

Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España

Dolores Andreu-Periz¹, Antonio Ochando-García², Enric Limón-Cáceres³

¹ Profesora Honorífica de la Universitat de Barcelona (UB). España

² Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. España

³ Coordinador del Programa VINCat (Control de las Infecciones nosocomiales en Cataluña). Universitat de Barcelona. España

Como citar este artículo:

Andreu-Periz D, Ochando-García A, Limón-Cáceres E.

Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID.19 en España. *Enferm Nefrol.* 2020 Abr-Jun;23(2).148-59

Resumen

Objetivo: Profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con enfermedad de COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia en España.

Material y Método: Estudio cualitativo fenomenológico. El grupo participante fue de diez enfermeras/o de hospitales públicos de España que habían dializado a pacientes con COVID-19. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas a través del programa Skype®, hasta conseguir la saturación de las unidades de significado. El análisis se hizo mediante el método de Colaizzi-7 pasos.

Resultados: Del análisis de los discursos emergieron cuatro dimensiones asociadas a diferentes subcategorías: desconocimiento sobre la enfermedad, sufrimiento del paciente, soporte percibido y capacidad de afrontamiento de los profesionales.

Conclusiones: En las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. En la etapa álgida del brote epidémico las vivencias de las enfermeras de hemodiálisis

fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente y por el miedo al contagio, agravado por la falta de medios de protección. Las vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia. También cabe destacar el control racional de la situación, debido a que en las unidades de diálisis hay gran experiencia en el control de la transmisión de enfermedades infecciosas.

PALABRAS CLAVE: COVID-19; pandemia; hemodiálisis; experiencias de vida; enfermeras.



Life experiences and support perceived by nurses in hospital haemodialysis units during the COVID-19 pandemic in Spain

Abstract

Aim: To deepen the knowledge about life experiences and support perceived by nurses who attended in-hospital patients with COVID-19 disease on haemodialysis during the months with the highest prevalence of the pandemic in Spain.

Material and Method: Qualitative phenomenological study. The participating group was ten nurses from public hospitals in Spain who had dialyzed patients with COVID-19. Data collection was performed using semi-structured interviews through Skype® program, until the units of meaning were saturated. The analysis was done using the Colaizzi's seven-step method.

Correspondencia:

Antonio Ochando García
Email:aochandoseden@gmail.com

Results: Four dimensions emerged from the speech analysis associated with different subcategories: ignorance about the disease, patient suffering, perceived support and professionals' ability to cope.

Conclusions: Positive and negative emotions have coexisted in nurses. In the peak stage of the epidemic outbreak, the experiences of hemodialysis nurses were caused by ignorance, not knowing how to act appropriately, and fear of infection, aggravated by the lack of means of protection. The positive experiences were personal growth, the support of the team and the family. It is also worth noting the rational control of the situation, because in the dialysis units there is great experience in controlling the transmission of infectious diseases.

KEY WORDS: COVID 19; pandemic; hemodialysis; life experiences; nurses.

Introducción

En diciembre de 2019 se produjo en China un brote infeccioso provocado por un nuevo tipo de coronavirus (SARS-CoV-2) que posteriormente la Organización Mundial de la Salud denominó enfermedad de COVID-19. Este nuevo patógeno se propagó rápidamente a otros países, provocando una pandemia mundial con graves consecuencias sanitarias y sociales¹⁻³. El foco principal de esta enfermedad se trasladó rápidamente a Europa, siendo Italia y España inicialmente los países más afectados, con gran número de casos y muertos. En España, el primer caso fue diagnosticado el 31 de enero de 2020⁴. En pocas semanas, entre los meses de marzo y mayo de 2020, el número de pacientes ingresados en los hospitales creció de forma exponencial, hasta alcanzar el 31 de marzo, día con más casos registrados en términos absolutos, un total de 9.000 nuevos contagios, llegando a contabilizarse más de 950 muertos el día 2 de abril 2020. Durante este periodo 123.000 pacientes requirieron ingreso hospitalario, 11.000 de ellos en servicios de críticos⁵; y más de 40.000 profesionales sanitarios se contagiaron de COVID-19 durante este periodo de los que más de 50 fallecieron⁶.

En este contexto, el colectivo de profesionales sanitarios, como elementos principales de la lucha contra esta enfermedad, llevó a cabo una labor fundamental, aunque desafortunadamente, junto con las personas mayores o con patologías crónicas, se han convertido en el foco principal de la pandemia. Muchos sanitarios de primera línea han

sacrificado su propio bienestar, y el contagiarse, y saber de la muerte de compañeros les ha causado una gran presión psicológica⁶.

Dentro de los grupos vulnerables, los pacientes en diálisis constituyen un grupo de riesgo de sufrir la infección y tener más complicaciones asociadas, puesto que su inmunidad suele estar deprimida, son personas con patología cardiovascular importante, además de presentar otros riesgos epidemiológicos asociados a la COVID-19. La necesidad de acudir con regularidad en transporte colectivo a un centro sanitario en el que comparten espacios durante varias horas con otros pacientes y son atendidos por personal sanitario puede favorecer la infección cruzada^{7,8}. Por el mismo motivo, la unidad de diálisis debe considerarse una zona de alto riesgo de transmisión dentro de los hospitales y requiere una atención especial⁸. En este contexto, los servicios de diálisis de los hospitales han tenido que seguir proporcionando cuidados a los pacientes que estaban en tratamiento, a la vez que incorporaban nuevos pacientes enfermos de COVID-19 ingresados en las unidades de cuidados críticos. Así, las enfermeras de estos servicios han experimentado como los centros hospitalarios se adecuaban a esta demanda y como tenían que realizar su práctica asistencial en un entorno nuevo, con un alto grado de riesgo de contagio tanto para ellas como para los pacientes⁷.

