



REVISIÓN

El proceso de transición de la unidad de cuidados intensivos al área de hospitalización: una revisión bibliográfica

M. Vázquez Calatayud^{a,*} y M.C. Portillo^b

^a Área de Investigación, Formación y Desarrollo Profesional en Enfermería. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

^b Facultad de Enfermería, Universidad de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 27 de mayo de 2012; aceptado el 10 de diciembre de 2012

Disponible en Internet el 29 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Traslado;
Enfermería;
Cuidados intensivos;
Área de
hospitalización;
Experiencia;
Transición

Resumen El proceso de transición óptimo desde la UCI a planta es clave para evitar la aparición de la ansiedad en el paciente y su familia, el aumento de los reingresos en UCI con el consiguiente incremento de costes y comprometer la seguridad del paciente.

Objetivo: 1) Identificar, explorar y presentar críticamente cuál es la evidencia existente sobre cómo los pacientes, las familias y los profesionales de enfermería experimentan el proceso de transición desde la UCI a planta; 2) analizar las posibles intervenciones existentes para el desarrollo de un proceso de transición óptimo.

Metodología: Revisión de la evidencia disponible en las principales bases de datos. Asimismo, se revisaron varias revistas especializadas en cuidados intensivos. Se incluyeron investigaciones con un enfoque cualitativo, cuantitativo y/o mixto así como revisiones sobre el tema con una metodología sistemática o revisiones narrativas.

Resultados: Se seleccionaron 23 artículos para revisión, de los que 10 eran estudios cualitativos, 11 cuantitativos y 2 con metodología combinada. Del análisis de estos estudios se identificó como uno de los aspectos recurrentes la aparición de ansiedad asociada al proceso de transición. También, se encontraron discrepancias sobre quién debería asumir la responsabilidad de la preparación del proceso de transición y cuándo se debería llevar a cabo. En la literatura revisada se han propuesto varias intervenciones para facilitar un proceso de transición óptimo tales como: el desarrollo de folletos informativos, la creación de un perfil de enfermería que ejerza de enlace entre la UCI y la planta, y el informe de alta de UCI.

Conclusiones: Esta revisión pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta las perspectivas de los pacientes, los familiares y los profesionales de enfermería para poder llevar a cabo una planificación óptima del proceso de transición del paciente desde la UCI a planta que garantice su seguridad.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvazca@unav.es (M. Vázquez Calatayud).

KEYWORDS

Transfer;
Nursing;
Critical care;
Hospitalization area;
Experience;
Transition

The transition process from the intensive care unit to the ward: A review of the literature

Abstract The optimum transition process from the ICU to the ward is key to avoiding the appearance of anxiety in the patient and family, increase of re-admissions in the ICU with the consequent increase in costs and jeopardization to the patient's safety.

Objective: 1) To identify, study and give a critical presentation of the existing evidence on how patients, families and nurses experience the transition from ICU to the ward; 2) to analyze the possible interventions available for the development of an optimum transition process.

Methodology: A review was made of the evidence available in the main databases. In addition, several journals specialized in Intensive Care were reviewed. Studies with a qualitative, quantitative or mixed approach and reviews on the subject with a systematic methodology or narrative reviews were included.

Results: A total of 23 papers were selected for review, 10 of which were qualitative studies, 11 quantitative and two had combined methodology. «Transfer anxiety» was identified after the analysis of these articles as one of the recurring aspects. Discrepancies regarding who should take responsibility for the preparation of the transition process and when it should be performed were also found. In the literature reviewed, several interventions have been proposed to facilitate an optimal transition process such as developing information brochures, creating a profile of practicing nursing liaison between the ICU and the ward and ICU discharge report.

Conclusions: This review emphasizes the importance of taking into account the perspectives of patients, families and nurses to perform optimal planning of the transition of the patient from the ICU to the ward to ensure their safety.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años se ha enfatizado la importancia de mejorar la seguridad del paciente ingresado en la unidad de cuidados intensivos (UCI). En este contexto, se ha considerado el traslado intrahospitalario como uno de los indicadores de calidad de enfermería en el enfermo crítico¹. Cabe señalar que la *Joint Commision International*² tiene entre sus estándares la comunicación efectiva entre los profesionales, con el paciente y el descenso de retrasos en el proceso de traslado.

La seguridad del paciente puede verse comprometida por un retraso en el proceso de traslado o por un traslado precoz desde la UCI. Por un lado, la falta de camas en otras áreas hospitalarias puede retrasar el traslado desde la UCI³. Un estudio identificó que el 46% de los fracasos durante el traslado desde la UCI se debían a una falta de camas en la planta⁴. A menudo no se puede ingresar a los pacientes en la UCI por falta de camas, que suelen estar ocupadas por pacientes que están esperando su traslado a la planta. Esta situación se ha estudiado con el término «bed blocking» u «outflow limitation», que se emplea cuando una cama de un hospital se ocupa de manera inapropiada^{5,6}. Por otro lado, el aumento de la demanda de camas de UCI desde el servicio de urgencias o desde quirófano⁷ puede acelerar el traslado de UCI al área de hospitalización, lo que puede comprometer la seguridad del paciente⁸. Chrusch et al.⁹ apuntan que un traslado precoz aumenta el riesgo de muerte prematura o de reingreso en UCI, con el consiguiente incremento de los costes¹⁰.

Cabe señalar que en esta revisión se empleará el término «transición», en lugar del de traslado, para distinguir un

proceso dinámico, continuo y de adaptación para las personas implicadas^{11,12}.

El término «transición» se ha definido como «un paso o movimiento de un estado, condición o lugar, a otro»¹¹. Asimismo, las transiciones se han descrito como aquellas experiencias vividas a lo largo de 5 fases: 1) el alejamiento de fuentes de apoyo habituales, 2) la pérdida de puntos de referencia, 3) la persistencia de necesidades no cubiertas, 4) la aparición de nuevas necesidades y 5) la persistencia de expectativas inadecuadas a la situación cambiante¹³. Estas fases, según Chaboyer y Elliott¹², pueden aplicarse al período de transición de la UCI al área de hospitalización, en el que hay un cambio en el nivel de cuidado prestado por parte de los profesionales de enfermería¹⁴. En este sentido, tanto los pacientes que están en estado crítico como sus familiares experimentan distintas vivencias¹⁰, y transiciones¹⁵, desde que ingresan en el hospital hasta que se van de alta.

La transición a la unidad de hospitalización suele ser un procedimiento rutinario para las enfermeras de UCI¹⁶. Este proceso requiere tiempo¹⁷ y, por lo general, en la realidad, estas transiciones ocurren rápidamente, sin dar tiempo a una óptima preparación y adaptación por parte de las personas implicadas¹⁰.

La planificación óptima del proceso de transición del paciente, desde la UCI a planta, se define como «el cuidado proporcionado antes, durante y después de la transición con el objetivo de asegurar la mínima interrupción posible y la continuidad en el cuidado del paciente»¹⁵.

Un proceso de transición adecuado contribuye al incremento de la satisfacción de los pacientes y familiares, la continuidad en el cuidado, la disminución de la estancia hospitalaria y la prevención de los reingresos hospitalarios¹⁸.

Tabla 1 Términos incluidos en la búsqueda

PALABRAS CLAVE DE LA PRIMERA BÚSQUEDA			
INTENSIVE CARE	PATIENT TRANSFER	EXPERIENCE	
Intensive Care Unit OR ICU* OR Intensive car* OR Critical care nurs* OR Critical car*	Patient* discharge OR Patient* transfer* AND Mov* OR Transit* OR Transport OR Leav*	Experien* OR Percept* OR Perspective* OR Understand* OR Emot* OR Feel*	
PALABRAS CLAVE DE LA SEGUNDA BÚSQUEDA			
INTENSIVE CARE	PATIENT TRANSFER	EXPERIENCE	WARD
Intensive Care Unit* OR ICU* OR Intensive car* OR Critical care nurs* OR Critical car*	Patient* discharge OR Patient* transfer* OR Patient* dump* AND Transit* OR Transition* car* OR Discharge OR Discharge planning	Experien* OR Percept* OR Perspective* OR Understand* OR Emot* OR Feel*	Ward* OR Patient* room* OR General Ward*

Por tanto, la importancia de mantener la seguridad del paciente, el impacto potencial de un adecuado proceso de transición desde la UCI a planta sobre el paciente y la organización han llevado a plantear esta revisión bibliográfica con los siguientes objetivos: 1) identificar, explorar y presentar críticamente cuál es la evidencia existente sobre cómo los pacientes, las familias y los profesionales de enfermería experimentan el proceso de transición desde la UCI al área de hospitalización; y 2) analizar las posibles intervenciones existentes para el desarrollo de un proceso de transición óptimo.

Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el proceso de transición desde la UCI a planta.

Estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda online en las bases de datos: Medline, PsycINFO, Cinahl, Proquest y Cochrane Library. Los términos incluidos en la búsqueda fueron: «intensive care» o «critical care», «patient transfer», «experience», y «ward». Se utilizó el operador booleano «OR» para combinar los términos relacionados con un mismo concepto y el operador booleano «AND» para combinar los distintos componentes de la búsqueda, tal y como se detalla en la tabla 1.

Para refinar la búsqueda, se aplicaron varios límites en las bases de datos: 1) la fecha de publicación de los estudios, desde el año 2000 hasta la actualidad, debido a la escasa

literatura publicada, 2) el idioma de publicación, centrándose en artículos publicados en inglés y/o español, y 3) la edad, incluyéndose solo los estudios realizados con adultos mayores de 18 años por el interés de explorar las percepciones con relación a los pacientes trasladados desde las UCI de adultos.

Además, para evitar descartar artículos relevantes no incluidos en las bases de datos citadas, se revisaron los artículos publicados en los 5 últimos años de 3 revistas especializadas en cuidados intensivos: *Intensive and Critical Care Nursing*, *Critical Care Nurse* y *Enfermería Intensiva*. Asimismo, se consultó la Web American Association of Critical Care- Nurses (<http://www.aacn.org>). Una vez seleccionados los artículos, se revisaron las listas de referencias de todos los estudios para verificar si había estudios adicionales y para localizar otros artículos citados («Snowballing technique»).

Criterios de selección de los artículos

Los criterios de inclusión y exclusión definidos para esta revisión de muestran en la tabla 2.

Crítica metodológica

La evaluación de los estudios seleccionados se ha llevado a cabo por el primer autor del manuscrito, de acuerdo a los criterios de validez metodológica establecidos por el *Joanna Briggs Institute* (tabla 3).

Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión de los estudios

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Estudios que exploraban las experiencias de los pacientes, familiares y profesionales de enfermería sobre la transición de UCI a planta, y/o estudios que midieron aspectos físicos, psicológicos y/o emocionales de dichas experiencias	Literatura gris (folletos, editoriales, panfletos, pósters, informes), exceptuando tesis doctorales
Investigaciones con un enfoque cualitativo, cuantitativo y/o mixto con un adecuado nivel de calidad (véase la tabla 3)	Estudios que no abordaron la transición a planta (p. ej., la transición a otra unidad o a casa)
Estudios que incluyeron una intervención para planificar la transición y/o mejorar algún aspecto de la transición: ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, y/o experimentales	Revisiones sobre el tema sin una metodología sistemática
Revisiones sobre el tema con una metodología sistemática y/o revisiones narrativas con suficiente rigor, siempre y cuando revisaran estudios no incluidos en esta revisión	

Resultados

Resultados de la búsqueda

Para esta revisión bibliográfica, como se muestra en la [figura 1](#), se localizaron 383 artículos, de los cuales, al aplicar los límites de la búsqueda, se quedaron 53 estudios relacionados con los objetivos de esta revisión. En un tercer paso, se obtuvieron 18 artículos nuevos, a través de la búsqueda manual y la técnica «Snowballing», de los que se excluyeron 29 estudios por no cumplir los criterios de inclusión y 19 por estar repetidos entre las diferentes bases de datos. Los motivos de exclusión fueron los siguientes: 11 estudios no exploraron las experiencias acerca de la transición de UCI a

planta, 5 no abordaron la transición a planta, 5 revisiones sistemáticas revisaron estudios ya incluidos en esta revisión, 3 revisiones sin una metodología sistemática, literatura gris (n=2) y 3 estudios sin un adecuado nivel de calidad (2 cualitativos y uno cuantitativo).

Por tanto, en esta revisión se incluyeron 23 artículos, de los cuales 10 fueron estudios de carácter cualitativo, 11 cuantitativo y 2 estudios combinaron metodología cuantitativa y cualitativa.

En la [tabla 4](#) se resumen las características de los estudios seleccionados, clasificados según los objetivos y secciones de esta revisión. Los aspectos más relevantes de la crítica metodológica de los estudios seleccionados se presentan en la [tabla 5](#).

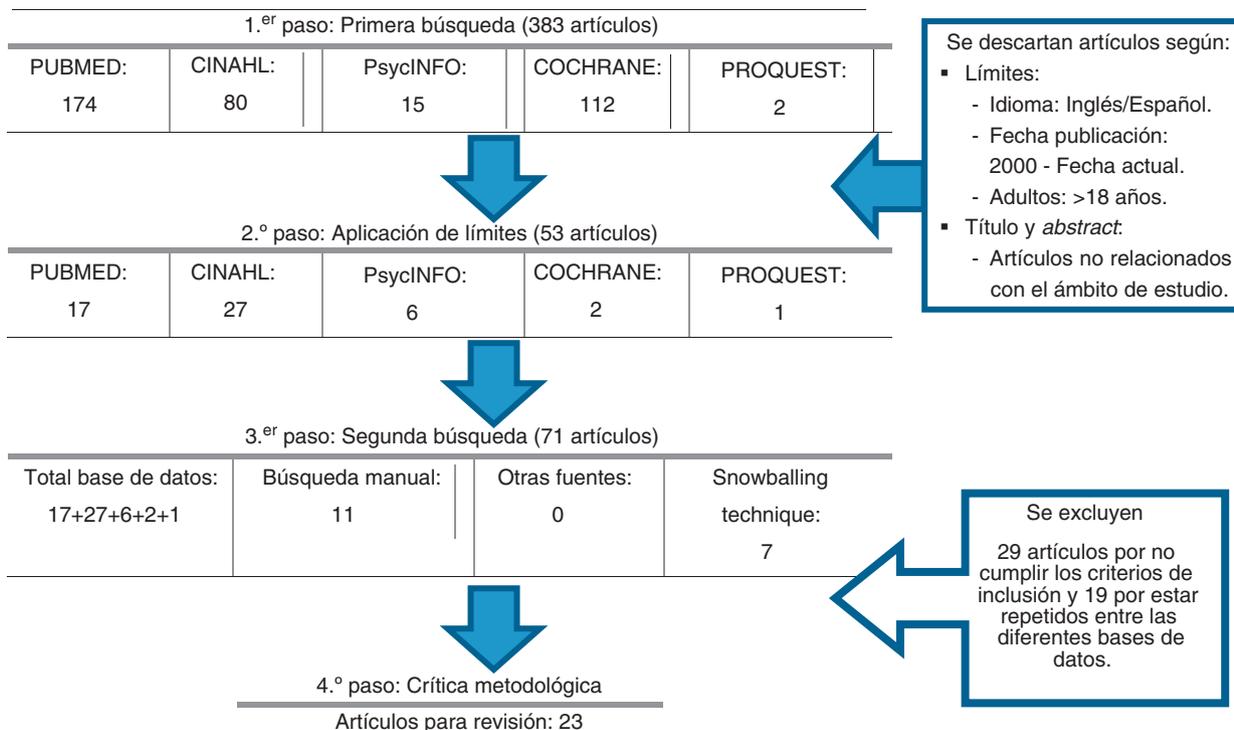


Figura 1 Estrategia de búsqueda bibliográfica.

