

Categoría: Calidad percibida

Transición UCI postquirúrgica-planta de hospitalización: experiencias de pacientes y acompañantes desde la Teoría de Meleis

Resumen

La transición desde la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la planta de hospitalización es un momento crítico que genera ansiedad, inseguridad y cambios en la percepción de la calidad asistencial. La evidencia existente se centra en UCIs mixtas y rara vez incorpora simultáneamente las perspectivas de pacientes y acompañantes en contextos postquirúrgicos. Este estudio cualitativo longitudinal exploró las experiencias de ambos actores antes y después del traslado UCI-planta, identificando factores que facilitan o dificultan una transición segura y humanizada. Los hallazgos muestran que la transición se vive como un hito simbólico marcado por vulnerabilidad, exposición corporal, cambios en la percepción de seguridad y una fuerte dependencia de la información recibida. Los pacientes avanzan desde la pasividad hacia una autonomía progresiva, mientras que los acompañantes pasan de una vigilancia limitada en UCI a un rol ampliado en planta, con necesidades informativas y emocionales diferenciadas. La experiencia está modulada por el entorno sensorial, la coherencia informativa y la accesibilidad del personal. La transición UCI-planta requiere intervenciones específicas para cada actor, centradas en la comunicación clara, la protección de la intimidad y la inclusión estructurada de la familia como co-agente del cuidado.

Justificación

Salir de la UCI no siempre significa estar mejor: para muchos pacientes y familias, el traslado a planta es un momento de incertidumbre, vulnerabilidad y pérdida de control que determina cómo valoran toda su experiencia hospitalaria.

La transición desde una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) a la planta de hospitalización constituye un momento crítico en la trayectoria del paciente postquirúrgico. Aunque este traslado suele interpretarse como un avance clínico, la literatura muestra que entre el 19% y el 23% de los pacientes experimentan eventos adversos tras el cambio de unidad, incluyendo deterioro clínico, reingresos y complicaciones (Sauro et al., 2020; Stelfox et al., 2017). Este riesgo clínico se acompaña de un impacto emocional significativo: ansiedad, inseguridad, sensación de vulnerabilidad y pérdida de control (Yumei et al., 2024). La transición no solo implica un cambio físico de entorno, sino también un cambio simbólico en la percepción de la propia recuperación y en la relación con los profesionales.

La evidencia disponible se centra mayoritariamente en UCIs médicas o mixtas (Yumei et al., 2024; de Grood et al., 2018), dejando sin explorar las particularidades de la UCI postquirúrgica, donde los pacientes suelen llegar con expectativas preoperatorias definidas y pueden enfrentarse a complicaciones inesperadas. Esta población presenta una trayectoria de recuperación distinta, marcada por la fragilidad física, la dependencia tecnológica y la necesidad de reconstruir la propia identidad tras la cirugía. Hasta donde sabemos, no existen estudios cualitativos longitudinales que analicen la transición UCI-planta específicamente en pacientes postquirúrgicos.

Además, la mayoría de las investigaciones previas se han centrado exclusivamente en la perspectiva del paciente, relegando a un segundo plano la experiencia del acompañante (Cuzco et al., 2022a). Este vacío es especialmente relevante, ya que los acompañantes desempeñan un papel fundamental en la percepción de la calidad asistencial. Herling et al. (2020) señalaron que los familiares pasan de ser "cónyuges integrados" en UCI a "visitantes" en planta, pero no se ha explorado cómo viven esta transición en el contexto postquirúrgico ni cómo se reconfigura su rol.

La pertinencia de este estudio radica en que la transición UCI-planta es un momento donde la calidad percibida se pone a prueba: la información, la comunicación, la accesibilidad del personal, la protección de la intimidad, la continuidad del cuidado y el entorno sensorial influyen directamente en cómo pacientes y acompañantes valoran la atención recibida (de Grood et al., 2018).

El marco teórico de la Teoría de las Transiciones de Meleis (Meleis et al., 2000) aporta una estructura sólida para analizar este proceso. Sin embargo, la teoría presenta limitaciones reconocidas en cuidados críticos: Ramsay et al. (2014) identificaron que no captura completamente la negociación entre dependencia e independencia, y Davies (2005) señaló que el modelo "no representa adecuadamente la naturaleza interactiva y dinámica de las relaciones entre cuidadores formales e informales". Este estudio contribuye a ampliar el marco teórico al incorporar la dimensión diádica paciente-acompañante.

El proyecto se desarrolló en la Unidad de Reanimación de un Hospital terciario, con aprobación del Comité de Ética de Investigación, código: XXX.