El riesgo de contagio de SARS-CoV-2 relacionado con la realización de técnicas asistenciales se demostró precozmente como uno de los factores de riesgo más destacados en la literatura, tanto por el contacto directo entre pacientes y profesionales sanitarios⁸ como por el manejo de material clínico posiblemente infectado. El desconocimiento inicial de la enfermedad, al no tener experiencias previas con este coronavirus específico, ha llevado a la elaboración de guías y directrices de actuación por parte de las autoridades sanitarias y sociedades científicas que requerían continuas actualizaciones a medida que se iban conociendo nuevos datos del patógeno^{7,9,10}. Las guías de manejo de estos pacientes se centran en tres medidas básicas de prevención que incluyen en primer lugar la detección de las personas contagiadas, en segundo el manejo de dispositivos con seguridad y en tercer la utilización adecuada de Equipos de Protección Personal (EPIS)¹⁰. Las enfermeras de las unidades de diálisis han continuado realizando las intervenciones que llevan a cabo habitualmente, a pesar del elevado riesgo de contagio que suponen algunas de las mismas cuando se trabaja con pacientes COVID-19 positivos, y con la presión de actuar en una situación de excepcionalidad⁹.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido profundizar en el conocimiento sobre las experiencias de vida y el soporte percibido por las enfermeras/os que atendieron a pacientes con enfermedad de COVID-19 en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia en España.

Participantes y Método

Diseño

Se desarrolló un estudio exploratorio mediante análisis de contenido cualitativo, utilizando el método fenomenológico de Colazzi (**Figura 1**).

Ámbito y sujetos

Este estudio fenomenológico está dirigido a estudiar la experiencia vivida por las propias protagonistas respecto a la atención a pacientes con la enfermedad de COVID-19 que requerían hemodiálisis hospitalaria. Se pretendía estudiar el fenómeno independientemente de la situación epidemiológica de la zona donde ejercían las enfermeras, por lo se llevó a cabo un muestreo intencional entre enfermeras/os de centro hospitalarios públicos españoles. El tamaño de la muestra se determinó de forma progresiva durante el transcurso de la investigación, hasta alcanzar la saturación de la información. Como criterios de inclusión se tuvieron en cuenta que los profesionales tuvieran un mínimo de 1 año de experiencia profesional y al menos 6 meses de experiencia en el área de diálisis, que hubieran realizado sesiones de hemodiálisis a pacientes COVID-19 positivos y que dieran su consentimiento a participar de forma voluntaria en la investigación.

Para reclutar a los participantes uno de los investigadores, miembro de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN), sirvió de enlace con los posibles candidatos, también miembros de la mencionada sociedad, recurriendo a la técnica de "bola de nieve" para completar el muestreo. Se contactó con ellos telefónicamente y tras comprobar que cumplían los criterios de selección y aceptar participar voluntariamente como informantes, fueron citados para una entrevista. Con el fin de obtener una variabilidad suficiente y proporcionar mayor riqueza al análisis del discurso, se tuvieron en cuenta las siguientes variables estructurales para la elección de los participantes: que hubiera profesionales de diferentes edades, con diferentes años de experiencia profesional, que hubiera una representación de sexos acorde a su distribución dentro de la profesión, y además que pertenecieran a

diferentes comunidades autónomas. Los participantes pertenecían a Andalucía, Cantabria, Cataluña, Castilla León, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana e Islas Canarias.

Periodo de estudio: Las entrevistas tuvieron lugar entre el 10 y el 30 de mayo de 2020.

Método de recogida de información

La recogida de información se llevó a cabo mediante entrevistas individuales semiestructuradas. Se construyó un formato de entrevista que fue sometido al juicio de expertos en enfermería nefrológica. Los contenidos de los ejes de indagación de dicha entrevista se elaboraron a partir de la literatura revisada y de la opinión de expertos (**Tabla 1**).

Tabla 1. Ejes de indagación de las entrevistas.

Ejes de indagación	
Sentimientos ante la pandemia COVID-19.	Emociones, medios de comunicación, sistema sanitario, actuación de la sociedad, reconocimiento social.
Relación con los pacientes en hemodiálisis.	Conflictos, apoyo, cumplimiento normativas, demandas, casos COVID 19, relación con familiares.
Relaciones dentro del equipo profesional.	Organización, conflictos, cargas de trabajo, apoyos, atención por la institución, contrataciones.
Afectación vida personal.	Cargas familiares, relaciones sociales, ocio, medidas para evitar contagios, familiares afectados.
Recursos materiales en el trabajo.	Medidas de protección, formación, otro material sanitario.
Estado de salud.	Incidentes, pruebas PCR y test serológicos, seguimiento por salud laboral, cambios en la vida diaria, sintomatología (cansancio, apatía, cambios de humor, alteración del sueño, estrés, ansiedad...)

Procedimiento

Ante la situación legal de "estado de alarma" dictado por el Gobierno de España que implicaba la imposibilidad de reunión y movilidad entre provincias, conjuntamente con la intencionalidad del estudio de que los participantes fueran personas de diferentes lugares del Estado, las entrevistas se realizaron mediante una conexión remota de audio y video con el programa Skype®, siendo grabadas en su totalidad desde el momento que

la persona entrevistada daba su consentimiento para tal fin. Dos investigadores participaron en la entrevista, con el fin de minimizar el sesgo que implica el no tener contacto físico entre las personas y que puede dar lugar a pérdidas de expresiones no verbales que pueden ser significativas para el análisis. Uno de los entrevistados procedió a realizar la entrevista mientras que el otro se hizo cargo de los aspectos técnicos y tomo notas de campo. Se llevaron a cabo un total de 10 entrevistas, con una duración que osciló entre 21 y 42 minutos con las que se llegó a la saturación de los datos. Las características de los participantes se recogen en la **Tabla 2**. Ninguno de los investigadores implicados en la recogida de datos mantenía relaciones laborales con los participantes.