Tabla 3 Criterios para la valoración crítica de los estudios^a

Tipo de estudio	Criterios
Estudios cualitativos	<p>Hay congruencia entre la orientación teórica y la metodología utilizada</p> <p>Hay congruencia entre la metodología utilizada y la pregunta de investigación y objetivo</p> <p>Hay congruencia entre la metodología utilizada y los métodos utilizados para obtener los datos</p> <p>Hay congruencia entre la metodología utilizada y el análisis y presentación de los datos</p> <p>Hay congruencia entre la metodología utilizada y la interpretación de los resultados</p> <p>Se especifica si el investigador se posiciona en un contexto cultural o teórico específico</p> <p>Se hace explícito si el investigador ha repercutido en la investigación y viceversa.</p> <p>La voz de los participantes y los participantes en sí mismos están adecuadamente representados</p> <p>La investigación es ética de acuerdo a criterios actuales o, para estudios recientes, existe evidencia de aprobación ética por un organismo competente</p>
Estudios de tipo intervención	<p>Las conclusiones presentadas se derivan del análisis, o de la interpretación de los datos</p> <p>Los participantes fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio</p> <p>Los participantes fueron ciegos a su asignación a los grupos de estudio</p> <p>La asignación a los grupos de estudio fue ciega para quien hacía la asignación</p> <p>Los resultados de los participantes que abandonaron el estudio fueron descritos e incluidos en el análisis (generalmente una tasa de abandono del 5%, o menos, se considera insignificante. Una tasa de abandono del 20%, o más, se considera que tiene un impacto significativo sobre la validez del estudio)</p> <p>Quienes evaluaron los resultados lo hicieron de forma ciega para la asignación al tratamiento</p> <p>Los grupos fueron comparables al inicio del estudio</p> <p>A excepción de la intervención en estudio, los participantes fueron tratados igual</p> <p>Los resultados se midieron del mismo modo para todos los participantes</p> <p>Los resultados se midieron de modo fiable</p>
Cohortes o caso-control	<p>El análisis estadístico utilizado fue el adecuado</p> <p>La elección del método de estudio es adecuada</p> <p>La población estudiada es adecuada</p> <p>El grupo control utilizado es adecuado</p> <p>Se consideran todas las posibles explicaciones para el efecto encontrado</p> <p>Los resultados se han medido objetivamente.</p> <p>La duración del seguimiento es adecuada</p> <p>El plazo para detectar el efecto es suficientemente largo</p> <p>La tasa de abandono no es significativa</p> <p>La tasa de seguimiento de los pacientes es adecuada</p>
Revisiones sistemáticas	<p>La pregunta de revisión está clara y explícitamente formulada</p> <p>La estrategia de búsqueda es adecuada</p> <p>Las fuentes de obtención de los estudios fueron adecuadas</p> <p>Los criterios de inclusión de los estudios son adecuados para la pregunta de revisión</p> <p>Los criterios para la valoración crítica de los estudios son adecuados</p> <p>La valoración crítica se ha realizado por al menos 2 revisores independientes</p> <p>Se han aplicado métodos para minimizar errores durante la extracción de datos</p> <p>Los métodos utilizados para combinar los estudios son adecuados</p>

^a Teniendo en cuenta los criterios del Instituto de Joanna Briggs, se valora si el estudio es de buena calidad, de mala calidad o hay que utilizarlo con precaución.

Resultados principales

En las siguientes secciones se presentan los hallazgos más relevantes obtenidos de la revisión de la literatura.

Proceso de transición: las necesidades y experiencias de los pacientes

En respuesta al primer objetivo, se abordan las necesidades y experiencias de los pacientes antes y después de la transición.

Necesidades y experiencias de los pacientes antes de la transición

Un único estudio abordó las experiencias de los pacientes antes de la transición¹⁹. Entre las necesidades y experiencias identificadas se señalan: «la aceptación», «la relación estrecha con el personal de la UCI», y por último, «el deseo de normalidad».

«La aceptación»: relacionada con sentimientos de mejora o de una evolución favorable de la enfermedad. Por otro lado, algunos pacientes tuvieron una percepción del proceso de transición más negativa, ya que tenían una sensación de estar dentro de un sistema, en una cadena de

Tabla 4 Características de los estudios seleccionados en esta revisión

Objetivos generales de la revisión	Secciones de la revisión	Autor (año)	País	Diseño	Muestra	Recogida de datos
Identificar y presentar críticamente cuál es la evidencia existente sobre cómo los pacientes, las familias y los profesionales de enfermería experimentan el proceso de transición desde la UCI al área de hospitalización	Necesidades y experiencias de los pacientes antes de la transición	McKinney y Deeny (2002) ¹⁹	RU	Fenomenológico	6 pacientes	Entrevistas abiertas-cerradas antes de la transición
		Chaboyer et al. (2005a) ²⁰	Australia	Estudio de caso	7 pacientes	Grupos focales un mes después de la transición
			RU	Exploratorio	34 pacientes	Entrevistas semiestructuradas 6 meses después de la transición
		McKinney y Deeny (2002) ¹⁹	RU	Fenomenológico	6 pacientes	Entrevistas abiertas-cerradas 2 días después de la transición
		Odell (2000) ²²	EE. UU.	Fenomenológico	6 pacientes	Entrevistas semiestructuradas 1-2 días después de la transición a planta
	Necesidades y experiencias de los familiares	Pattison et al. (2007) ²³	RU	Exploratorio	27 pacientes	Cuestionario y entrevistas 3-6 meses tras la transición
		Strahan y Brown (2005) ²⁴	EE. UU.	Fenomenológico	10 pacientes	Entrevistas abiertas-cerradas 3-5 días después de la transición
		Chaboyer et al. (2005a) ²⁰	Australia	Estudio de caso	6 familias	Grupos focales un mes después de la transición
		Paul et al. (2004) ¹⁶	EE. UU.	Metodología combinada	7 familiares	Entrevistas semiestructuradas
		Streater et al. (2002) ²⁵	RU	Fenomenológico	11 familiares	Entrevistas semiestructuradas
«Transfer anxiety»	Gustad et al. (2008) ²⁶	Australia	Cohorte	35 pacientes de 249 ingresados	Escala «Hospital Anxiety and Depression» en la UCI (antes transición), en planta (tras la transición)	
Identificar y presentar críticamente cuál es la evidencia existente sobre cómo los pacientes, las familias y los profesionales de enfermería experimentan el proceso de transición desde la UCI al área de hospitalización	Percepción del proceso de transición desde la UCI	Chaboyer et al. (2002a) ²⁷	Australia	Estudio de caso	58 enfermeras de UCI	Escala «Perceptions of discharge planning scale»
		Watts et al. (2007) ²⁸	Australia	Descriptivo	218 enfermeras UCI	Cuestionario
	Experiencias de los profesionales de enfermería de planta	Whittaker y Ball (2000) ²⁹	RU	Exploratorio con un enfoque cualitativo	13 enfermeras de planta	Entrevistas semiestructuradas y cuestionarios

Tabla 4 (Continuación)

Objetivos generales de la revisión	Secciones de la revisión		Autor (año)	País	Diseño	Resultados		
Identificar y describir críticamente las posibles intervenciones que se plantean desde la literatura para el desarrollo de un proceso de transición óptimo.	Proposición de intervenciones	Desarrollo de folletos informativos	Paul et al. (2004) ¹⁶	EE. UU	Metodología combinada	Pacientes y familiares más satisfechos con la información. Mejoría de la comunicación con otras plantas.		
			Mitchell y Courtney (2004) ³⁰	Australia	Experimental	Se reduce la incertidumbre y la ansiedad de la familia.		
			Mitchell y Courtney (2005a) ³¹	Australia	Cuasi-experimental	Mayor satisfacción y comprensión de la información (familia).		
	Desarrollo del perfil de rol avanzado en enfermería para facilitar el proceso de transición de UCI a planta «ICU LN»			Mitchell y Courtney (2005b) ³²	Australia	Tipo evaluación	Mejoría de la comunicación con otras plantas.	
				Mitchell y Courtney (2005c) ³³	Australia	Metodología combinada	Ayuda a las enfermeras; mayor satisfacción de las familias.	
				Chaboyer et al. (2004a) ¹⁸	Australia	Exploratorio	Actividades de la enfermera de rol avanzado.	
				Chaboyer et al. (2004b) ³⁴	Australia	Experimental	Importancia de planificar proceso de transición desde UCI.	
				Chaboyer et al. (2005c) ³⁵	Australia	Estudio de caso	Apoyo paciente, familia y personal de enfermería.	
				Chaboyer et al. (2006) ³⁶	Australia	Experimental	Menor probabilidad de retraso del proceso de transición.	
				Chaboyer et al. (2007) ³⁷	Australia	Experimental	No diferencias en las puntuaciones de ansiedad.	
				Informe de alta de UCI	Navarro- Arnedo et al. (2005) ³⁸	España	Descriptivo	La mayoría de UCIs garantizó la continuidad del cuidado.
				Navarro- Arnedo et al. (2006) ³⁹	España	Cuasi-experimental	El nuevo informe más completo que el anterior.	

EE. UU.: Estados Unidos; ICU LN: Intensive Care Unit Liaison Nurse (enfermera de enlace de UCI a planta); RU: Reino Unido.

