y el año de publicación. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Características	n*	%†
País		
Estados Unidos	8	21,6
Canadá	6	16,2
Australia	4	10,8
Australia/Nueva Zelanda	3	8,1
Suecia	3	8,1
Reino Unido	3	8,1
Países Bajos	2	5,4
Corea del Sur	2	5,4
Brasil	1	2,7
Argentina	1	2,7
Uruguay	1	2,7
Noruega	1	2,7
Bélgica	1	2,7
Estados Unidos, Canadá y Reino Unido	1	2,7
Tipo de estudio		
Cuasi-experimental	7	18,9
Cohorte prospectivo	7	18,9
Cualitativo	7	18,9
Descriptivo	6	16,2
Cohorte retrospectivo	5	13,5
Combinado (cualitativo + descriptivo)	2	5,4
Validación clínica	1	2,7
Ensayo clínico aleatorizado	1	2,7
Ensayo clínico aleatorizado piloto	1	2,7
Año de publicación		
2014	9	24,3
2015	7	18,9
2016	4	10,8
2017	8	21,6
2018	9	24,3

*n = Cantidad de artículo; †Porcentaje de artículos

Los componentes de la transición del cuidado presentados en los estudios son extremadamente variados, desde factores relacionados con el paciente^(11,19-21), abarcativos de las prácticas, las estrategias y las herramientas utilizadas para organizar y ejecutar el proceso de transferencia⁽²²⁻²⁴⁾, hasta factores relacionados con la unidad a la que se transferirá al paciente^(11,24).

Los factores relacionados con el paciente, identificados en los estudios primarios, son la gravedad de la enfermedad^(11,19-21), la presencia de comorbidades^(11,19), la presencia de una traqueotomía, edad avanzada⁽¹⁹⁻²⁰⁾, estado de conciencia alterado, necesidad de mayor uso de terapias de soporte en la UCI, internación más prolongada en la UCI, necesidad de diálisis y causas clínicas de la internación⁽²⁰⁾. Se materializan como factores que predisponen a peores resultados de los pacientes luego del alta de la UCI, como eventos adversos o reinternaciones, en la percepción de los profesionales involucrados^(11,21), también verificándose cuantitativamente la asociación con el aumento en los índices de reinternaciones y de mortalidad⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Se encuentran algunos obstáculos para la continuidad de los cuidados en el seguimiento de la UCI, a saber: la ausencia de criterios específicos para el alta y de una cultura de comentarios constructivos, el hecho de que el equipo de la UCI sobreestima la capacidad de la UI para monitorear pacientes complejos⁽²⁵⁾, el cambio de profesionales de la salud, los cambios en las rutinas y la sustancial reducción en los recursos humanos y en los materiales de monitoreo^(13,21,24-25).

Por el otro lado, se identifican varias prácticas como potenciales herramientas para mejorar la calidad de la transición del cuidado y la seguridad de los pacientes. Una de las prácticas sugeridas es adoptar una lista de verificación para las transferencias con puntos a fin de comprobar si el paciente está listo y los ajustes necesarios antes del alta, como el retiro de dispositivos invasivos y la reconciliación medicamentosa^(23,26). La comunicación verbal o escrita se analizó en varios estudios y en diferentes aspectos. Algunas de las estrategias sugeridas son utilizar un proceso de comunicación estructurado con transferencia de pacientes en la misma habitación y herramientas estandarizadas con comunicación multimodal^(23,27).

La participación activa y la preparación de la familia se presenta como una etapa esencial en el proceso del alta, con una evaluación individual de las necesidades de información, a fin de preparar a la familia para que se ajuste a diferentes entornos con menos persona, tecnología y soporte⁽²⁸⁾. En un estudio que investigó las percepciones de los familiares con respecto a la calidad de los cuidados durante el proceso de transferencia se demostró que la información al respecto les resultó significativa, ya que quisieron ser parte de los cuidados del paciente y se sintieron importantes cuando tuvieron cierto grado de visión y control sobre la asistencia que se requería. Sin embargo, más del 20% sintió que la información que se les proporcionó fue inadecuada⁽²⁹⁾.

Otra práctica positiva evidenciada en los estudios es que integrantes del equipo de cuidados intensivos monitoree o asesore a los pacientes después del alta. En un estudio cualitativo que analizó las percepciones de enfermeras de UI y UCI con respecto a los beneficios

y desafíos de los servicios de seguimiento de un grupo de cuidados post-intensivos⁽³⁰⁾ se identificaron puntos favorables para ambos, tales como la prestación de cuidados adicionales a los pacientes más vulnerables y continuidad de los cuidados intensivos, a través de visitas periódicas del equipo de la UCI, además del intercambio de conocimientos entre los grupos de enfermeras, en el que la a menudo se determinó que el equipo de la UI no estaba preparado para cuidados más complejos. El efecto de los programas de seguimiento post-alta también se evaluó cuantitativamente, con lo que se evidenció una reducción en la duración de las internaciones y en el índice de reinternaciones en unidades UCI⁽³¹⁾.

En la Figura 3 se ilustra la síntesis de las principales prácticas, estrategias y herramientas presentadas en los estudios, con un posible positivo o negativo sobre la calidad de la transición del cuidado y los resultados de los pacientes.