Tabla 2. Perfil de los participantes en las entrevistas.

Participante	Sexo	Edad (años)	Experiencia profesional (años)	Experiencia en diálisis (años)
A1	M	51-55	31-35	31-35
B2	M	36-40	16-20	16-20
C3	M	36-40	16-20	16-20
D4	M	21-25	1-5	1-5
E5	M	51-55	31-35	26-30
F6	M	21-25	1-5	1-5
G7	M	36-40	16-20	11-15
H8	M	36-40	1-15	11-15
I9	M	40-45	16-20	11-15
J10	H	46-50	26-30	16-20

Análisis de los datos

Tras la transcripción literal de las entrevistas y ordenar las observaciones, se realizó el análisis de contenido. Nuestra investigación utilizó el método fenomenológico de Colaizzi (**Figura 1**) que es útil para analizar las experiencias de los participantes sin distorsión puesto que se centra en la comprensión de la estructura de la experiencia y los sentimientos de los participantes y encuentra patrones compartidos en lugar de características individuales en los sujetos de investigación. Se utilizó como método de codificación informática el programa (NUD-IST). Se adjudicó a los participantes un código alfanumérico (A1, B2...) que sirvió para el registro de los datos, para elaborar categorías y para referenciar frases que se extrajeron durante las entrevistas.

- Adquirir una comparecencia de su contenido.
- Extraer declaraciones significativas de cada descripción.
- Explicar detalladamente el significado de cada declaración significativa, con la intención de formar significados.
- Organizar los grupos de temas del conjunto de significados formulados.
- Comparar grupos de temas con las comparaciones originales para validar los grupos y examinar discrepancias.
- Escribir una descripción exhaustiva del fenómeno integrando los resultados desarrollados en los pasos anteriores.
- Volver a los participantes para validar los datos originales.

Figura 1. Fases de la metodología Colaizzi.

Tomado de: Colaizzi, P. (1978)¹¹.

Aspectos éticos

Una vez elegida la muestra de estudio, los propios investigadores se encargaron de informar a los seleccionados sobre la investigación, pedirles el consentimiento informado e informarles de la confidencialidad del estudio, además de la libertad de poder abandonarlo en cualquier momento. Se mantuvo el anonimato de los sujetos utilizando en todo momento un código alfanumérico. Las grabaciones se trasladaron inmediatamente a los ordenadores personales de los investigadores y una vez transcritas dichas grabaciones fueron eliminadas.

Criterios de rigor

El rigor de este estudio se basa en los criterios que definen Lincoln y Guba¹². Nuestra observación continua del fenómeno, la triangulación por parte de otros expertos y el hecho de que los participantes reconozcan como verdadero los resultados han procurado su credibilidad. La transferibilidad del estudio viene dada porque se ha descrito el fenómeno, la muestra, el contexto en el que se recogieron los datos y como se llevó a cabo el estudio. Esto posibilita generalizar los datos obtenidos en este contexto, a otro similar. Se ha de tener en cuenta que las unidades de diálisis dentro los hospitales públicos trabajan de forma muy parecida, con una filosofía y guías de actuación muy concretas.

Por otra parte, para asegurar la dependencia o consistencia del estudio se ha descrito convenientemente la muestra, la recogida y análisis de los datos, lo que permitiría una cierta estabilidad de dichos datos en el

caso de repetir la misma investigación. Por último, se ha tenido presente el concepto de confirmabilidad/reflexibilidad por lo que hemos transcrito textualmente las entrevistas, hemos contrastados nuestros resultados con otras investigaciones sobre el tema y hemos identificado y descrito las limitaciones de nuestro estudio.

Resultados

Se han entrevistado 10 enfermeras durante el periodo de recogida de datos. Eran mayoritariamente mujeres (90%). La edad media era de 40,22±11 años (rango entre 24-55). La media de años ejerciendo como enfermera era de 18,44±10,7 años (rango entre 4 y 34) y de 16,8±10 años (rango entre 4 y 34) trabajando en las unidades de hemodiálisis. El tiempo medio de la entrevista fue de 29,8±7,1 minutos (rango 21-42).

El análisis del contenido de los datos obtenidos a través del estudio cualitativo sobre las experiencias de atención para pacientes en hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19 condujo a la identificación de 4 grupos temáticos y 12 subtemas (Tabla 3). Por otra parte, en la Tabla 4 se recogen ejemplos de expresiones utilizadas para describir los subtemas identificados.

Tabla 3. Grupos temáticos y subtemas.

Grupos temáticos	Subtemas
Desconocimiento sobre la enfermedad.	Miedo y desconcierto. Responsabilidad. Crisis y cambio constante.
Sufrimiento del paciente.	El cuidado de los pacientes. Controlar la situación. Volver a la normalidad.
Percepción de soporte.	Falta de recursos. Agotamiento y estrés.
Crecimiento profesional y personal (capacidad de afrontamiento).	Trabajar en equipo. La relación con la sociedad. La vida doméstica. La importancia de la enfermería.

Desconocimiento sobre la enfermedad

Dentro de esta categoría se han incluido las referencias a las etapas iniciales de la pandemia donde se mezclaba la vivencia de enfrentarse a una situación desconocida, cambiante y desconcertante que genera confusión y temor.

Subtema: Miedo y desconcierto. Las enfermeras del estudio experimentaron una cantidad significativa de emociones negativas especialmente durante los primeros días (A1-B2, E5, J10). Sintieron “miedo” ante lo desconocido pues sabían poco del virus y sus consecuencias (B2, I9). Una de sus principales preocupaciones fue no saber cómo actuar, porque carecían de información respecto a la magnitud de la pandemia, y de si los protocolos de actuación que se estaban implantando servían para protegerse a sí mismas y a los pacientes (C3, D4, E5). Los participantes percibieron que la incidencia y mortalidad en la unidad de diálisis eran menores que las de otras zonas del hospital (C3, D4, F6). En un determinado momento ante el aumento progresivo de casos diarios temían que ingresarían en el hospital muchos pacientes con el virus y aumentarían las necesidades de tratar a pacientes agudos y el centro podría colapsar (J10). En la etapa inicial escasearon los EPIS y estuvieron obligadas a racionarlos (C3). Todo esto hizo que se sintieran confundidas, asustadas y con muchos sentimientos difíciles de definir.