Tabla 5 Aspectos más relevantes de la crítica metodológica de los estudios

Estudios	Puntos fuertes	Debilidades
Odell, 2000 ²²	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos están claramente expuestos - La metodología cualitativa y el diseño son apropiados - Recogida y análisis de datos adecuados - Se incluye la reflexividad del investigador - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas - Se emplea triangulación de los datos y de fuentes 	<ul style="list-style-type: none"> - No incluyen las limitaciones del estudio - Explican el trabajo de campo, aunque podrían haber detallado más algunos aspectos (relación establecida con los participantes, puntual o prolongada) para garantizar la credibilidad y la consistencia del estudio. Así también se garantizaría la plausibilidad del análisis - No se especifica si se alcanzó la saturación teórica - No se incluye información sobre el trabajo de campo
Whittaker y Ball, 2000 ²⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos están claramente expuestos - La metodología cualitativa es apropiada - Descripción clara de la estrategia de muestreo - Utilización de triangulación de datos para la recogida de los mismos - El análisis de los datos es riguroso - Consulta de la interpretación del análisis de datos (profesionales y auditoría) - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - No se incluyen los criterios de inclusión de la muestra - Escasa tasa de respuesta de los cuestionarios (36,1%) - No se especifica si se ha alcanzado la saturación de datos
Chaboyer et al., 2002a ²⁷	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de respuesta alta (87%). Muestra homogénea - Se utiliza un cuestionario validado - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio descriptivo - No incluye las limitaciones del estudio - No descripción clara de la estrategia de muestreo
McKinney y Deeny, 2002 ¹⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos están claramente expuestos - La metodología y el diseño son apropiados - Recogida de datos adecuada y el análisis suficientemente riguroso - Se incluye la reflexividad del investigador - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas - Contribuye a profundizar en el conocimiento acerca del proceso de transición teniendo en cuenta las experiencias de los pacientes antes del traslado 	<ul style="list-style-type: none"> - No se especifica si se alcanzó la saturación teórica para cerciorarse de si la selección de la muestra fue apropiada - No se incluye información sobre el trabajo de campo - Se omite si han empleado algún tipo de triangulación para mejorar el rigor del estudio - No emplean el «<i>bracketing</i>» ni la reducción propios del diseño hermenéutico, aunque los investigadores manifiestan explícitamente sus preconcepciones para que los lectores puedan entender la solidez y las limitaciones de las interpretaciones que hayan podido realizar
Streater et al., 2002 ²⁵	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología y el diseño son apropiados - Se utilizan citas para apoyar los hallazgos - Claro reconocimiento de la posible influencia del investigador y las medidas adoptadas para reducir los riesgos - Descripción de la estrategia de muestreo y los métodos de recogida de datos - Los datos se han examinado dentro de un cuerpo de conocimientos existente 	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis temático usando Colaizzi (1978), pero las categorías de los temas no fueron identificadas - Se utilizan citas para apoyar los hallazgos, pero no está claro cómo se llega a unos resultados representativos desde esa muestra

Tabla 5 (continuación)

Estudios	Puntos fuertes	Debilidades
Chaboyer et al., 2004a ¹⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Hay congruencia entre la metodología utilizada, la pregunta de investigación y objetivos y los métodos utilizados para obtener los datos - Se detalla el sistema de muestreo, la recogida de datos y el análisis - Emplean guías para la entrevista y el análisis de las mismas - Se utilizan citas para apoyar los hallazgos. Alcanzaron la saturación teórica - Se incluyeron las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - No incluyen las limitaciones del estudio - No se especifica si el investigador se posiciona en un contexto teórico específico - No se incluye información sobre el trabajo de campo
Chaboyer et al., 2004b ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología parece adecuada - Se describe la intervención de forma detallada - Emplean escalas validadas - Se incluyeron las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesgo de selección (de un solo contexto) - Los participantes no fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio
Mitchell y Courtney, 2004 ³⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Potencia estadística suficiente. Tasa de respuesta del 91% - Se emplean escalas validadas - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso - Se incluyen las limitaciones del estudio 	<ul style="list-style-type: none"> - El diseño pre-test, post-test hizo peligrar la validez interna del estudio - Sesgo de selección (de un solo contexto) - Los participantes fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio - Muestreo de conveniencia. - Falta de homogeneidad de la muestra (la mayoría mujeres)
Paul et al., 2004 ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción detallada de las distintas fases del estudio - La metodología parece adecuada - Se emplea una guía para la realización de las entrevistas - Uso de la codificación temática y el análisis de datos adecuado - Uso de citas para apoyar los datos. Se alcanzó la saturación teórica - Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del proceso - Se da por hecho que los participantes en las distintas fases eran capaces de leer y escribir - No se incluye información sobre el trabajo de campo - No se especificó la tasa de abandono
Chaboyer et al., 2005a ²⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos están claramente expuestos - La metodología y el diseño son apropiados - Recogida de datos adecuada - Se incluye la reflexividad del investigador - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso 	<ul style="list-style-type: none"> - No se especifica si se alcanzó la saturación teórica para cerciorarse de si la selección de la muestra fue apropiada - Diseño: estudio de caso centrado en los individuos de una UCI de un hospital regional - Uso de un único grupo focal con pacientes y familiares - Participación únicamente de familiares del sexo femenino - No se incluye información sobre el trabajo de campo
Chaboyer et al., 2005c ³⁵	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología cualitativa es apropiada - Recogida y análisis de datos son adecuados. Emplea guía para la entrevista - Utilización de citas para apoyar los datos - Se incluye la reflexividad del investigador - Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesgo de selección (un solo contexto) - No se incluyen las limitaciones del estudio

Tabla 5 (continuación)

Estudios	Puntos fuertes	Debilidades
Mitchell y Courtney, 2005a ³¹	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología parece adecuada - Se describe la intervención de forma detallada - Los resultados se midieron del mismo modo para todos los participantes - Tienen en cuenta la aprobación ética - Escala de satisfacción con el traslado pilotada - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso 	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes no fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio - Método de recogida de datos: cuestionarios - Utilización de una escala elaborada por los autores. Falta validez y fiabilidad - Sesgo de selección (de un solo contexto)
Mitchell y Courtney, 2005b ³²	<ul style="list-style-type: none"> - Se pilotó el cuestionario elaborado - Cálculo de la potencia estadística - Tienen en cuenta la aprobación ética - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento no validado - Potencia estadística insuficiente
Mitchell y Courtney, 2005c ³³	<ul style="list-style-type: none"> - Triangulación múltiple en la recogida de datos - Instrumentos pilotados - Se explica detalladamente las distintas fases - Se tiene en cuenta la aprobación ética y el consentimiento informado - Consulta a un panel de expertos 	<ul style="list-style-type: none"> - Complejidad del proceso - Consulta a un panel de expertos - Muestra pequeña - Instrumentos no validados
Navarro-Arnedo et al., 2005 ³⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Se definen las variables del estudio detalladamente - Tasa de respuesta elevada - El análisis estadístico parece adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> - Se desconoce si la muestra fue representativa - No se incluyeron las consideraciones éticas
Strahan y Brown, 2005 ²⁴	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología y el diseño son apropiados - Recogida y análisis de los datos adecuados - «Bracketing»: se dejaron a un lado los conocimientos sobre el fenómeno a estudiar para no influir sobre la información aportada por los entrevistados 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados no generalizables - Entrevistas demasiado cortas para profundizar en el conocimiento (15-35 min) - La muestra geográficamente limitada y oportunista - No se especifica si se alcanzó la saturación teórica - No se incluye información sobre el trabajo de campo
Chaboyer et al., 2006 ³⁶	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología parece adecuada - Los grupos fueron comparables al inicio del estudio - Potencia estadística suficiente - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso - Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Sesgo de selección (de un solo contexto) - Se desconoce si los participantes fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio
Navarro-Arnedo et al., 2006 ³⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Se detallan los criterios de inclusión y exclusión del estudio - La potencia estadística del estudio parece adecuada aunque no se especifica - El análisis estadístico parece adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes no fueron asignados de manera aleatorizada ni fueron ciegos a su asignación - Diseño transversal - Se desconoce si los resultados se midieron de forma fiable

Tabla 5 (continuación)