Prácticas, estrategias y herramientas con un posible efecto positivo o negativo en la transición de la Unidad de Cuidados Intensivos a la Unidad de Internación	Efecto
Factores relacionados con la Unidad de Cuidados Intensivos	
Alta por la noche ^(11,21,24,32-35) , en los cambios de turno ⁽²⁴⁾ y los fines de semana ^(19,21)	Negativo
Comunicación inadecuada y/o no estandarizada de información clave ^(21,23-25,27,36-38)	Negativo
Alta prematura ^(11,20,28,37-38)	Negativo
Ningún criterio para el alta ^(11,14,21,25,37)	Negativo
Demoras en la transferencia ^(23-24,39-40)	Negativo
Metas de cuidados no definidas ^(21,23-24,37)	Negativo
Destino incorrecto después del alta ^(11,22,38)	Negativo
Entorno inadecuado para una comunicación eficiente ^(21,23)	Negativo
Comunicación verbal ^(14,22,27,41-44) y escrita ^(14,22,24,27-28,38,41,43,45) con el personal de la Unidad de Internación	Positivo
Monitoreo/Asesoramiento post-alta por parte de profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos ^(13-14,24-25,27,30-31,44,46-47)	Positivo
Planificación del alta y pautas de orientación para pacientes/familiares ^(22-24,28-29,42,44-45,48)	Positivo
Reconciliación/Revisión de medicamentos por parte del farmacéutico ^(14,22,24-26,49)	Positivo
Lista de verificación/Herramientas de transferencia/Protocolos para el alta ^(22-23,25-27,41)	Positivo
Planificación anticipada del alta ^(14,25,29,44)	Positivo
Participación del paciente y de la familia durante la transferencia ^(22,24,41-42)	Positivo
Utilización de herramientas/puntuaciones de estratificación del riesgo ^(23,43,50)	Positivo
Transferencia de los cuidados en la misma habitación ^(23-24,27)	Positivo
Optimización de signos vitales antes del alta y reducción de la necesidad de cuidados intensivos ^(29,37)	Positivo
Alta a unidades de cuidados intermedias ^(14,50)	Positivo
Cultura institucional de valorar el proceso de la transición del cuidado ⁽²⁷⁾	Positivo
Transferencia de los cuidados a sus respectivos colegas por parte de todos los integrantes del equipo multidisciplinario ⁽⁴³⁾	Positivo
Factores relacionados con la Unidad de Internación	
Falta de calificación y experiencia en el personal ^(11,25,28,30,37-38,42)	Negativo
Menor capacidad de monitoreo ^(11,14,34,37)	Negativo
Menor cantidad de profesionales ^(11,25,27,37)	Negativo
Falta de recursos materiales disponibles ^(21,25,27)	Negativo
Tiempo más prolongado hasta la primera evaluación clínica del paciente ^(14,24,43)	Negativo
Fragmentación de los cuidados entre varios equipos ⁽¹¹⁾	Negativo
Contacto previo del equipo nuevo con el paciente ^(24,29)	Positivo
Factores relacionados tanto con la Unidad de Cuidados Intensivos como con la Unidad de Internación	
Responsabilidad por la información enviada y recibida ^(23,29,43)	Positivo
Alerta por riesgo de reinternación ^(43,50)	Positivo

Figura 3 - Prácticas, estrategias y herramientas con un posible efecto positivo o negativo en la transición de la UCI a la UI. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019

Los resultados y eventos adversos analizados se focalizan mayoritariamente en la reinternación^(13-14,20,26,31-32,34-35,43,46-47,49-52) y en la mortalidad después del alta de la UCI^(13-14,19-20,31-35,39,43,46,49,51-52). El índice de mortalidad después del alta de la UCI varía de 3,0%⁽⁴⁶⁾ a 30%⁽¹⁹⁾ de acuerdo con los estudios. La reinternación afecta a entre 4,1%⁽⁵¹⁾ y 9,2%⁽⁴⁶⁾ de los pacientes en cualquier período de internación, a 2,9%⁽¹⁴⁾ a las 48 horas posteriores a la transferencia y a entre 2,7%⁽³²⁾ y 4,2%⁽¹³⁾ en un plazo máximo de 72 horas. Otros resultados clínicos analizados con el tiempo de internación^(31-32,35,39-40,49), los cuidados provistos por el Equipo de Respuesta Rápida (ERR)^(26,43), paro cardio-respiratorio⁽⁴⁷⁾ y problemas relacionados con medicamentos⁽⁴⁹⁾. Ciertos resultados como ansiedad, estrés y satisfacción de pacientes y familias también se hacen presente en los estudios^(24,28,30,44,48).

En estudios con enfoques cualitativos sobre reinternaciones⁽²¹⁾ o eventos adversos post-alta⁽¹¹⁾, en la visión de los prestadores, se enumeran factores relacionados con el paciente como la gravedad de la enfermedad, metas de cuidados no definidas, transferencias en cambios de turno, por las noches o los fines de semana, decisión inadecuada del alta, falta de experiencia en los profesionales^(11,21), recursos limitados, ausencia de políticas institucionales⁽²¹⁾, cantidad de personal y monitoreo inadecuado en la UI, elegir el destino erróneo para el paciente y fragmentación de los cuidados entre varios equipos⁽¹¹⁾. La comunicación subóptima entre los integrantes de los equipos, un entorno inapropiado y un ambiente para comunicaciones ineficientes y la falta de comunicación de información clave también son elementos que se identifican como posibles causas de reinternaciones⁽²¹⁾.