Subtema: Responsabilidad. Los participantes consideraron que era necesario acudir al hospital y atender a los pacientes aunque hubiera un riesgo importante de contraer la enfermedad (A1, B2, C3, D4, E5, I9, J10). Consideraron que su responsabilidad como enfermeras les obligaba a hacerlo. Se dispusieron a participar de la nueva organización del trabajo y a distribuirlo atendiendo a criterios de eficiencia (C3).

Subtema: Crisis y cambio constante. Algunas participantes se sintieron desbordados por una situación que en su etapa inicial cambiaba constantemente y recibían instrucciones contradictorias (B2, E5, F6). La sala de hemodiálisis actuaba con protocolos propios y el contacto con el hospital era escaso y solo el imprescindible, cuando se tenía que acudir a otras unidades para dializar se agravaba la sensación de riesgo (A1). La situación se fue normalizando y se fue ampliando de forma ordenada la capacidad de atender a nuevos pacientes y de detectar a los positivos (E5).

Tema: Sufrimiento del paciente

Al tratar su relación con los pacientes, que en estas unidades es muy intensa por la frecuencia de los tratamientos y la relación que se establece en el tiempo, las enfermeras expresaban la necesidad de seguir con los cuidados y por tanto, de controlar una situación que era excepcional. Expresaban una gran necesidad de volver a la normalidad de sus unidades.

Tabla 4. Ejemplos de expresiones utilizadas para describir los subtemas identificados.

Desconocimiento sobre la enfermedad	
Miedo y desconcierto	<p>“Ir a dializar a una planta con COVID sí que en un principio me generó más tensión de la que pensaba que podía tener” A1</p> <p>“Antes de llegar a esa situación eran momentos de mucha tensión mucha incertidumbre, mucho miedo” B2</p> <p>“Pues a ver, en principio he sentido mucho nervio, mucho nerviosismo de no saber qué va a pasar. No sé, me sentía mal, con miedo sobre todo” F6</p>
Responsabilidad	<p>“Pero dentro de esa angustia, y el ponerse uno las pilas, yo creo que... te da un grado de satisfacción el saber que puedes “opinar”, que puedes hablar, el que la gente te escuche., entonces fueron emociones difíciles, en 5 ó 10 minutos cambiaba tu situación emocional...” E5</p> <p>“Yo decía, ya me gustaría quedarme en casa yo, y sin embargo tengo que irme a trabajar” A1</p>
Crisis y cambio constante	<p>“Primero porque no sabíamos lo que iba a entrar, no sabíamos qué es lo que íbamos a tener, sobre todo porque nuestros pacientes son tan vulnerables, son tan complejos, que no sabíamos si iban a entrar 50, 100 ó 200. O sea que fue un poco angustiioso.” E5</p>
Sufrimiento del paciente	
El cuidado de los pacientes	<p>“Soy de dar la mano a los pacientes, a la gente en mi vida diaria, soy de decir estoy aquí no te preocupes, coge lo que necesites a nivel emocional. Para mí una parte de la expresión no verbal, que es el tocar, era fundamental” G7</p> <p>“Y en ocasiones hacíamos video llamadas, o ha habido familiares que nos han llamado para preguntar por pacientes que no sabían manejarse con las tecnologías.... Esta parte me ha hecho llorar más que la otra, fijate.” A1</p> <p>“Nos quedamos con unos cuantos pacientes que no podían derivarse por motivos X, y más los que fueron COVID positivo. Entonces con los de COVID positivo que fueron exitus, la verdad es que yo lo pasé muy mal.” C3</p>
Controlar la situación	<p>“Esto... está poniéndose serio, y luego ya, como todo, lo acabas mimetizándo, y dentro de la normalidad, porque nos lo ponemos sobre todo para conectar, luego te lo quitas, cuando ya no tienes contacto directo con ellos, y, bueno, bien, no, no ha sido una situación demasiado negativa, o sea, ha sido algo más bien tranquilo” I9</p>
Volver a la normalidad	<p>“Ya veremos, en ese sentido está la cosa seria pero, por ejemplo, hemos estado justa en la sala de diálisis y como ahora están volviendo, estamos holgados, vamos bien, pero claro, estamos en un periodo en el que el tema del trabajo está más bien relajado, y tenemos que cubrir vacaciones, y no sé si para eso habrá, y si se abre la planta, y si se hace trasplante, y..., y si la carga de trabajo sube otra vez, ya veremos.” I9</p>
Percepción de soporte	
Falta de recursos	<p>“Yo entré una noche, subí a la planta, y ellos me lo dieron todo, todo, todo y lo que no tenían era la mascarilla, entonces llamé al supervisor de guardia, y me dijo que me la tenían que dar ellas, y ellas en la planta me decían: es que no tenemos, y la supervisora decía, sí, que entren al despacho del supervisor que allí hay, y las compañeras me decían que no hay, o sea, mandó al guardia de seguridad a comprobar que no había mascarillas, y después estuvo un buen rato sin llamarme, tuve que llamarla y le dije, mira me vas a dar la mascarilla o no, y la tuve que llamar yo, y bajar a buscar yo la mascarilla y me la dio pero diciendo es que me quedan na más que tres,.., digo, bueno es que a mí me hace falta una, aunque te queden tres,... entonces como que le costaba un poquito de trabajo” J10</p>