Estudios	Puntos fuertes	Debilidades
Watts et al., 2007 ²⁸	<ul style="list-style-type: none"> - Estudio multicéntrico - Potencia estadística suficiente - Descripción clara de la estrategia de muestreo - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño del estudio (descriptivo) - Emplea un instrumento no validado - Tasa de respuesta baja (43,4%) - Selección de la muestra - Participación del estudio voluntaria sin tener en cuenta consentimiento ético
Chaboyer et al., 2007 ³⁷	<ul style="list-style-type: none"> - Emplea instrumentos validados - Se describe la intervención de forma detallada - Los resultados se midieron del mismo modo para todos los participantes - Los resultados se midieron de modo fiable - Tasa de abandono del 0% - El análisis de los datos parece suficientemente riguroso - Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Los participantes no fueron asignados de forma aleatorizada a los grupos de estudio - La asignación a los grupos de estudio no fue ciega para quien hacía la asignación - Sesgo de selección (de un solo contexto) - Potencia estadística insuficiente - Consistencia baja de la escala STAI de ansiedad en los pacientes de UCI
Pattison et al., 2007 ²³	<ul style="list-style-type: none"> - Los objetivos de la investigación están claramente expuestos - Marco teórico evidente - La metodología cualitativa es apropiada - No relación de investigación con los participantes - Descripción clara de la estrategia de muestreo - Se han tenido en cuenta las cuestiones éticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Ningún reconocimiento de la posible influencia del investigador - No se describe la ubicación de las entrevistas o si fueron grabadas - Se utilizan citas para apoyar los hallazgos, pero cómo se llega a unos resultados representativos desde muestra no está claro
Field et al., 2008 ²¹	<ul style="list-style-type: none"> - La metodología cualitativa es apropiada - Descripción clara de los métodos de recogida de datos - Uso de la codificación temática y el análisis de datos adecuado - Utilización de citas para apoyar los datos - Breve examen de los resultados con el cuerpo existente de conocimiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Largo período de tiempo desde la experiencia en la UCI, difícil de extrapolar los resultados - No hay un marco teórico identificado - No se especifica la estrategia de muestreo - No están completamente claros los vínculos entre los temas y las categorías de los datos
Gustad et al., 2008 ²⁶	<ul style="list-style-type: none"> - Emplean un instrumento con suficiente validez y fiabilidad - Detallan la estrategia de muestreo - Se han tenido en cuenta las consideraciones éticas - La duración del seguimiento parece adecuada - Se incluyen las limitaciones de su estudio 	<ul style="list-style-type: none"> - Representatividad de la población cuestionable, tamaño de la muestra pequeña - Se desconoce si los resultados se han medido objetivamente - La tasa de abandono fue considerable (más del 20%)

acontecimientos sobre los que tenían poco control, observándose un cierto grado de cumplimiento.

«La relación estrecha con el personal de la UCI»: asociada a un cuidado «excepcional» en la UCI, pudiendo favorecer el riesgo de desarrollar ansiedad después de la transición debido a la pérdida de relación.

«El deseo de normalidad»: asociado al deseo de ver la luz del día y de recuperar la independencia. Muchos de los participantes señalaron los monitores y los «tubos» y manifestaron sentirse «molestos» e «incómodos». También, les pareció inquietante depender de otros para realizar tareas que ellos pensaban que debían hacer por sí mismos.

Necesidades y experiencias de los pacientes después de la transición

Para abordar esta sección se han encontrado 6 estudios¹⁹⁻²⁴, con metodología cualitativa, adecuada para explorar las experiencias de los pacientes. En función de estos estudios se han identificado 5 temas emergentes acerca de las necesidades y experiencias de los pacientes después de la transición a planta. Estos temas, que se presentan en la

tabla 6 junto a sus categorías definitorias y a los estudios a los que corresponden, son: «los síntomas físicos y psicológicos», «el proceso de evolución hacia la independencia y la recuperación», «la necesidad de saber» y, «la seguridad y protección».

«Los síntomas físicos»: se han descrito síntomas físicos como la movilidad limitada, el dolor, la pérdida de apetito y la dificultad para dormir, tragar y comer, que parecen agravarse por la debilidad y la fatiga experimentadas por el paciente durante los primeros días o semanas después del proceso de transición, lo que dificulta su autocuidado^{19,21-24}. Odell²² señaló que la pérdida de memoria pudo haber sido un mecanismo de defensa del paciente para hacer frente a lo que estaba pasando. No obstante, la recogida de datos se realizó a los 4 días del traslado, por lo que podría haber cierta confusión entre lo que podían recordar o sabían acerca de su proceso de transición desde la UCI.

«Los síntomas psicológicos»: se han identificado síntomas psicológicos como niveles elevados de ansiedad, trastornos del sueño, pesadillas, alucinaciones, amnesia y síntomas de depresión y estrés postraumático¹⁹⁻²⁴. Dos de estos estudios

Tabla 6 Temas y categorías de los estudios después de la transición a planta

Temas	Estudios	Odell ²²	McKinney y Deeny ¹⁹	Chaboyer et al. ²⁰	Strahan y Brown ²⁴	Pattison et al. ²³	Field et al. ²¹
Síntomas físicos	Fatiga	+	+	-	+	+	+
	Pérdida de memoria						
	Debilidad						
	Insomnio						
	Sueños						
	Problemas con la comida						
Síntomas psicológicos	Ansiedad	+	+	+	+	+	+
	Depresión						
	Preocupación						
	Miedo						
	Estrés						
Proceso de evolución	Dependencia	+	+	+	+	+	+
	Vulnerabilidad						
	Abandono						
	Insignificancia						
	Poder y control						
Necesidad de saber	Incertidumbre	+	-	-	+	-	+
	Falta de conocimiento						
	Esperanza/desesperanza						
	Necesidad de información						
	Comunicación						
Seguridad y protección	Pérdida de seguridad	+	+	+	+	+	+
	Capacidad para hacer frente a la situación						
	Confianza						
	Relaciones						
	Comunicación						
	Ansiedad						
	Bienestar						
	Contribución al cuidado						

+ Estudios que identifican los temas y categorías descritos.

- Estudios que no identifican los temas y categorías descritos.

postularon que existía una reciprocidad entre los síntomas físicos y psicológicos, conque, la presencia de molestias físicas continuadas podía ocasionar postración, depresión y vulnerabilidad, contribuyendo a su vez, a la aparición de otros problemas físicos^{21,24}. Cabe señalar, sin embargo, que en el primer estudio algunos participantes señalaron no haber experimentado alteraciones psicológicas o emocionales. Por otro lado, a nivel emocional Odell²² identificó en su estudio sentimientos tales como la preocupación y el miedo, debido a que algunos pacientes se sentían una carga para los demás -profesionales y pacientes- y en ocasiones debían razonar sus necesidades para satisfacer la demanda del servicio y no al revés.

«El proceso de evolución hacia la independencia y la recuperación»: en el estudio de McKinney y Deeny¹⁹, la mayoría de los pacientes expresaron sentimientos positivos de placer y excitación al abandonar la UCI. Los resultados obtenidos de múltiples estudios^{20,22-24}, sin embargo, apuntaron una contradicción. Si bien los participantes reconocieron que la transición significaba mejoría y recuperación, también describieron sentimientos de miedo y ansiedad. Estos sentimientos se describieron como sentimientos de abandono, vulnerabilidad, insignificancia y dependencia. Por su parte, Chaboyer et al.²⁰ postularon que los pacientes no se sentían preparados para el alta y su evolución hacia la independencia y la recuperación, y que estaban preocupados por lo que les pudiera ocurrir. Esta contradicción parecía conducir a sentimientos de ambivalencia y confusión en este período de recuperación. Por tanto, de los hallazgos de los estudios se desprende que, a pesar de los miedos y preocupaciones asociados al traslado, la mayoría de los pacientes consideraron que el proceso de transición a planta era señal de recuperación, incluso aunque no se sintieran físicamente mejor.

«La necesidad de saber»: en el estudio de Strahan y Brown²⁴, los pacientes describieron una falta o escasa información contribuyendo a que, a menudo, no se sintieran preparados para irse a planta. Por su parte, Odell²² señaló que la falta de conocimiento también se asoció a una escasa información y a la pérdida de memoria experimentada por los pacientes entrevistados. Cabe señalar que, en contraste con otros estudios, Odell²² también apuntó que algunos pacientes se contentaban con no saber lo que estaba pasando y delegaban su cuidado a los profesionales. Además, Field et al.²¹ señalaron que los pacientes describieron como pobre la comunicación entre la planta y la UCI, favoreciendo así que se sintieran incapaces de hacer frente al proceso de transición de un entorno a otro.

«Seguridad y protección»: este tema es un aspecto recurrente en la mayoría de los estudios revisados¹⁹⁻²⁴. Así, por ejemplo, los participantes del estudio de Field et al.²¹ esperaban un nivel de cuidado distinto en la planta, en relación con una elevada carga de trabajo del personal de enfermería y entendían que la calidad del cuidado dependiera de los recursos disponibles. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes apuntaron que pensaban que no habían recibido un nivel adecuado de atención en la planta, señalando que esto había afectado negativamente a su recuperación a corto plazo. Asimismo, en el trabajo de Pattison et al.²³ los pacientes también identificaron «miedo al traslado»

asociado a estar solos después de una enfermedad crítica y a abandonar la seguridad de la UCI.

Por otro lado, se describió la dificultad que los pacientes tuvieron para adaptarse al entorno de la planta. Según McKinney y Deeny¹⁹, los pacientes se sentían más seguros en la UCI debido a una mayor vigilancia y observación y a los vínculos establecidos con el personal de dicha unidad. De este modo, los pacientes percibieron que pasaban de una situación en la que estaban continuamente atendidos, con un ratio enfermera-paciente de 1-1, a una situación en la que la relación era limitada y donde el ratio enfermera-paciente era significativamente más alto^{20,22,24}.