En síntesis, este proyecto aborda un momento crítico, poco estudiado y de alto impacto en la calidad percibida, integrando las voces de quienes viven la transición en primera persona.

Desarrollo

Diseño del proyecto

Se llevó a cabo un estudio cualitativo longitudinal con diseño fenomenológico-descriptivo entre octubre del 2025 y marzo del 2026 en una UCI postquirúrgica de un hospital terciario. Se realizaron entrevistas semiestructuradas en dos momentos: PRE-traslado (24-48h antes) y POST-traslado (3-5 días después). Se reclutaron cuatro díadas paciente-acompañante (n=8 participantes), realizando 16 entrevistas con una duración media de 35 minutos. El análisis temático siguió las fases de Braun y Clarke (2006), guiado por la Teoría de las Transiciones de Meleis (Meleis et al., 2000), manteniendo apertura a categorías emergentes. Se utilizó el software ATLAS.ti v25 para la gestión de datos (Anexo 2). La saturación temática se alcanzó siguiendo el método de Guest et al. (2020).

Características de los participantes

Los pacientes (3 mujeres, 1 hombre; edad media 62 años) habían sido sometidos a cirugías digestivas complejas con estancias en UCI entre 6 y 27 días. Los acompañantes fueron mayoritariamente cónyuges (3) y una hija adulta (Anexo 3).

Rigor metodológico

Se garantizó el rigor mediante criterios de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad. Se aplicaron estrategias de reflexividad para minimizar sesgos del investigador. La saturación temática se alcanzó tras 12 entrevistas y se confirmó con 14 (Anexo 4). El estudio contó con aprobación ética, consentimiento informado y medidas de confidencialidad.

Fase I: Exploración PRE-traslado (UCI)

La estancia en UCI postquirúrgica estuvo marcada por la percepción de gravedad. La cristalera fue interpretada como símbolo de riesgo vital: *"Cuando la metieron en la pecera de cristal supe que estaba muy mal"* (A1). La comparación con otros pacientes generó incertidumbre: *"Veía que subía gente, se iba... y yo contando días"* (P2).

La vulnerabilidad corporal emergió como elemento central en la calidad percibida, consistente con hallazgos previos (Cuzco et al., 2022a; Yumei et al., 2024). La higiene se vivió como exposición extrema: *"El aseo es antinatural... es muy impactante para la intimidad"* (P2). La pérdida de control y la dependencia absoluta configuraron una experiencia de fragilidad profunda: *"Te sientes tan vulnerable, tan impotente"* (P3).

El entorno sensorial contribuyó al malestar: *"Los pitidos... el volumen nunca baja"* (P1). Este entorno afectó al descanso, la orientación y la sensación de seguridad, en línea con la literatura sobre el impacto del ambiente de UCI (Darbyshire & Young, 2013).

La seguridad percibida fue ambivalente. Aunque la monitorización ofrecía vigilancia tecnológica, muchos pacientes la vivieron como inaccesible: *"Aquí puede estar una máquina pitando horas y no aparece nadie"* (P3). La variabilidad interprofesional generó ansiedad anticipatoria: *"Siempre le decía a mi mujer: a ver quién me toca"* (P2).

Los acompañantes, con horarios de visita restringidos, adoptaron un rol de vigilancia activa: *"Yo iba indicando a la enfermera... mi marido no hace pis, hay que llamar a cirugía"* (A2). Su percepción de calidad dependió de la información recibida, la coherencia de los mensajes y la accesibilidad del personal: *"Unos te dicen una cosa, otros otra... al final dices, ¿con qué me quedo?"* (A1). Este hallazgo coincide con estudios previos que identifican la fragmentación informativa como barrera principal (de Grood et al., 2018; Stelfox et al., 2017).

Fase 2: Exploración POST-traslado (planta)

El traslado se vivió como hito simbólico: *"Psicológicamente, subir aquí es un paso muy grande"* (A2). La planta ofreció mayor intimidad y un entorno más tranquilo. Las vistas al exterior actuaron como recurso terapéutico: *"Ves el atardecer y dices ¡qué bonito!... es el cambio de todo"* (P2).

La autonomía comenzó a recuperarse, pero con ambivalencias relacionadas con la dependencia tecnológica: *"¿Puedo salir a la calle sin oxígeno?"* (P1); *"No quiero depender de eso toda mi vida. Yo quiero ser como una persona normal"* (P1). Esta preocupación por la identidad post-UCI conecta con la literatura sobre el Síndrome Post-Cuidados Intensivos (Herridge & Azoulay, 2023).