Agotamiento y estrés
“No sé, son un montón, estrés es lo primero que se me ocurre, mucho estrés por todo, presión por no hacerlo bien, de no saber, de lo que te decían, miedo de llevarlo a casa, muchos nervios mucha desconfianza, mi marido está muy preocupado” H8
Crecimiento profesional y personal
Trabajar en equipo
“Me han ayudado mucho, en el momento que me llamaban con 7 pacientes nuevos y no sabían... Han sido ellas las que han dicho: no te preocupes, yo me quedo hasta las cinco, hasta las siete... pero son ellas las que me han ayudado a mí, las que me han ayudado a salir adelante.” E5
“Yo creo que sobre todo el compañerismo que hemos tenido ha sido muchísimo mayor. Es verdad que en nuestra unidad había buen compañerismo ya, pero el apoyo ha sido más.” D4
La relación con la sociedad
“La soledad es malísima en ciertos momentos. Pero ahora con la pandemia... me he despreocupado si toco el pomo de la puerta... o si he cerrado. Es verdad que en eso llego a casa mucho más tranquila, no tengo que depender de que si tuviera a otra persona estaría mucho más angustiada.” E5
La vida doméstica
“Sí, lo de dormir... es ahora y sigo sin dormir las 5 horas seguidas. Pero bueno, 5 horas seguidas para mí es mucho comparado con hace un mes o mes y medio, que eran cada dos horas y ya está. Dos horitas y punto.” E5
“Yo decía el tiempo en el que salgo a trabajar es mi tiempo, yo me desfogo y no he vivido el confinamiento ni la situación que todo el mundo ha tenido en su casa, y entonces poder salir era como, ¡que guay!, ir al hospital para trabajar” I9
La importancia de la enfermería
“Mira, yo, los primeros días, los muy primeros días, me acuerdo que un día..., antes de que hicieran el estado de alarma, me vinieron a buscar mi marido en coche y me dieron ganas de llorar, la primera noche que los escuché, porque dije... ostias, vale, ¿no?, guay... te reconocen algo” C3
“se acordaban de mí porque soy enfermera y me decían... que gracias, oye, porque están trabajando mucho...” A1

Subtema: El cuidado de los pacientes. Las participantes informaron que algunos pacientes manifestaron sentir miedo de acudir al hospital y les costaba seguir las recomendaciones respecto a la prevención (E5, J10). Se vieron obligadas a hacer cambios en la organización que afectaba a la comodidad de los pacientes aunque estos lo entendieron y aceptaron sin discutir. Los pacientes no se mostraron especialmente demandantes de cuidados y se preocupaban por la situación de las enfermeras, les daban ánimos y se mostraban agradecidos por su trabajo y dedicación (A1, G7, I9).

Subtema: Controlar la situación. Muchos pacientes fueron trasladados a otros centros para aumentar la capacidad del hospital para atender a pacientes más graves y las despedidas fueron emotivas aunque las enfermeras procuraron mostrarse optimistas (B2, D4, E5, G7). Los

participantes manifiestan que tras un periodo inicial de desconcierto se sentían capaces de controlar la situación, esta sensación de control ha sido fundamental para sentirse bien y trabajar con seguridad y eficacia (E5).

Subtema: Volver a la normalidad. En un momento de la entrevista, aunque con dudas, fueron varias las enfermeras pensaban que lo peor ya había pasado y que se volvía a una normalidad en la que se tomarían precauciones y se sentían preparadas para el futuro (A1, B2, D4, F6). En general, la letalidad y morbilidad de la epidemia no fue muy importante en con los pacientes a los que atendían, aunque alguna enfermera sintió especialmente el fallecimiento de algún paciente que llevaba tiempo tratándose en la unidad (J10). Las participantes tienen dudas de que la experiencia sirva a la sociedad para tomar medidas que implique

cambios en el sistema de salud y abogan por planes de contingencia que eviten caer en los mismos errores si se producen nuevas epidemias.

Tema: Percepción de soporte

De forma casi unánime, las enfermeras han mostrado que la situación les ha provocado un alto grado de estrés llegando a tener que realizar un sobreesfuerzo en horas de trabajo para cubrir todas las demandas.

Subtema: Falta de recursos. Las enfermeras expresan dos periodos muy diferenciados, una primera fase donde el material de protección estaba muy restringido y posteriormente una segunda fase donde esta situación se normalizó y disponían del material aunque hacen numerosos comentarios sobre la calidad del material proporcionado (B2, E5, F6, J10). Su vivencia es que cuando han necesitado el material, aunque con dificultades, se les han proporcionado (E5, G7)

Subtema: Agotamiento y estrés. Las participantes sentían cansancio y agotamiento por largas jornadas de trabajo y la incomodidad de llevar los EPIS durante muchas horas (A1, B2, C3, D4, F6, G7, H8, I9). Ante las bajas de personal tuvieron que aumentar la ratio paciente/enfermera y atender a más pacientes fuera de la sala, lo que originaba mucha incomodidad por tener que permanecer muchas horas aisladas con el paciente (E5). Tenían más trabajo para vigilar que los pacientes cumplieran con las nuevas normas, así como por tener que limpiar y desinfectar con más frecuencia. Esto provocó cansancio y estrés (H8, J10).

Tema: Crecimiento profesional y personal

Las enfermeras participantes también habían reflexionado sobre el impacto que había tenido la pandemia en su crecimiento profesional y personal.

Subtema: Trabajar en equipo. Los participantes manifestaban ante todo el buen trabajo y la coordinación del equipo (A1, B2, C3, D4, J10). Se consideró que la situación excepcional requería del esfuerzo de todos, se organizaron para proteger a los miembros más lábiles del equipo y se apoyaron los unos a los otros cuando los ánimos fallaban (E5, G7, I9). Hubo alguna situación de conflicto en relación con el la atención de los paciente infectados fuera del unidad pero se resolvió por la buena disposición de alguno de los miembros (H8). Se sintieron razonablemente apoyados por la institución, aunque pensaron que los test diagnósticos para el personal se hicieron con mucho retraso (B2, C3, D4, J10).