Experiencias y necesidades de los familiares sobre el proceso de transición

Para esta revisión se han identificado 3 estudios cualitativos, uno que investigó las experiencias de transición de las familias desde una UCI de neurología a planta²⁵, otro que exploró las necesidades de los familiares para diseñar una intervención para la preparación del proceso de transición a planta¹⁶, y otro estudio que abordó las experiencias de 6 familiares además de las vivencias del proceso de transición de los pacientes trasladados²⁰.

A través de estos estudios, se han identificado 6 temas que reflejan la naturaleza compleja y emocional del proceso de transición desde la UCI a planta para los familiares. Estos temas fueron: «la sensación de abandono repentino», «la vulnerabilidad e impotencia», «los sentimientos de insignificancia», «la incertidumbre», «la ambivalencia acerca de la experiencia de transición» y «la ansiedad asociada a la transición»^{16,20,25}.

«Sensación de abandono repentino»: percepción de que su familiar había sido trasladado de forma repentina y que no estaba preparado para salir del entorno de protección²⁰.

«Vulnerabilidad e impotencia»: sentimientos asociados al significado de responsabilidad atribuido a los familiares cuando el paciente se encontraba en la planta²⁰.

«Sentimiento de insignificancia»: asociado a una atención menos personalizada de la enfermera de la planta debido al incremento del ratio enfermera-paciente^{16,20}.

«Incertidumbre»: definida como la incapacidad para determinar el significado de los eventos en relación con las expectativas en la planta y la enfermedad¹⁶.

«Ambivalencia»: sentimientos encontrados tales como sentimientos de placer de que su pariente estuviera lo suficientemente bien como para moverse, y miedo y dudas de que estuviera preparado para trasladarse, así como deseo de permanecer en el entorno protector de la UCI y temor sobre las consecuencias del proceso de transición^{16,20}.

«Transfer anxiety»: ansiedad relacionada con el cambio de entorno, la incertidumbre, el miedo a lo desconocido y la disminución de la monitorización^{16,20,25}.

También, en función de estos estudios, se han identificado varias necesidades prioritarias: «la necesidad de información» y «la necesidad de reducir la ansiedad»^{16,20}. Asimismo, se reconoce «la necesidad de una mayor educación del personal en lo que respecta a las necesidades de los pacientes y las familias durante el proceso de transición a planta»¹⁶. Por su parte, Chaboyer et al.²⁰ sugieren que «el

apoyo emocional de las familias» debería integrarse como una de las competencias del rol de enfermería.

«Transfer anxiety»

Como se ha mencionado en las anteriores secciones, los pacientes y familiares no están exentos de experimentar ansiedad asociada al proceso de transición. Este fenómeno se ha estudiado, en la última década, bajo los términos «transfer anxiety» o «relocation stress». Carpenito⁴⁰ define «relocation stress» como «un estado en el que un individuo experimenta trastornos fisiológicos, psicológicos o ambos como resultado de la transición de un ambiente a otro» (p. 1016).

En la mayoría de los estudios revisados se ha hecho alusión a este fenómeno, no obstante solo se ha encontrado un estudio que lo haya abordado en profundidad, pocos que lo hayan hecho desde la perspectiva de la familia y ninguno de ellos desde la perspectiva del profesional de enfermería. Como se observa en la [tabla 4](#) el artículo seleccionado es un estudio cohorte prospectivo²⁶ que empleó una escala validada para medir la ansiedad del paciente durante el proceso de transición de UCI a planta (antes y después de la transición). Según Gustad et al.²⁶, los niveles de ansiedad medidos en los pacientes se mantuvieron bajos, presentando ansiedad antes y después del proceso el 17 y el 6,8% de los pacientes respectivamente. No obstante, debido a que la muestra fue pequeña con una tasa de abandono elevada, los resultados obtenidos pudieron ser cuestionables, recomendando los autores la realización de futuros estudios.

Proceso de transición desde la perspectiva de los profesionales de enfermería

Por último, respondiendo al primer objetivo de la revisión, se describe cómo experimentan los profesionales de enfermería -de UCI y de planta- el período de transición.

Percepción del proceso de transición desde la unidad de cuidados intensivos

La enfermera de UCI se encuentra en un lugar privilegiado para explorar el proceso de transición. No obstante, se han encontrado solo 2 estudios que han abordado este fenómeno desde un enfoque cuantitativo^{27,28}.

De acuerdo a la bibliografía encontrada, se han podido describir, desde la perspectiva de las enfermeras de UCI, aquellos factores determinantes de un proceso de transición óptimo. En primer lugar, se identificó «el factor tiempo», necesario para asegurar la continuidad de los cuidados del paciente y su familia²⁷. En segundo lugar, se señaló «la condición del paciente» y/o nivel de gravedad como determinantes para planificar la transición, ya que hasta que el paciente no estaba estable no se iniciaba el proceso de transición. En tercer lugar, existieron discrepancias en cuanto a quién debería tener «la responsabilidad de la preparación del proceso de transición»^{27,28}. La mayoría de los profesionales señalaron que debería implicarse el equipo responsable del paciente²⁸, la mitad de los participantes de otro estudio consideraron que era responsabilidad de enfermería e incluso se planteó la posibilidad de que existiera una persona encargada de ello²⁷. Asimismo, no hubo consenso con

relación a «cuándo se debería comenzar a planificar el proceso de transición»^{27,28}. Se debe señalar, sin embargo, que algunos autores abogaron por planificar el proceso de transición mucho antes de trasladar al paciente²⁸. Por último, es importante resaltar como uno de los factores determinantes del proceso de transición «la comunicación» entre los miembros del equipo de UCI y con el equipo del área de hospitalización al que va a ser trasladado²⁸.

Experiencias de los profesionales de enfermería de planta

El estudio del proceso de transición de los pacientes, desde la UCI al área de hospitalización, bajo la perspectiva del profesional de enfermería de planta también ha sido limitado. Whittaker y Ball²⁹ identificaron 4 temas emergentes de los hallazgos de su estudio: «las emociones de las enfermeras», «los problemas», «la comunicación» y la «necesidad de intervenciones para facilitar el proceso de transición».

«Emociones»: preocupación sobre el estado del paciente tras el traslado. A este respecto, se ha considerado que el nivel de experiencia de las enfermeras que reciben los pacientes desde la UCI es inversamente proporcional al nivel de estrés que experimentan.

«Problemas»: relacionados con la falta de recursos (dotación de personal, la carga de trabajo y el registro), el bienestar físico (preocupación acerca de la utilización del equipo adecuado) y la familia (ansiedad asociada a la rápida retirada de la monitorización, la disminución de la presencia de enfermería, o ningún cambio notable en la condición del paciente).

«La comunicación»: aspecto clave para proporcionar la continuidad en el cuidado y un proceso de transición adecuado. Algunas enfermeras apuntaron no haberse sentido lo suficientemente informadas para proporcionar un cuidado inmediato al paciente.

«Intervenciones»: en relación con las siguientes áreas: a) la *documentación* podría mejorarse mediante la información escrita y telefónica breve que incluyera el nivel de dependencia del paciente, el equipo así como el cuidado de enfermería necesario; b) la *valoración* del paciente y de la familia antes del proceso de transición por una enfermera «senior» de la planta para ayudarles a adaptarse a la planta; c) indicadores de *dependencia*, y d) la *carga de trabajo*, a través de escalas.