La asociación entre las prácticas de transición del cuidado y los resultados de los pacientes tiene diversos resultados cuando se la evalúa en estudios cuantitativos. Algunos estudios verifican la asociación de ciertas prácticas con los índices de reinternaciones y de mortalidad, como altas por las noches o los fines de semana^(19,32,34-35). Las altas con demoras de más de 24 horas presentaron una significativa asociación con una mayor incidencia de delirio⁽⁴⁰⁾. La reconciliación medicamentosa o la intervención farmacéutica para revisar medicamentos antes de transferir al paciente pueden ayudar a reducir la cantidad y gravedad de los problemas relacionados con medicamentos; sin embargo, el efecto sobre el índice de mortalidad, el tiempo de internación o la reinternación en la UCI sigue sin ser concluyente⁽⁴⁹⁾. Además de mejorar la comunicación verbal, emplear un formulario de alerta médica para los pacientes más vulnerables con orientación al equipo

de UI presentó cierta tendencia a reducir los índices de reinternaciones y las llamadas al ERR⁽⁴³⁾.

Por el otro lado, algunos estudios que han intentado demostrar la eficiencia de estrategias (como la adopción de criterios para el alta de la UCI, planificación anticipada del alta, disponibilidad de unidades de cuidados intermedios, reconciliación medicamentosa, comunicación verbal y escrita sobre la transferencia, optimización del monitoreo de los pacientes después del alta de la UCI e instrucciones para las enfermeras de la UI) no llegaron a resultados significativos en la reducción de los resultados negativos como las reinternaciones y la mortalidad^(13-14,39-40).

Discusión

Los 37 estudios se publicaron de manera uniforme en el tiempo, con demanda de conocimientos en los últimos cinco años. Más del 50% se realizó en Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda, y el resto de los estudios se concentró en Europa; solo dos tuvieron lugar en Asia y tres en Latinoamérica (uno en Brasil), lo que demuestra que la producción de conocimientos sobre el tema se concentra en pocos países, posiblemente debido a que se trata de un tema reciente en la literatura, lo que sugiere la necesidad de expansión y universalización a otras regiones que pueden presentar aspectos bastante diferentes en relación con las prácticas. En una revisión sistemática exploratoria realizada en el año 2015⁽⁴⁾ también se evidenció cierta concentración de la mayoría de las publicaciones en Estados Unidos, Europa y Australia. No se encontró ninguna otra revisión con este formato, que evalúa solamente pacientes adultos.

De acuerdo con los resultados encontrados, la transición del cuidado al momento del alta de cuidados intensivos están influenciados por numerosos componentes, ya sean intrínsecos del paciente o estén relacionados con las políticas, las prácticas o la estructura de los escenarios y los profesionales involucrados. En forma similar, en un estudio previo⁽⁴⁾ se identificaron innumerables temas y factores relacionados con profesionales y con la institución, factores que pueden actuar como facilitadores o como obstáculos para un cuidado de alta calidad, lo que confirma que recibir el alta de la UCI es un proceso tan complejo como multifacético.

Respecto de los factores relacionados con el paciente, se identificaron condiciones que puede predisponer a peores resultados después del alta de la UCI, especialmente condiciones previas al alta como las comorbidades y la gravedad al momento de la internación^(11,19-21), edad avanzada⁽¹⁹⁻²⁰⁾, estado de conciencia alterado y mayor necesidad de terapias de

soporte⁽²⁰⁾. Estos hallazgos son similares a los de otros estudios en los que se determinó que los pacientes en peor estado de salud, con mayor gravedad al momento de la internación⁽⁵³⁾ y los pacientes de más edad⁽⁹⁾ presentaron una mayor probabilidad de eventos adversos, reinternación y muerte después de ser dados de alta de los cuidados intensivos. El estado de conciencia alterado también se categorizó como factor de riesgo, junto con la polineuropatía, la miopatía y ser dado de alta de la UCI en uso de alimentación por sonda, que a menudo afectan a pacientes críticos⁽⁵³⁻⁵⁴⁾.

Dichos factores son intrínsecos del paciente, es decir, no se pueden modificar; por lo tanto, sugieren la necesidad de adoptar estrategias específicas de acuerdo con el perfil y con las necesidades individuales de cada paciente, proporcionando así la optimización y cuidadosa evaluación del momento correcto para el alta, planificación anticipada, más supervisión para pacientes más graves, elección de la mejor unidad de destino o redimensionamiento del personal y de los cuidados para los pacientes más dependientes y de mayor complejidad en la UI, además de estimular un mayor apoyo familiar, entre otras acciones^(11,23).

En función de los 37 estudios incluidos, se verificaron 30 prácticas, estrategias y herramientas con un posible efecto positivo o negativo sobre la transición de la UCI a la UI, de los cuales 21 estuvieron relacionadas con la UCI, siete con la UI y dos con ambas. Se observa que la mayoría se aplica a la ejecución en sí de la transferencia, al monitoreo y a los cuidados brindados después de la transferencia; una menor proporción representó acciones tomadas con anticipación, como la planificación de necesidades individuales, evaluando el grado de preparación para el alta y preparando a las personas involucradas (equipo, paciente y familia).

En un estudio previo⁽⁴⁾ también se identificaron 30 factores relacionados con el paciente, el profesional o la institución que pueden actuar como facilitadores o como obstáculos para ofrecer cuidados de alta calidad durante el alta de la UCI. Los principales temas que se identificaron fueron las necesidades y experiencias del paciente y de la familia, la disponibilidad de información completa y exacta sobre el alta, la educación relacionada con el alta para pacientes y familias, la planificación del alta, la estandarización del proceso del alta y los resultados del alta de los pacientes, incluidos eventos adversos, reinternaciones en la UCI y fallecimientos. Una escasa cantidad de artículos se enfocó en la educación de los profesionales de la salud que trabajan en la unidad de destino, la reconciliación medicamentosa y la autonomía del paciente. Los resultados se categorizaron en cuatro fases diferentes del proceso de alta, a saber: evaluación del grado de preparación del paciente

para el alta, planificación del alta, ejecución del alta y seguimiento post-alta⁽⁴⁾. Se atrae la atención a estudios que destacan la fase de la ejecución del alta más que las otras fases. Además, en estudios con pacientes pediátricos y neonatales se verificaron con gran frecuencia acciones enfocadas en cuidados centrados en el paciente, lo que sugiere que queda mucho camino por recorrer en la atención de pacientes adultos⁽⁴⁾.