Subtema: La relación con la sociedad. Los participantes vivieron su situación dentro de la sociedad y la familia de forma muy diferente dependiendo su situación particular, y sus cargas familiares. Entre las enfermeras entrevistadas había personas que viven solas, otras tienen a su cargo personas mayores o hijos menores. Todas las enfermeras expresaron su preocupación por el impacto del brote en la salud de sus familias (A1, B2, C3, D4, E5, F6, G7, H8, I9, J10). Esto fue reciproco pues también dijeron que sus familias estaban preocupadas por ellas. Todos consideraron que el confinamiento que conllevaba el estado de alarma fue muy duro y algunos incluso agradecían el poder salir de su casa para trabajar (G8). Inicialmente sintieron la solidaridad por parte de la sociedad que diariamente se convocaba para aplaudirles, pero también pensaron que había otros medios para recompensarlos; algunas sintieron rechazos puntuales, incluso en algún momento llegaron a sentirse discriminadas (D4, H8). Se sintieron indignados por la falta de civismo de muchas personas que no cumplían con las recomendaciones de las autoridades sanitarias (A1, B2, C3, D4, J10). La posibilidad de contagiar a sus allegados les preocupó, pero todas se sintieron razonablemente seguras y recibieron apoyo incondicional de su entorno cercano.

Subtema: La importancia de la enfermería. Los participantes se sintieron orgullosos de su profesión y se reafirmaron en la importancia de la enfermería y en la necesidad de dotarla de más recursos (A1, B2, C3, D4, E5, F6, G7, H8, I9, J10). Esta experiencia las hizo crecer como profesionales y como personas, puesto que cumplieron con su deber en un desastre mundial y proporcionaron a sus pacientes cuidados de calidad (B2, C3, D4, J10).

Discusión

Este estudio exploró la experiencia de vida de las enfermeras/os que atendieron a pacientes en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria durante los meses de mayor prevalencia de la pandemia por la COVID-19 con métodos fenomenológicos.

Resumimos nuestros hallazgos en cuatro temas: desconocimiento sobre la enfermedad, soporte percibido, sufrimiento del paciente, crecimiento profesional y personal (capacidad de afrontamiento).

Debido al brote repentino de la epidemia, los equipos de enfermería han tenido que adaptar los espacios físicos

y las rutinas de trabajo de las unidades de diálisis, tras recibir una escasa capacitación sobre la COVID-19. Los servicios actuaron contrastando información existente en anteriores pandemias^{7,9,10,13} y en la medida de lo posible, se pusieron en marcha las estrategias recomendadas por los mismos centros o por las autoridades competentes para atender a los pacientes habituales y acoger a los pacientes procedentes de otros centros de diálisis contagiados por COVID-19¹⁰, además de hacerse cargo de los nuevos pacientes en los que la infección hubiera provocado un fallo renal y fuera necesario tratamiento con hemodiálisis¹⁴.

En todos los países, las medidas de prevención, tratamiento y cuidados de las personas afectadas por COVID-19 se fueron improvisando conforme avanzaba la pandemia, creando confusión e inseguridad en una primera etapa¹⁵. Estudios anteriores han demostrado que durante eventos adversos como los desastres naturales y las grandes epidemias, las enfermeras no tienen en cuenta sus propias necesidades y participan activamente en la práctica clínica, prevaleciendo sobre su seguridad su responsabilidad moral y profesional¹⁶. Al mismo tiempo, durante las actuaciones en situaciones de emergencia las enfermeras estarían en un estado de mucho estrés físico y mental, sintiéndose aisladas e impotentes ante las amenazas a la salud y la necesidad de dar respuesta a la presión del trabajo de alta intensidad^{15,17,18}. Otros estudios han mostrado que cuando las enfermeras han estado en contacto con pacientes con enfermedades infecciosas similares, aunque de menor magnitud mundial que la COVID-19, como las provocadas por el Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) o el Middle East Respiratory Syndrome-coronavirus (MERS-Cov), sufrieron soledad, ansiedad, miedo, fatiga, trastornos del sueño y otros problemas de salud física y mental. Por el contrario, algunos estudios también muestran que han tenido experiencias positivas y un crecimiento personal al aportar su esfuerzo¹⁹.

No obstante, debido a que la COVID-19 es una enfermedad nueva con un impacto impredecible que ha afectado a países con culturas y sistemas sanitarios muy diferentes, se necesita más investigación en profundidad sobre las vivencias y emociones de las enfermeras que atienden a pacientes enfermos de COVID-19²⁰. Los estudios publicados hasta ahora han destacado la prevalencia de la enfermedad, y sus características clínicas, pero hay pocos estudios que analicen las vivencias y el impacto emocional que provoca al personal sanitario¹⁵. Este abordaje cualitativo nos ha permitido profundizar en el fenómeno y acercarnos a la realidad vivida por las enfermeras de hemodiálisis.

Las enfermeras que atienden a pacientes en hemodiálisis durante la etapa inicial de la pandemia con COVID-19 sintieron inicialmente gran desconcierto ante una situación nueva que les produjo fatiga física, aumento de las cargas de trabajo, falta de material protector y cambios en las indicaciones de los protocolos, situaciones similares a los manifestado en los estudios sobre el epidemia de MERS-CoV y Ébola^{17,18}. En esta investigación, las preocupaciones de las enfermeras sobre el riesgo al que podían poner a sus familiares por estar atendiendo a pacientes enfermos por COVID-19 fueron unánimes como se ha citado en otros estudios¹⁵. Especialmente destacables son aquellas enfermeras con mayores a su cargo o con niños menores en la familia. El agotamiento físico, la impotencia psicológica, la amenaza para la salud, la falta de conocimiento ante la amenaza de una enfermedad epidémica condujeron a una gran cantidad de emociones negativas como fueron el miedo, la ansiedad y la impotencia^{7,16}.