Intervenciones propuestas

Este apartado se erige para dar respuesta al segundo objetivo de esta revisión. Como se puede observar en las [tablas 4 y 5](#), a nivel internacional se han encontrado varios autores clave que han propuesto intervenciones en función de las necesidades de los pacientes, los familiares y las enfermeras de UCI^{16,30-33}. Paul et al.¹⁶ llevaron a cabo un estudio exploratorio con etapas de la investigación en acción cuyo objetivo fue desarrollar un folleto informativo para pacientes y familiares, en el que se les preparaba para el traslado desde la UCI al área de hospitalización. En este estudio se obtuvieron resultados similares en función de la satisfacción de los pacientes y familiares con la información. Además, se demostró una mejor comunicación entre la UCI y el área de hospitalización. En esta misma línea, Mitchell

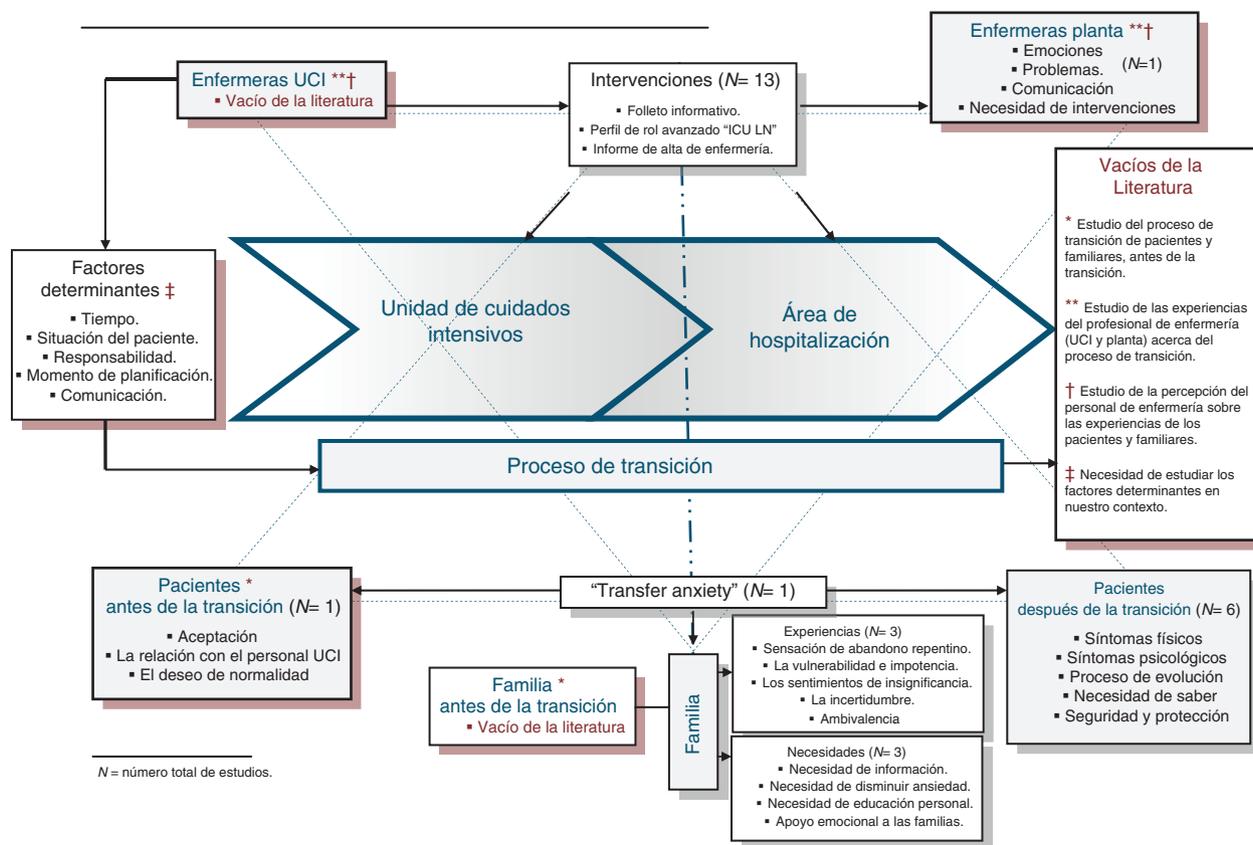


Figura 2 Representación gráfica de los hallazgos y vacíos identificados.

y Courtney³¹⁻³³ llevaron a cabo 3 estudios como parte de un proyecto más amplio. En primer lugar, estos autores³¹ desarrollaron, implementaron y evaluaron un folleto para mejorar el proceso de transición desde la UCI a planta dirigido a las familias. En segundo lugar, evaluaron el folleto diseñado desde la perspectiva de la familia³², y en tercer lugar, desde el enfoque de las enfermeras de UCI³³. Estos estudios concluyeron que: el folleto ayudó a las enfermeras a facilitar el proceso de transición del paciente y a mejorar la satisfacción de las familias con la información recibida.

Por otro lado, cabe señalar la existencia a nivel internacional de una figura de rol avanzado conocida con el nombre de «*Liaison Nurse*» o enfermera de enlace, creada para garantizar la continuidad del cuidado. Este rol se centra fundamentalmente en 4 actividades: 1) apoyar a los pacientes recién trasladados desde la UCI, 2) a los pacientes cuya enfermedad se ha agudizado en el área de hospitalización y 3) a las familias, y 4) proporcionar educación para capacitar al personal de la planta. Según numerosos estudios^{18,34-37}, este perfil ha tenido un impacto beneficioso sobre la mortalidad, los reingresos, la demora en la transición y la frecuencia de los efectos adversos, identificándose el mayor beneficio en la mejora de la comunicación entre la enfermera de UCI y la enfermera de planta.

En este sentido, se han encontrado 2 artículos que han abordado el informe de alta de enfermería desde la UCI, en el contexto español^{38,39}. En el primer estudio³⁸, descriptivo observacional, se analizaron los informes de alta de enfermería emitidos por la UCI, llegando a la conclusión de que en la mayoría de las unidades se garantizó la continuidad

en los cuidados de enfermería al alta del paciente, bien sea cumplimentando un informe de alta de enfermería, bien acompañando al paciente o llamando por teléfono a los profesionales de planta. Con relación al segundo estudio³⁹, de diseño cuasi-experimental, en el que se compararon 2 informes de alta de enfermería (nuevo-antiguo), se concluyó que el 91% de los profesionales de planta y el 68% de UCI calificaron el nuevo informe mejor o mucho mejor que el anterior.

El resumen de los principales hallazgos y vacíos conceptuales identificados en la literatura revisada se representa en la figura 2. A través de esta figura se muestra el proceso de transición desde la UCI a planta como un proceso continuo, dinámico y multidimensional, desde la perspectiva de las enfermeras (UCI y planta), los pacientes (antes y después de la transición) y las familias (después del proceso). Asimismo, se incluyen los factores determinantes y las intervenciones propuestas para un proceso de transición óptimo desde la perspectiva de las enfermeras de UCI.

Discusión

A través de esta revisión se han dado a conocer los hallazgos identificados acerca de las necesidades y experiencias de los pacientes, familiares y profesionales de enfermería implicados en el proceso de transición desde la UCI a planta. Asimismo, se han descrito posibles intervenciones para el desarrollo de un proceso de transición óptimo.

Con respecto a las necesidades y experiencias de los pacientes y familiares, uno de los aspectos recurrentes

ha sido la aparición de ansiedad asociada al proceso de transición¹⁹⁻²⁵. Este fenómeno puede ser atribuido a la relación estrecha que se establece entre estos y el personal de UCI^{16,20}, lo que favorece que después del proceso de transición manifiesten un cierto grado de «dependencia», sentimientos de abandono, inseguridad y vulnerabilidad^{16,20,25}. Estos hallazgos contrastan con el único estudio que ha abordado este aspecto en profundidad²⁶ en el que los niveles de ansiedad de los 35 pacientes estudiados fue bajo. No obstante, es necesario destacar que dicho resultado no sería del todo concluyente debido a la falta de solidez de este estudio en cuanto al escaso tamaño muestral, la elevada tasa de abandono de los cuestionarios y el sesgo de selección. Además, se llevó a cabo desde un enfoque cuantitativo, pudiendo haber perdido información relevante acerca de cómo fue su experiencia en torno a dicho proceso. En este sentido, sería interesante conocer cómo influye la preparación del proceso de transición en la aparición de ansiedad en los pacientes y familiares.

De acuerdo a la bibliografía encontrada en esta revisión, se han encontrado discrepancias sobre quién debería asumir la responsabilidad de la preparación del proceso de transición. La mayoría de los profesionales de enfermería señalaron que debería implicarse al equipo responsable del paciente²⁸, mientras la minoría consideró que era responsabilidad de enfermería²⁷. Esta dicotomía puede ser atribuida a que todavía en muchas unidades algunas enfermeras no tienen una actitud positiva hacia la función compartida del médico y la enfermera dentro del equipo⁴¹, por la subordinación que siempre ha existido de las enfermeras hacia los médicos. Por otro lado, tampoco ha habido consenso con relación a cuándo se debería comenzar a planificar el proceso de transición^{20,28}. Desde esta revisión, al igual que algunos autores²⁸, se aboga por planificar el proceso de transición mucho antes de trasladar al paciente para poder facilitar la adaptación de los pacientes y familiares a la nueva situación y la continuidad de los cuidados en planta.

Otro de los factores determinantes de un proceso de transición óptimo fue la comunicación establecida entre los miembros del equipo de UCI y el equipo del área de hospitalización de destino^{28,29}. A este respecto, varios autores^{16,32} encontraron que el desarrollo de folletos informativos mejoró la comunicación entre la UCI y otras plantas. Sin embargo, a pesar de la relevancia del tema, la literatura al respecto ha sido limitada sin haber sido abordado en profundidad y únicamente desde la perspectiva de las enfermeras de UCI. Por tanto, sería interesante estudiar este tema y diseñar intervenciones para mejorar la comunicación entre las enfermeras de UCI y las de planta teniendo en cuenta ambas perspectivas.

