



Calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos durante la COVID-19: estudio cualitativo

Quality of intensive care unit nursing care during COVID-19: a qualitative study

Autores: John Camilo García Uribe (1)* ; Susana Vallejo Suescun (2); Yuliana Cárdenas Jaramillo (3).

* **Dirección de contacto:** john.garcia@uniremington.edu.co

Enfermero. Grupo de investigación salud familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias de la salud, Corporación Universitaria Remington (Medellín, Colombia).

Resumen

Objetivo. Comprender las vivencias de un grupo de profesionales de enfermería tuvo sobre la calidad de la atención en salud en la unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI) durante la pandemia por la COVID-19, entre los años 2020 y 2021. **Metodología.** Estudio cualitativo desarrollado en la UCI de una institución prestadora de salud (IPS) de alta complejidad en la ciudad Medellín (Colombia). Se realizaron entrevistas en profundidad a 9 profesionales de enfermería. El análisis se realizó en paralelo con la recolección de la información a lo largo de toda la investigación usando herramientas analíticas de teoría fundamenta con el apoyo del software de investigación de datos cualitativos Atlas.ti. **Resultados.** Las vivencias de los profesionales de enfermería de este estudio se enmarcaron en las condiciones laborales difíciles, encuentro con la muerte, sobrecarga laboral, disminución de la calidad del cuidado, aumento de los eventos adversos, y tensiones entre emociones positivas y negativas. **Conclusión.** La pandemia fue un suceso emocional complejo, con tensiones entre valores y emociones, esto suscitado por condiciones laborales precarias, la creciente morbilidad, la sensación de que en ocasiones el esfuerzo no era reconocido, la angustia moral al sentir que no se podía actuar conforme a los propios principios y a la imperiosa decisión de tener que elegir qué pacientes salvar y cuidar, lo cual impactó negativamente en la calidad del cuidado.

Palabras clave

Enfermería de Cuidados Críticos; Indicadores de Calidad de la Atención en Salud; Condiciones de Trabajo; Evento Adverso; Emociones; COVID-19.

Abstract

Objective. To understand the experiences of a group of nursing professionals regarding the quality of health care in the intensive care unit (ICU) during the COVID-19 pandemic, between 2020 and 2021. **Methodology.** Qualitative study developed in the adult ICU of a high complexity health care institution (IPS) in the city of Medellín (Colombia). In-depth interviews were conducted with 9 nursing professionals. The analysis was carried out in parallel with the collection of information throughout the research using grounded theory analytical tools with the support of Atlas.ti qualitative data research software. **Results.** The experiences and meanings of the nursing professionals in this study were framed by difficult working conditions, encounter with death, work overload, decrease in the quality of care, increase in adverse events, and tensions between positive and negative emotions. **Conclusion.** The pandemic was a complex emotional event, with tensions between values and emotions, caused by precarious working conditions, increasing morbidity, the feeling that sometimes the effort was not recognized, the moral anguish of feeling that one could not act according to one's own principles and the imperious decision of having to choose which patients to save and care for, which had a negative impact on the quality of care.

Keywords

Critical Care Nursing; Quality Indicators, Health Care; Adverse Event; Emotions; Working Conditions.

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia muchos profesionales de salud se contagiaron en el marco de la prestación de servicios de salud (1-4); de acuerdo con Amnistía Internacional en el año 2021, 17000 profesionales de salud fallecieron a causa de COVID-19 (5). En Colombia, durante el año 2020 esta enfermedad mató a 3 profesionales de salud por semana y trajo consecuencias severas de orden social, económico, cultural, educativo, y por supuesto en el sistema de salud del país (6).

Por su parte los profesionales de la salud se encaminaron a cumplir con el deber de asistir a sus puestos de trabajo y enfrentarse directamente con las altas exigencias: cambios en los horarios y rutinas asistenciales, nuevos protocolos y uso estricto de elementos de protección personal (7). En el ámbito laboral se presentaron modificaciones de funciones, responsabilidades, condiciones laborales, riesgos y en especial en el modo de vincularse tanto con pacientes como con pares y familiares (8).

De acuerdo con algunos estudios (9,10), la inestabilidad laboral, los ambientes laborales poco saludables, la sobrecarga laboral, el desgaste emocional, el poco reconocimiento moral y económico del personal sanitario son determinantes de la calidad de la atención en salud. En el caso de los profesionales de enfermería, la falta de tiempo para comunicarse con los pacientes, para educarlos o sólo para estar en contacto con ellos, la delegación de cuidados a los auxiliares de enfermería, la improvisación e interrupción del cuidado, y la insatisfacción de los pacientes configura un detrimento en la calidad del cuidado (11). Esto que favorece, el incremento de eventos adversos, complicaciones, y resultados desfavorables de la atención en salud (12).