Estos hallazgos llevan a la reflexión de lo importante que es establecer sistemas de soporte lo más temprano posible que incluya suministros adecuados de EPIS, reforzar razonablemente los recursos humanos, capacitar al personal y favorecer las relaciones interpersonales entre las enfermeras para facilitar su adaptación a las tareas contra la pandemia³.

El miedo inicial no impidió, según indican nuestros datos, que las enfermeras acudieran a sus puestos de trabajo y que incluso incrementaran las horas de trabajo por necesidades del servicio. Las enfermeras de las unidades de diálisis muy excepcionalmente se cuestionaron su responsabilidad profesional, a diferencia de lo manifestado en otros estudios en los que las enfermeras dudaron de acudir a su trabajo¹⁸. Las enfermeras adoptaron estrategias para gestionar el estrés y la sobrecarga del trabajo con optimismo y apoyándose unas a otras, lo que favoreció una mejor adaptación a la situación. Se ha demostrado que todas estas medidas de afrontamiento ante una epidemia pueden aliviar el estrés¹⁹. Actitudes similares adoptaron las enfermeras que atendieron pacientes con SARS en el año 2002¹⁸. Además, nuestros resultados muestran un altruismo activo y una mayor solidaridad que favorecen la buena relación del grupo.

En general, las enfermeras pueden ser muy racionales en su adaptación a situaciones excepcionales, y el éxito de las enfermeras de las unidades de hemodiálisis en afrontar la pandemia de COVID-19 durante su fase más aguda puede estar relacionada con sus conocimientos

y experiencia profesional y con el hecho de que en la unidades de diálisis siempre se trabaja bajo condiciones de riesgo de enfermedades transmisibles y se asume el manejo de enfermedades contagiosas por la sangre, como son la hepatitis y el SIDA. Esto favorece actitudes racionales y positivas que permiten asumir medidas de prevención (**Figura 2**). Además, se ha de tener en cuenta que las participantes percibían que el impacto de la pandemia en la unidad de diálisis era menor que en otras zonas del hospital.

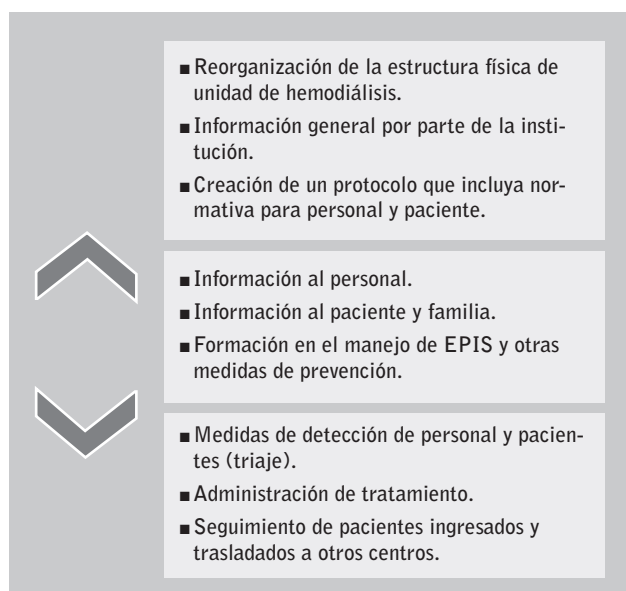


Figura 2. Aspectos generales de la estrategia de actuación en una Unidad de Diálisis ante la pandemia COVID-19.

Muchos estudios han demostrado que los brotes epidémicos pueden causar traumas a los cuidadores^{15,16,17}. Al contrastar estos resultados con nuestros datos se observa que la mayoría de las enfermeras afrontaron la presión asistencial con éxito y consideraron que se habían fortalecido como persona y que habían crecido en experiencia profesional al verse sometidas a una situación excepcional. Las enfermeras participaron en la autorreflexión de sus propios valores y expresaron positivamente más aprecio por la salud y la familia y gratitud por el apoyo social. El sentido de responsabilidad aportado por la ética profesional en una epidemia^{7,13} animó a las enfermeras en su trabajo y aumentó su identidad profesional y orgullo¹⁸.

Implicaciones para la práctica

Es importante que por parte de las autoridades sanitarias y de la sociedad en general se reconozca el trabajo realizado en las unidades de diálisis, y este reconocimiento debe ser duradero. Además, es necesario reforzar a los profesionales con formación específica para actuar adecuadamente ante pandemias. En nuestros hallazgos de cómo habían afrontado esta situación había emociones positivas, como la confianza, la calma, y el optimismo, pero aparecieron simultáneamente emociones negativas, esto contrastaba con los resultados de varios estudios que describen solo la presencia de una gran cantidad de aspectos negativos durante el brote²⁰. En el caso de un brote de una enfermedad transmisible, la confianza en la seguridad y en las habilidades profesionales, así como el entrenamiento precoz son factores que promueven la voluntad de participar activamente en el cuidado de los pacientes. Las recompensas físicas y mentales a las enfermeras de las unidades asistenciales también son factores de apoyo importantes²⁰. Nuestras informantes creían que las emociones positivas estaban relacionadas con el apoyo de pacientes, familiares, y otros miembros del equipo incluyendo el apoyo de la sociedad, elementos que también han sido citados por otros investigadores^{15,16,18}.

La calma y la facilidad de adaptación de la mayoría de las enfermeras en este estudio durante la época con mayor presión asistencial se mencionan poco en otros estudios, y pueden estar relacionadas con la adaptación de las enfermeras al cambio, con tener una visión positiva y con el crecimiento personal¹⁶. El optimismo tiene un efecto protector sobre el trauma que provocan las situaciones de desastre y puede minimizar la aparición de estrés²¹.