Se destaca que aproximadamente la mitad de las prácticas y estrategias indicadas por los estudios puede tener una influencia negativa sobre la calidad de las transiciones. Entre los principales obstáculos se encuentran los siguientes: comunicación poco efectiva^(21,23-25,27,36-38), falta de planificación, y elección del momento incorrecto para el alta, tanto desde el punto de vista de la hora/día del alta como del grado de preparación del paciente para ser dado de alta^(11,14,19-22,24-25,27-28,30,32-35,37-38,42). Además de los aspectos clínicos, las condiciones ideales para el alta del paciente deberían considerar su nivel de dependencia, la disponibilidad del apoyo familiar y la capacidad de la unidad y/o del equipo de destino para cubrir sus necesidades^(28,37).

La elección del momento incorrecto para el alta en ocasiones se debe a la presión por la demanda de camas en la UCI o a la falta de responsabilidad por la continuidad de los cuidados, en la que los profesionales fragmentan el proceso y no se sienten responsables por la evolución de los pacientes después de ser transferidos^(28,38). Sobrevivir a una enfermedad crítica a menudo se asocia con un largo recorrido y a una recuperación potencialmente complicada; eso afecta la calidad de vida de los pacientes y de las personas encargadas de su cuidado, además de que puede persistir durante años después de la internación⁽¹⁷⁾. Por el otro lado, demorar el alta de la UCI también trae aparejados resultados desfavorables, como el uso ineficiente de recursos hospitalarios y retrasos en la internación de otros pacientes críticos^(8,11).

La decisión del alta de la UCI no puede tomarse en forma aislada y en un único momento, debe debatirse durante toda la internación para hacer posible una mejor evaluación de cuál es el mejor momento, la planificación de las prácticas y estrategias que mejor se adaptan a cada caso, anticipar demandas de recursos físicos y humanos, y a fin de preparar al paciente y a la familia para una continuidad adecuada de los cuidados en la transición^(25,29). En consecuencia, en la evaluación del alta debe integrarse debates diarios y emplearse criterios mínimos para lograr una transferencia segura, si es posible, integrando estrategias de estratificación de riesgos para alertar a las personas involucradas y pensar en acciones científicas para evitar resultados desfavorables.

En algunos estudios se sugiere el uso de puntuaciones para definir el grado de preparación del paciente para el alta, como ser la escala *Stability and Workload Index for Transfer* (SWIFT)⁽⁵⁰⁾, que incluye en su puntuación la unidad original del paciente y el tiempo de internación en la UCI, la escala de coma de Glasgow (ECG), la relación de presión arterial parcial de oxígeno (PaO₂)/fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y la presión arterial de dióxido de carbono (PaCO₂). Entre otros estudios en los que se utilizan puntuaciones para orientar la decisión del alta^(8,55) se incluyen medidas de resultados fisiológicos, clínicos y de laboratorio como signos vitales, evaluaciones clínicas, puntuaciones de la escala Braden, pruebas de laboratorio y ritmo cardíaco, en conjunto. Las alteraciones en los signos vitales y en el nivel de conciencia al momento del alta también se sugieren como predictores del riesgo de deterioro clínico en la UI, ya sea de manera independiente^(10,12) o componiendo una escala⁽⁵⁶⁾.

Uno de los principales pilares para lograr una transición del cuidado de calidad es la comunicación efectiva, ya que está presente en todos los momentos y en todos los actores, de modo que varios aspectos positivos o negativos relacionados pueden incluir comunicación verbal y escrita como, por ejemplo, resumen del alta y/o formularios informativos del alta para la siguiente persona encargada de cuidar a los pacientes. En varios estudios^(21,23-25,27,36-38) se reveló una comunicación inadecuada de información clave y falta de estandarización. Una comunicación poco efectiva puede estar causada por muchos factores, como ser diferentes expectativas entre quienes transmiten y quienes reciben la información, cuestiones culturales (falta de trabajo en equipo y de respeto entre los profesionales), carecer del tiempo adecuado para esta actividad y ausencia de métodos o herramientas estandarizadas⁽⁵⁷⁾.

En forma similar a lo hallado en esta revisión, en la que se sugieren estrategias para mejorar la comunicación, como ser el uso de herramientas estandarizadas, la interacción presencial con el profesional a quien se transfiere el paciente, el uso de listas de verificación, determinar la mejor hora y el mejor lugar para la transferencia e incluir al paciente y a la familia^(23-24,27), otros estudios confirman que utilizar herramientas estandarizadas, un entorno y tiempos adecuados, el contacto visual y escuchar con atención son factores cruciales para garantizar una comunicación efectiva⁽⁵⁷⁻⁵⁸⁾.