Los acompañantes experimentaron un cambio de rol significativo. La posibilidad de quedarse sin restricción horaria aumentó la tranquilidad: *"Sin límite de horario, nos podemos quedar a dormir, estamos mucho más tranquilos"* (A2). Sin embargo, surgieron nuevas preocupaciones: *"¿Quién le va a atender?"* (A2).

La seguridad percibida mejoró gracias a la accesibilidad del personal: *"Aquí le das al botón y vienen enseguida"* (P1). La relación enfermera-paciente fue valorada como más humanizada: *"El enfermero es el que está ayudando... y el que está salvando muchas veces los errores del médico"* (A1). Este reconocimiento del rol enfermero es consistente con los hallazgos de Cuzco et al. (2022a, 2022b).

Ejes temáticos integradores

Eje 1: Vulnerabilidad y reconstrucción identitaria

La transición implicó un proceso de reconstrucción. La exposición corporal, el malestar nocturno y la dependencia marcaron la fase PRE, mientras que la movilidad y la autonomía emergieron como símbolos de recuperación en la fase POST, confirmando el patrón descrito por Meleis et al. (2000).

Eje 2: Información y seguridad percibida

La fragmentación informativa fue el principal inhibidor de la calidad percibida, consistente con estudios multicéntricos previos (de Grood et al., 2018; Stelfox et al., 2017). La coherencia de los mensajes y la claridad en la comunicación actuaron como facilitadores clave. La seguridad se redefinió: de tecnológica en UCI a relacional en planta.

Eje 3: Dimensión diádica de la transición

Pacientes y acompañantes vivieron trayectorias diferenciadas pero interdependientes. Los pacientes avanzaron de la pasividad a la autonomía; los acompañantes transitaron de un rol de vigilancia limitada (por restricción horaria) a un rol ampliado de presencia continua. Las asimetrías temporales generaron necesidades distintas: reconstrucción narrativa para los pacientes y procesamiento emocional para los acompañantes. Este hallazgo amplía la evidencia de Herling et al. (2020) y de Grood et al. (2018).

Discusión

La transición UCI-planta postquirúrgica es un proceso complejo que combina elementos simbólicos, emocionales, relacionales y organizativos. Los hallazgos confirman que la calidad percibida depende de factores que trascienden la estabilidad clínica: la información, la accesibilidad del personal, la protección de la intimidad, el entorno sensorial y la continuidad relacional son determinantes en cómo pacientes y acompañantes valoran la atención recibida (de Grood et al., 2018; Yumei et al., 2024).

Este estudio aporta una comprensión diádica de la transición, mostrando que pacientes y acompañantes viven procesos paralelos, pero no equivalentes. La vulnerabilidad extrema del paciente contrasta con la sobrecarga emocional del acompañante, y ambos requieren intervenciones diferenciadas. Los hallazgos son consistentes con estudios previos (Cuzco et al., 2022a; Herling et al., 2020) pero amplían la evidencia al contexto postquirúrgico y al incorporar sistemáticamente la perspectiva familiar, respondiendo a la crítica de Davies (2005) sobre las limitaciones del modelo de Meleis.

Áreas de mejora identificadas:

A nivel paciente-familia:

- Preparación anticipatoria del traslado
- Información clara, coherente y adaptada
- Reconstrucción narrativa del paciente tras la sedación
- Inclusión estructurada del acompañante como co-agente del cuidado

A nivel profesional:

- Unificación de mensajes entre equipos
- Identificación clara de roles profesionales
- Humanización de los cuidados íntimos
- Atención específica al malestar nocturno

A nivel organizativo:

- Protocolos de comunicación del alta centrados en la persona
- Coordinación entre UCI y planta
- Mejora del entorno sensorial
- Sistemas de llamada accesibles

El modelo conceptual desarrollado es transferible a otras UCIs postquirúrgicas con características similares. El manuscrito derivado de este proyecto ha sido preparado para publicación internacional en revista Q1 (Nursing in Critical Care).

Conclusión

La transición UCI-planta es un proceso diádico que requiere intervenciones específicas para cada actor. La calidad percibida mejora cuando la información es coherente, la intimidad se protege, el entorno acompaña y la familia se integra de forma estructurada.

La calidad percibida no se mide solo en indicadores clínicos, sino en cómo las personas se sienten cuidadas en los momentos de mayor fragilidad. Este estudio demuestra que la transición UCI-planta es uno de esos momentos, y que mejorarla está en nuestras manos.