Fortalezas

La mayoría de los estudios cualitativos existentes son estudios retrospectivos una vez finalizada la epidemia. Por el contrario, nuestro estudio se llevó a cabo en el periodo de máxima incidencia y en un ámbito muy concreto, lo que puede ser muy útil por su especificidad a otras unidades de diálisis. Divergiendo de los resultados de muchos estudios sobre la experiencia de las emociones negativas durante el brote cuando la expansión de la pandemia era más evidente, comprobamos que en entornos concretos en los que los equipos trabajan muy unidos y atienden habitualmente a pacientes crónicos, es más fácil organizarse y las emociones positivas coexisten con las emociones negativas.

Limitaciones

Debido a las características de la muestra entrevistada, encontramos algunas limitaciones. En primer lugar, la mayoría de los participantes eran enfermeras asistenciales, incluyendo solo a una enfermera gestora. Las experiencias de otros miembros del equipo de salud también son significativas y merecen explorarse más a fondo. En segundo lugar, debido a la naturaleza de la prevención y el control de brotes, no pudimos realizar entrevistas personales perdiéndose matices importantes para la investigación cualitativa. Además, fue un estudio a corto plazo y la experiencia a largo plazo de los sujetos de investigación sería una vía valiosa a explorar en el futuro.

A partir de los resultados obtenidos podemos concluir que este estudio nos ha proporcionado una comprensión de las experiencias de vida de las enfermeras de hemodiálisis durante la pandemia por COVID-19 a través de un enfoque fenomenológico. En las enfermeras han coexistido emociones positivas y negativas. En la etapa álgida del brote epidémico las vivencias de las enfermeras de hemodiálisis fueron provocadas por el desconocimiento, por no saber actuar adecuadamente, y el miedo al contagio agravado por la falta de medios de protección. Las vivencias positivas fueron el crecimiento personal, el apoyo del equipo y de la familia y el control racional de la situación. Es necesario conocer las necesidades y demandas de los profesionales para garantizar sistemas sanitarios seguros ante una situación de pandemia con una gran letalidad sobre pacientes especialmente vulnerables.

Agradecimientos

A las enfermeras participantes y a la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica (SEDEN).

Recibido: 03-06-20
 Revisado: 06-06-20
 Modificado: 07-06-20
 Aceptado: 07-06-20

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 84. World Health Organization [Internet]. 2020;2019(April):2633. [Consultado 20 abr 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33.
3. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents*. 2020; Jun;55(6):105948.
4. Sánchez-Álvarez JE, Pérez Fontán M, Jiménez Martín C, Blasco Pelicano M, Cabezas Reina CJ, Sevillano Prieto AM, et al. Situación de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes en tratamiento renal sustitutivo. Informe del Registro COVID-19 de la Sociedad Española de Nefrología (SEN). *Nefrología*. 2020 Abr. [En prensa].
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). Situación en España. Actualización nº 123. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Consultado 1 jun 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_123_COVID-19.pdf.
6. Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe a 29 de mayo de 2020. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII). 2019 may. [Consultado 03 jun 2020]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>.
7. Albalate M, Arribas P, Torres E, Cintra M, Alcázar R, Puerta M, et al. Alta prevalencia de covid19 asintomático en hemodiálisis. Aprendiendo día a día el primer mes de pandemia de covid19. *Nefrología*. 2020 Abr. [En prensa].

8. Arenas MD, Villar J, González C, Cao H, Collado S, Crespo M, et al. Management of the SARS-CoV-2 (COVID-19) coronavirus epidemic in hemodialysis units. *Nefrología*. 2020 Abr. [En prensa].
9. Wang H. Maintenance Hemodialysis and Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Saving Lives With Caution, Care, and Courage. *Kidney Med* [Internet]. 2020 Mar. [En prensa].
10. Gobierno de España-Ministerio de Sanidad. Documento técnico Recomendaciones para el manejo, prevención y control de COVID-19 en Unidades de Diálisis. *Soc Española Nefrol*. 2020;1–13. [Consultado 02 abr 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19-hemodialisis.pdf>.
11. Psychological research as the phenomenologist's view it. En: Vale R, King M. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. Oxford University Press. 1978. p. 48-71.
12. Magaly D, Cadenas R. El Rigor en la Investigación Cualitativa: Técnicas de Análisis, Credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. *Sinop Educ Rev Venez Investig*. 2016;7(1):17-26.
13. American Society of Nephrology. Information for Screening and Management of COVID-19 in the Outpatient Dialysis. Actualizado 13 Mar 2020. [Consultado 20 abr 2020]. Disponible en: https://www.asn-online.org/g/blast/files/DIALYSIS_COVID_2019_Update_03.13.2020_FINAL.pdf.
14. Ronco C, Reis T, De Rosa S. Coronavirus Epidemic and Extracorporeal Therapies in Intensive Care: Si vis pacem para bellum. *Blood Purif*. 2020;49:255-8.
15. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(3):228-9.
16. O'Boyle C, Robertson C, Secor-Turner M. Nurses' beliefs about public health emergencies: Fear of abandonment. *Am J Infect Control*. 2006;34(6):351-7.
17. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. *Clin Med Res*. 2016;14(1):7-14.
18. Kim Y. Nurses' experiences of care for patients with Middle East respiratory syndrome-coronavirus in South Korea. *Am J Infect Control*. 2018;46(7):781-7.
19. Schiavo R, May Leung M, Brown M. Communicating risk and promoting disease mitigation measures in epidemics and emerging disease settings. *Pathog Glob Health*. 2014;108(2):76-94.
20. Sun N, Wei L, Shi S, Jiao D, Song R, Ma L, et al. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *Am J Infect Control*. 2020;48(6):592-8.
21. Urzúa A, Vera-Villaroel P, Caqueo-Urizar A, Polanco-Carrasco R. La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *Aportes desde la evidencia inicial*. *Ter psicológica*. 2020;38(1):103-18.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