Las pautas de preparación y del alta para los pacientes y sus familias se mencionaron en varios estudios como una etapa fundamental en el proceso^(22-24,28-29,42,44-45,48); sin embargo, todavía no se ha establecido la estrategia óptima. A menudo se

excluye a los pacientes y a sus familiares del proceso de transición del cuidado, y la información proporcionada en ocasiones resulta conflictiva, divergente entre cada profesional o equipo, y se ofrecen instrucciones poco claras sobre el futuro, con términos técnicos y poco tiempo dedicado a esta actividad⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾. La planificación del alta debe comenzar con informar el plan al paciente y a los familiares, permitiendo así que se activen sistemas de apoyo que pueden ser necesarios y orientándolos con respecto a los cuidados recibidos, a los cuidados planificados, al proceso del alta y a cómo funciona la unidad de destino⁽⁴⁾.

La revisión de los medicamentos a cargo de un farmacéutico antes de transferir al paciente a la UI demostró ser efectiva para reducir la cantidad y gravedad de problemas relacionados con los fármacos⁽⁴⁹⁾, aunque su efecto sobre resultados como la mortalidad y las reinternaciones sigue sin ser concluyente^(14,49). En un estudio reciente⁽⁶¹⁾ se descubrió que la reconciliación medicamentosa a cargo de un farmacéutico redujo la cantidad de errores en la transferencia de los medicamentos, los posibles eventos adversos y los costos relacionados.

La elección del destino puede ser un factor decisivo en los resultados del paciente, tal es el ejemplo de la disponibilidad de unidades de cuidados intermedios; sin embargo, su impacto sigue siendo controvertido, tanto en los artículos analizados^(14,50) como según lo indicado por otros autores^(52,62). En un estudio realizado en Brasil, derivar pacientes a una unidad de cuidados intermedios no afectó la mortalidad dentro del hospital ni la incidencia de reinternaciones en la UCI⁽⁵²⁾, mientras que en otro estudio se presentó un riesgo significativamente más bajo de reinternación en pacientes transferidos a una unidad de cuidados intermedios⁽⁶²⁾.

El seguimiento o la orientación post-alta a cargo de los integrantes del equipo de cuidados intensivos es una de las estrategias con un posible efecto positivo sobre los resultados de los pacientes, tal como lo evidencian algunos estudios, donde se demuestra una reducción en el tiempo de internación⁽³¹⁾ y en el índice de reinternaciones en la UCI^(31,47); sin embargo, no hubo consenso⁽¹³⁻¹⁴⁾. En forma coincidente con estos hallazgos, un meta-análisis realizado en el año 2014 determinó que los programas de transición del cuidado enfocados en el seguimiento post-alta de los cuidados intensivos estuvieron asociados con un menor riesgo de reinternación en la UCI⁽⁶⁾. Los programas fueron desarrollados por equipos de emergencias médicas o enfermeras de enlace que realizaban seguimientos u ofrecían consultas a pacientes después de ser dados de alta de la UCI, pero los integrantes del equipo no siempre tienen contacto previo con el paciente antes del

alta. Por lo tanto, se necesita profundizar la investigación para demostrar el verdadero impacto de los programas y servicios de seguimiento posteriores al alta de la UCI.

Los resultados de reinternación^(13-14,20,26,31-32,34-35,43,46-47,49-52) y fallecimiento^(13-14,19-20,31-35,39,43,46,49,51-52) se analizaron más en los estudios que otros resultados, con índices de mortalidad que presentaron una amplia variación (3-30%)^(19,46). Poca cantidad de estudios tuvo como objetivo evaluar otros resultados adversos; sin embargo, es importante destacar que no todos los pacientes que transitan un proceso de transición inadecuado evolucionan a la muerte o la reinternación pero, incluso así, pueden estar sujetos a repercusiones no deseadas con graves consecuencias, como la necesidad de cambiar o aumentar la duración del tratamiento, mayor tiempo de internación, discapacidades, aumento en los costos hospitalarios e insatisfacción⁽⁹⁾.

En un estudio reciente se demostró que el 21% de los pacientes dados de alta presentó deterioro post-UCI: paro cardio-respiratorio, llamadas al ERR y reinternación⁽⁶³⁾. En los pacientes que son sometidos a trasplantes de pulmón y a otras cirugías torácicas, al igual que la edad avanzada, aumentó la gravedad de la enfermedad estimada por la puntuación *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation III* (APACHE III), bradicardia, niveles anómalos de albúmina al momento del ingreso a la UCI, hiperkalemia y un alto nivel de tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPA) al momento del alta de la UCI, presentaron un mayor riesgo independientemente del deterioro. Además de estos factores intrínsecos del paciente, se descubrió que el hecho de que el paciente estuviese listo para el alta menos de 48 antes fue un factor de riesgo independiente, que puede indicar insuficiente tiempo para planificar la transición del cuidado⁽⁶³⁾. Es esencial contar con un análisis más amplio de los resultados adversos debidos a fallas en el proceso de alta de la UCI, considerando su posible efecto sobre los resultados que afectan la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

Entre las limitaciones de esta revisión sistemática exploratoria se incluye el hecho de que los autores delimitaron los estudios primarios publicados, es decir, no se incluyeron estudios de revisión ni literatura gris, además de que no hubo restricciones de idioma. La heterogeneidad de los estudios analizados, tanto en términos de metodología como de diversidad de resultados y presentación, limita la comparación entre los datos. Además, es posible que no se haya logrado una extracción de datos precisa y exhaustiva, dada la cantidad y pluralidad de resultados incluidos, aunque fue realizada por dos revisores por medio de una herramienta para realizar la extracción de datos de manera sistemática. La clasificación del efecto de las

prácticas, estrategias o herramientas como positivo o negativo, aunque la realizaron ambos revisores de manera independiente con un consenso posterior, es relativamente subjetiva ya que muchos estudios no informan los resultados claramente, lo que dificulta su interpretación.