En la literatura revisada se han propuesto varias intervenciones para facilitar un proceso de transición óptimo tales como: el desarrollo de folletos informativos^{16,30-33}, la creación de un perfil de enfermería que ejerza de enlace entre la UCI y la planta³⁴⁻³⁸ y el informe de alta de UCI^{39,40}. La mayoría de estas intervenciones han sido diseñadas en función de las necesidades de los pacientes y familiares en el momento del alta sin tener en cuenta el período después del proceso de transición. Asimismo, se han desarrollado desde la perspectiva de la enfermera de UCI. La efectividad de estas intervenciones podría ser cuestionable debido a las limitaciones de los estudios en cuanto a diseño, muestra, falta de

aleatorización y validez de los instrumentos empleados. Por ello, se plantea la necesidad de llevar a cabo futuros estudios con mayor calidad metodológica teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y familiares tras el proceso de transición y la perspectiva del personal de enfermería del área de hospitalización.

Desde esta revisión se aboga por la promoción de la Enfermería Basada en la Evidencia, al pretender acercar los resultados de la investigación sobre el tema a la práctica clínica. Asimismo, se ha aportado una figura con los principales hallazgos y vacíos identificados en la literatura que podrá guiar la realización de futuros estudios.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta revisión hay que señalar que la valoración crítica de los estudios ha sido realizada por un único revisor, lo cual no garantiza la coherencia interna y la eliminación de sesgos. Otra de las limitaciones sería que no se ha encontrado ningún estudio a nivel nacional que explore el proceso de transición desde la perspectiva de las personas implicadas. En el ámbito internacional es necesario destacar, por un lado, las limitaciones identificadas en la calidad metodológica de los estudios seleccionados, aunque ninguno de ellos se ha considerado de mala calidad, y, por otro, la ausencia de estudios con metodología combinada que aporten una visión más completa de este fenómeno.

Conclusiones

Esta revisión pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta las perspectivas de los pacientes, familiares y profesionales de enfermería para poder llevar a cabo una planificación óptima del proceso de transición del paciente desde la UCI a planta que garantice su seguridad.

Los resultados de esta revisión revelan que el fenómeno «transfer anxiety» es uno de los aspectos clave del proceso de transición. Por este motivo, se considera importante estudiarlo en profundidad tanto en el ámbito nacional como en el internacional.

A nivel internacional, se ha constatado que las enfermeras pueden desempeñar un papel esencial en la planificación del proceso de transición para garantizar la continuidad en la atención prestada al paciente y disminuir la ansiedad asociada al proceso de transición en pacientes y familiares. No obstante, debido a la escasa bibliografía encontrada en nuestro contexto se considera necesario explorar las necesidades de los pacientes, los familiares y las enfermeras implicadas en dicho proceso (antes, durante y después) para poder plantear futuras intervenciones en España.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, et al. Indicadores de calidad en el paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:23-32.

2. Joint Commission International. Assessment of patients. En: Joint Commission International, editor. Accreditation standards for hospitals. Illinois: Joint Commission Resources; 2008. p. 80.
3. Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Aust Critical Care*. 2009;22:29-43.
4. Levin PD, Worner TM, Sviri S, Goodman SV, Weiss YG, Einav S, et al. Intensive care outflow limitation: frequency, etiology, and impact. *J Crit Care*. 2003;18:206-11.
5. Levin PD, Sprung CL. The process of intensive care triage. *Intensive Care Med*. 2001;27:1441-5.
6. Kydd A. The patient experience of being a delayed discharge. *J Nurs Manag*. 2008;16:121-6.
7. Cook R, Ramussen J. «Going solid»: a model of system dynamics and consequences for patient safety. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:130-4.
8. Duke GJ, Green JV, Briedis JH. Night-shift discharge from intensive care unit increases the mortality-risk of ICU survivors. *Anaesth Intensive Care*. 2004;32:697-701.
9. Chrusch CA, Olafson KP, McMillan PM, Roberts DE, Gray PR. High occupancy increases the risk of early death or readmission after transfer from intensive care. *Crit Care Med*. 2009;37:2753-8.
10. Chaboyer W. Intensive care and beyond: improving the transitional experiences for critically ill patients and their families. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22:187-93.
11. Schumacher KL, Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*. 1994;26:119-27.
12. Chaboyer W, Elliott D. Care across the continuum. En: Elliott D, Aitken L, Chaboyer W, editores. ACCCN's critical care nursing. Australia: Mosby Elsevier; 2007. p. 71-85.
13. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. En: Chinn PL, editor. Nursing research methodology. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237-57.
14. Olsson K, Ekf A-C. Transition: how a concept has been used in nursing science. *Theoria J Nurs Theory*. 2002;11:4-12.
15. Chaboyer W, James H, Kendall M. Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Crit Care Nurs*. 2005;25:16-28.
16. Paul F, Hendry C, Cabrelli L. Meeting patient and relatives' information needs upon transfer from an intensive care unit: the development and evaluation of an information booklet. *J Clin Nurs*. 2004;13:396-405.
17. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci*. 2000;23:12-28.
18. Chaboyer W, Foster MM, Foster M, Kendall E. The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004;20:77-86.
19. McKinney AA, Deeny P. Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18:320-31.
20. Chaboyer W, Kendall E, Kendall M, Foster M. Transfer out of intensive care: a qualitative exploration of patient and family perceptions. *Aust Critical Care*. 2005;18:138-45.
21. 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:R21.
22. Odell M. The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *J Adv Nurs*. 2000;31:322-9.
23. Pattison NA, Dolan S, Townsend P, Townsend R. After critical care: a study to explore patients' experiences of a follow-up service. *J Clin Nurs*. 2007;16:2122-31.
24. Strahan EH, Brown RJ. A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2005;21:160-71.
25. Streater C, Golledge J, Sutherland H, Easton J, MacDonald R, McNamara R, et al. The relocation experiences of relatives leaving a neurosciences critical care unit: a phenomenological study. *Nurs Crit Care*. 2002;6:163-70.
26. Gustad LT, Chaboyer W, Wallis M. ICU patient's transfer anxiety: a prospective cohort study. *Aust Crit Care*. 2008;2:181-9.
27. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. ICU nurses' perceptions of discharge planning: a preliminary study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2002;18:90-5.
28. Watts R, Pierson J, Gardner HJ. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *J Clin Nurs*. 2007;16:194-202.
29. Whittaker J, Ball C. Discharge from intensive care: a view from the ward. *Intensive Crit Care Nurs*. 2000;16:135-43.
30. Mitchell ML, Courtney M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2004;20:223-31.
31. Mitchell ML, Courtney M. Improving transfer from the intensive care unit: the development, implementation and evaluation of a brochure based on Knowles' Adult Learning Theory. *Int J Nurs Pract*. 2005;11:257-68.
32. Mitchell ML, Courtney M. An intervention study to improve the transfer of ICU patients to the ward-evaluation by family members. *Aust Critical Care*. 2005;18:61-9.
33. Mitchell M, Courtney M. An intervention study to improve the transfer of ICU patients to the ward-evaluation by ICU nurses. *Aust Critical Care*. 2005;18:61-9.
34. Chaboyer W, Foster M, Kendall E, James H. The impact of a liaison nurse on ICU nurses' perceptions of discharge planning. *Aust Critical Care*. 2004;17:25-32.
35. Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M. The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *J Clin Nurs*. 2005;14:766-75.
36. Chaboyer W, Thalib L, Foster M, Elliott D, Endacott R, Richards B. The impact of an ICU liaison nurse on discharge delay in patients after prolonged ICU stay. *Anaesth Intensive Care*. 2006;34:55-60.
37. Chaboyer W, Thalib L, Alcorn, Foster M. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: an intervention study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23:362-9.
38. Navarro-Arnedo JM, Orgiler-Uranga PE, de Haro-Marín S. Informes de alta de enfermería de cuidados intensivos en España: situación actual y análisis. *Enferm Intensiva*. 2005;16:62-72.
39. Navarro-Arnedo JM, Orgiler-Uranga PE, de Haro-Marín S. Nuevo informe de alta de enfermería de cuidados intensivos: grado de satisfacción y cumplimentación de los colectivos implicados. *Enferm Clínica*. 2006;16:190-7.
40. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. 9.ª ed., 4.ª ed. en español. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
41. Del Barrio Linares M, Reverte Sánchez M. Evaluación del trabajo en equipo en seis unidades de cuidados intensivos de dos hospitales universitarios. *Enferm Intensiva*. 2010;21:150-60.