Se indicó una serie de prácticas, estrategias y herramientas con potencial de ayudar a coordinar el proceso del alta, mejorar los resultados (en ocasiones desfavorables) de pacientes críticos con complejas necesidades de atención, incluso después de abandonar el entorno de los cuidados intensivos. Dichos resultados refuerzan la complejidad del proceso del alta de la UCI, en el cual participan muchos factores que indican puntos críticos que pueden mejorarse en la transición del cuidado, lo que sugiere que adoptar estrategias fragmentadas que solo involucran algunas fases probablemente no resulte exitoso.

Pese a ello, los resultados de esta revisión indican que no se ha llegado a ningún consenso en relación con los factores que influyen sobre la transición del cuidado después del alta de la UCI, con las mejores prácticas o estrategias que pueden ser efectivas, o incluso en relación con las repercusiones y los resultados en el paciente y/o la familia, lo que evidencia una amplia gama de temas que deben estudiarse en la búsqueda de lograr mejor evidencia científica sobre el asunto. Los estudios nuevos deberían debatir las mejores estrategias, pero no limitarse a una única práctica, estrategia o herramienta, ya que se trata de un proceso complejo que debe cubrir los diversos componentes y personas involucrados.

Conclusión

Esta revisión permitió identificar componentes y mapear las prácticas de la transición del cuidado utilizadas en el alta de pacientes adultos de la UCI a la UI. Se emplearon treinta prácticas, estrategias y herramientas para organizar y ejecutar el proceso de transferencia. Algunos de los factores que se destacan están relacionados con la UCI y con la unidad de internación a la que se transfirió a los pacientes y, en forma transversal a las unidades, a los equipos involucrados y a la institución mismo, lo que puede asociarse con resultados positivos o negativos. Además, ciertos factores intrínsecos del paciente, como las comorbidades y la gravedad de la enfermedad al momento de la internación, se asociaron con peores resultados después del alta de la UCI.

Prácticas como dar el alta por las noches o los fines de semana presentaron asociación con índices más elevados de reinternaciones y mortalidad. Las revisiones de medicamentos a cargo de farmacéuticos y la adopción

de sistemas de advertencia para pacientes en riesgo en la UI presentaron cierta tendencia a reducir la cantidad de resultados adversos, como problemas relacionados con fármacos, llamadas al ERR y reinternaciones. Se reconoce a otras prácticas como posibles predictores o protectores para resultados post-alta de la UCI; sin embargo, no hubo consenso en la literatura.

En consecuencia, la asociación entre la transición del cuidado y el resultado del paciente después de ser transferido a la UI sigue sin ser concluyente; se requieren más investigaciones para evaluar el efecto de diferentes prácticas, estrategias y herramientas. También hay nuevas oportunidades de investigación para evaluar la implementación de dichas prácticas, aisladas y combinadas, en diferentes escenarios de la práctica clínica, en procura de identificar el efecto sobre la calidad del proceso del alta de los cuidados intensivos.

Además de la relevancia en el campo de la investigación, este estudio ofrece aportes a profesionales, pacientes y familias, demostrando así la necesidad de un proceso de cuidados de transición más amplio y con reformulación de prácticas, considerando la complejidad involucrada desde la internación del paciente en la UCI hasta su estabilización en la UI, para una buena calidad de los cuidados continuos. Adoptar programas de transición del cuidado puede ser una herramienta efectiva para las instituciones sanitarias, reduciendo el tiempo de internación y mejorando el uso de recursos.

Referencias

1. The Joint Commission International. Joint Commission Resources. Transitions of Care: The need for a more effective approach to continuing patient care. [Internet]. 2012 Jun [cited Jul 3, 2018]. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/Hot_Topics_Transitions_of_Care.pdf
2. World Health Organization. Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited Jul 6, 2017]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=F02F4867BC0581E4B21DE72B23FC0994?sequence=1>
3. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde. [Internet]. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2013 [Acesso 14 jul 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>
4. Stelfox HT, Lane D, Boyd JM, Taylor S, Perrier L, Straus S, et al. A scoping review of patient discharge from intensive care: opportunities and tools to improve care. *Chest*. 2015 Feb;147(2):317-27. doi: 10.1378/chest.13-2965
5. Guest M. Patient transfer from the intensive care unit to a general ward. *Nurs Stand*. 2017 Nov 1;32(10):45-51. doi: 10.7748/ns.2017.e10670
6. Niven DJ, Bastos JF, Stelfox HT. Critical care transition programs and the risk of readmission or death after discharge from an ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2014 Jan;42(1):179-87. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a272c0
7. van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med*. 2015 Apr;41(4):589-604. doi: 10.1007/s00134-015-3666-8
8. Gotur DB, Masud F, Paraniham J, Zimmerman JL. Analysis of Rothman Index Data to Predict Postdischarge Adverse Events in a Medical Intensive Care Unit. *J Intensive Care Med*. 2018 May 2:1-5. doi: 10.1177/0885066618770128
9. Williams TA, Leslie GD, Elliott N, Brearley L, Dobb GJ. Introduction of discharge plan to reduce adverse events within 72 hours of discharge from the ICU. *J Nurs Care Qual*. 2010 Jan-Mar;25(1):73-9. doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181b0e490
10. Chaboyer BW, Thalib L, Foster M, Ball C, Richards B. Predictors of adverse events in patients after discharge from the intensive care unit. *Am J Crit Care*. [Internet]. 2008 May [cited Jul 9, 2017];17(3):255-64. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/17/3/255.full.pdf+html>
11. Elliott M, Page K, Worrall-Carter L. Factors associated with post-intensive care unit adverse events: a clinical validation study. *Nurs Crit Care*. 2014 Sep;19(5):228-35. doi: 10.1111/nicc.12091
12. Jo YS, Lee YJ, Park JS, Yoon II H, Lee JH, Lee C-T, et al. Readmission to medical intensive care units: risk factors and prediction. *Yonsei Med J*. 2015 Mar 1;56(2):543-9. doi: 10.3349/ymj.2015.56.2.543
13. 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 Mar;42(3):401-10. doi: 10.1007/s00134-015-4173-7
14. van Sluisveld N, Bakhshi-Raiez F, de Keizer N, Holman R, Wester G, Wollersheim H, et al. Variation in rates of ICU readmissions and post-ICU in-hospital mortality and their association with ICU discharge practices. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 17;17(281):1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2234-z
15. Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors

- contributing to the ICU discharge process. *Aust Crit Care*. 2009 Feb;22(1):29-43. doi: 10.1016/j.aucc.2008.11.001
16. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015 Sep;13(3):141-6. doi: 10.1097/XEB.000000000000050
17. Peters M, Godfrey CM, Mcinerney P, Baldini Soares C, Khalil H, Parker D. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Munn Z, eds. *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. [Internet]. 2017 [cited May 24, 2019]. Available from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
18. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009 Jul 21;6(7):1-6. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
19. 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 Mar;29(1):63-9. doi: 10.5935/0103-507x.20170010
20. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R. Readmissions to intensive care: a prospective multicenter study in Australia and New Zealand. *Crit Care Med*. 2017 Feb;45(2):290-7. doi: 10.1097/CCM.0000000000002066
21. 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 Jan 5;18(6):1-9. doi: 10.1186/s12913-017-2821-z
22. Li P, Boyd JM, Ghali WA, Stelfox HT. Stakeholder views regarding patient discharge from intensive care: suboptimal quality and opportunities for improvement. *Can Respir J*. 2015 Mar-Apr;22(2):109-18. doi: 10.1155/2015/457431
23. 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 Aug;29(3):165-71. doi: 10.1016/j.aucc.2015.09.002
24. 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 Oct;43(10):1485-94. doi: 10.1007/s00134-017-4910-1
25. van Sluisveld N, Oerlemans A, Westert G, van der Hoeven JG, Wollersheim Hub, Zegers M. Barriers and facilitators to improve safety and efficiency of the ICU discharge process: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res*. 2017 Apr 4;17(251):1-12. doi: 10.1186/s12913-017-2139-x
26. 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 Feb;5(1):42-9. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000094
27. de Groot 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 Jun 4;190(22):669-76. doi: 10.1503/cmaj.170588
28. Cagnet S, Coyer F. Discharge practices for the intensive care patient: a qualitative exploration in the general ward setting. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Oct;30(5):292-300. doi: 10.1016/j.iccn.2014.04.004
29. Häggström M, Bäckström B. Organizing safe transitions from Intensive Care. *Nurs Res Pract*. 2014 Mar 24;2014:1-11. doi: 10.1155/2014/175314
30. 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 Dec;49:21-7. doi: 10.1016/j.iccn.2018.08.011
31. 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 Oct 1;31(9):597-602. doi: 10.1177/0885066615569701
32. Azevedo LCP, de Souza IA, Zygun DA, Stelfox HT, Bagshaw SM. Association between nighttime discharge from the Intensive Care Unit and hospital mortality: a multi-center retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2015 Sep 14;15(378):1-9. doi: 10.1186/s12913-015-1044-4
33. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R, et al. The timing of discharge from the intensive care unit and subsequent mortality. A prospective, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015 May 1;191(9):1033-9. doi: 10.1164/rccm.201412-2208OC
34. Wood SD, Coster S, Norman I. Comparing the monitoring of patients transferred from a critical care unit to hospital wards at after-hours with day transfers: an exploratory, prospective cohort study. *J Adv Nurs*. 2014 Dec;70(12):2757-66. doi: 10.1111/jan.12410
35. Gantner D, Farley K, Bailey M, Huckson S, Hicks P, Pilcher D. Mortality related to after-hours discharge from intensive care in Australia and New Zealand, 2005-2012. *Intensive Care Med*. 2014 Oct;40(10):1528-35. doi: 10.1007/s00134-014-3438-x
36. 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 Jan 28;22(19):1-8. doi: 10.1186/s13054-018-1941-0

37. 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 Jan;27(1-2):e186-94. doi: 10.1111/jocn.13911
38. Rosenberg A, Britton MC, Feder S, Mingos K, Hodshon B, Chaudhry SI, et al. A taxonomy and cultural analysis of intra-hospital patient transfers. *Res Nurs Health*. 2018 Aug;41(4):378-88. doi: 10.1002/nur.21875
39. 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 Nov 1;34(11-12):1-6. doi: 10.1177/0885066618800276
40. 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 Jul 27;12(7):1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0181827
41. 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 Oct;33(10):1738-45. doi: 10.1007/s11606-018-4590-8
42. Häggström M, Asplund K, Kristiansen L. Important quality aspects in the transfer process. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014 Mar 3;27(2):123-39. doi: 10.1108/IJHCQA-09-2012-0090
43. Hoffman RL, Saucier J, Dasani S, Collins T, Holena DN, Fitzpatrick M, et al. Development and implementation of a risk identification tool to facilitate critical care transitions for high-risk surgical patients. *Int J Qual Heal Care*. 2017 Jun;29(3):412-9. doi: 10.1093/intqhc/mzx032
44. Yun SH, Oh EG, Yoo YS, Kim SS, Jang YS. Development and Effects of a Transition Nursing Program for Patients and Family Caregivers at a Neurological ICU in Korea. *Clin Nurs Res*. 2017 Jan 1;26(1):27-46. doi: 10.1177/1054773815616973
45. Bench SD, Heelas K, White C, Griffiths P. Providing critical care patients with a personalised discharge summary: a questionnaire survey and retrospective analysis exploring feasibility and effectiveness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Apr;30(2):69-76. doi: 10.1016/j.iccn.2013.08.007
46. Alberto L, Zotárez H, Cañete TA, Niklas JEB, Enriquez JM, Gerónimo MR, et al. A description of the ICU liaison nurse role in Argentina. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014 Feb;30(1):31-7. doi: 10.1016/j.iccn.2013.07.001
47. 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 Jun;22(3):356-62. doi: 10.1111/jep.12485
48. Bench S, Day T, Heelas K, Hopkins P, White C, Griffiths P. Evaluating the feasibility and effectiveness of a critical care discharge information pack for patients and their families: a pilot cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2015 Nov;5(11):1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006852
49. Heselmans A, van Krieken J, Cootjans S, Nagels K, Filliers, Dillen K, et al. Medication review by a clinical pharmacist at the transfer point from ICU to ward: a randomized controlled trial. *J Clin Pharm Ther*. 2015 Oct;40(5):578-83. doi: 10.1111/jcpt.12314
50. Ofoma UR, Chandra S, Kashyap R, Herasevich V, Ahmed A, Gajic O, et al. Findings from the implementation of a validated readmission predictive tool in the discharge workflow of a medical intensive care unit. *Ann Am Thorac Soc*. 2014 Jun 1;11(5):737-43. doi: 10.1513/AnnalsATS.201312-436OC
51. Al-Jaghbeer MJ, Tekwani SS, Gunn SR, Kahn JM. Incidence and etiology of potentially preventable ICU readmissions. *Crit Care Med*. 2016 Sep;44(9):1704-9. doi: 10.1097/CCM.0000000000001746
52. Correa TD, Ponzoni CR, Rabelo R Filho, Serpa A Neto, Chaves RCF, Pardini A, et al. Nighttime intensive care unit discharge and outcomes: a propensity matched retrospective cohort study. *PLoS One*. 2018 Dec 13;13(12):1-13. doi: 10.1371/journal.pone.0207268
53. Katsiari M, Ntorlis K, Mathas C, Nikolaou C. Predictors of Adverse Outcome Early After ICU Discharge. *Int J Crit Care Emerg Med*. 2018 Jan 7;5(1):1-6. doi: 10.23937/2474-3674/1510065
54. Araujo TG, Rieder MM, Kutchak FM, Franco JW Filho. Readmissions and deaths following ICU discharge: a challenge for intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013 Mar 1;25(1):32-8. doi: 10.1590/S0103-507X2013000100007
55. Piper GL, Kaplan LJ, Maung AA, Lui FY, Barre K, Davis KA. Using the Rothman index to predict early unplanned surgical intensive care unit readmissions. *J Trauma Acute Care Surg*. 2014 Jul;77(1):78-82. doi: 10.1097/TA.0000000000000265
56. Uppanisakorn S, Bhurayanontachai R, Boonyarat J, Kaewpradit J. National Early Warning Score (NEWS) at ICU discharge can predict early clinical deterioration after ICU transfer. *J Crit Care*. 2018 Feb;43:225-9. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.09.008
57. Benham-Hutchins MM, Effken JA. Multi-professional patterns and methods of communication during patient handoffs. *Int J Med Inform*. 2010 Apr;79(4):252-67. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.12.005
58. Alves M, Melo CL. Transferência de cuidado na perspectiva de profissionais de enfermagem de um

- pronto-socorro. Rev Min Enferm. 2019;23:e-1194. doi: 10.5935/1415-2762.20190042
59. Burke RE, Kripalani S, Vasilevskis EE, Schnipper JL. Moving beyond readmission penalties: creating an ideal process to improve transitional care. J Hosp Med. 2013 Feb;8(2):102-9. doi: 10.1002/jhm.1990
60. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. J Gen Intern Med. 2009 Aug;24(8):971-6. doi: 10.1007/s11606-009-0969-x
61. Bosma LBE, Hunfeld NGM, Quax RAM, Meuwese E, Melief PHGJ, van Bommel J, et al. The effect of a medication reconciliation program in two intensive care units in the Netherlands: a prospective intervention study with a before and after design. Ann Intensive Care. 2018 Feb 7;8(19):1-13. doi: 10.1186/s13613-018-0361-2
62. Badawi O, Breslow MJ. Readmissions and death after ICU discharge: development and validation of two predictive models. PLoS One. 2012 Nov 7;7(11):1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0048758
63. Ng YH, Pilcher DV, Bailey M, Bain CA, MacManus C, Bucknall TK. Predicting medical emergency team calls, cardiac arrest calls and re-admission after intensive care discharge: creation of a tool to identify at-risk patients. Anaesth Intensive Care. 2018;46(1):88-96. doi: 10.1177/0310057X1804600113

Recibido: 27.10.2019

Aceptado: 07.04.2020

Editora Asociada:
Maria Lúcia Zanetti

Copyright © 2020 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:

Michele Elisa Weschenfelder Hervé

E-mail: mweschenfelder@hcpa.edu.br

 <https://orcid.org/0000-0002-5622-7680>