En el contexto de la pandemia, específicamente en las unidades de cuidados intensivos (UCI), se observó un aumento de la demanda, el personal de la UCI tuvo que trabajar largas jornadas bajo una gran presión laboral, a la vez que se preocupaba por su salud y la de sus familiares y compañeros (13). Debido a la escasez de personal con entrenamiento en atención de pacientes de alta complejidad para atender la creciente ola de pacientes infectados, fue necesario suspender procedimientos médicos y quirúrgicos electivos, se recuperó a personal formado en cuidados críticos que trabajaba en otros departamentos o a personal jubilado, y se redistribuyó a estudiantes en prácticas, así como a personal sanitario temporal (14,15).

La pandemia no solo impuso una sobrecarga laboral, sino también una sobrecarga emocional, relacionada con el aislamiento, el estrés, la imposibilidad de relacionarse adecuadamente con familiares y pacientes, el enfrentamiento constante a la muerte, el duelo, el sufrimiento y la soledad. Estos factores emocionales y psicosociales pueden desgastar al personal de enfermería y deteriorar la calidad del cuidado de enfermería (16). Por las razones anteriormente expuestas, el objetivo de este estudio fue comprender las

experiencias y significados que un grupo de profesionales de enfermería tuvo sobre la calidad de la atención en salud en la UCI de una IPS de la ciudad de Medellín-Colombia durante la pandemia por la COVID-19, entre los años 2020 y 2021.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo en el marco del paradigma interpretativo y el interaccionismo simbólico, el cual busca comprender el mundo de la experiencia subjetiva desde el punto de vista de las personas que la viven.

Población y muestra

Esta investigación se realizó en la unidad de cuidados intensivos de adultos (UCI) de una institución prestadora de salud (IPS) de alta complejidad en la ciudad Medellín (Colombia). La población del estudio fueron los enfermeros profesionales que prestaban cuidados a pacientes con COVID-19 en la UCI y que aceptaron voluntariamente participar en el estudio. Los participantes se seleccionaron mediante muestreo intencional, el cual tiene por objeto la conducción intencional en búsqueda de casos ricos en información (17), en el que la selección de contextos y/o informantes se realiza siguiendo criterios factibilidad, facilidad de los contactos y accesibilidad. Uno de los investigadores (SV) que laboraba en la institución cumplió con el rol de portero y facilitó el rapport con los participantes del estudio. Se buscaron perfiles de profesionales de enfermería diversos, que pudieran aportar a la heterogeneidad para reflejar realidades diversas y discursos complementarios.

Criterios de participación y posibles fuentes de pérdida de la información

Los aspectos que se tuvieron en cuenta para la elección de la muestra han sido:

- Profesionales de enfermería que tengan experiencia mínima de 2 años en UCI.
- Profesionales de enfermería que hayan laborado durante los años 2020 y 2021 en UCI.

Como posible fuente de pérdida se definieron a los profesionales de enfermería que tengan patologías mentales de base, pero de acuerdo con este criterio ninguna profesional abandonó el estudio.

Recolección de la información

Los participantes fueron contactados de manera personal, con aquellos que mostraron interés en el estudio, se acordó el lugar y la fecha para el desarrollo de la entrevista. Se contactaron a un total de 15 profesionales, obteniéndose una muestra final de 9 participantes, por cumplimiento de los criterios de inclusión y la disponibilidad de estos. Los datos demográficos básicos incluyeron edad, sexo, nivel académico, años de experiencia laboral. La edad se categorizó en dos grupos, de 28 años a 34 años (4 participantes) y de 35 a 45 años (5 participantes). Ocho partici-

pantes fueron de sexo femenino y un participante de sexo masculino. El nivel académico se categorizó en 3 grupos, pregrado (5 participantes), postgrado (3 participantes), y maestría (1 participante). La experiencia laboral se categorizó en dos grupos 3 a 10 años (7 participantes) y mayor de 10 años (2 participantes).

Las entrevistas se realizaron por parte del equipo investigador, previa estandarización, sensibilización e inmersión inicial en campo, la información se recolectó en el primer semestre del año 2023. Todas las entrevistas se realizaron de forma presencial manteniendo el distanciamiento físico y haciendo uso de elementos de protección personal. Previa autorización de las participantes se grabó el audio de las sesiones, con la intención de rescatar todos los elementos de las interacciones ocurridas durante las entrevistas, que duraron entre 22 y 44 minutos. Posteriormente, los investigadores realizaron la transcripción literal de las entrevistas en Microsoft Word.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se ejecutó de forma cíclica y se realizó con el apoyo del software de investigación de datos cualitativos Atlas.ti licencia R-D4B-0BA-DC4-01E-7BE-D63, ID de la licencia: L-DD1-9E5. Se emplearon herramientas analíticas de la teoría fundamentada, iniciando con una lectura preliminar de las entrevistas para establecer unidades de sentido, se realizó un análisis exploratorio de los datos a través del conteo y nube de palabras, estableciendo lista de exclusión de preposiciones. Posteriormente se realizó codificación abierta utilizando códigos sustantivos y códigos in vivo, manteniendo un análisis comparativo constante, agrupando y desagrupando los datos. A medida que se desarrollaron las entrevistas y se realizó el análisis comparativo constante, se avanzó para llegar a la profundidad del tema, lo que permitió llegar al segundo momento del análisis que fue la codificación axial, donde se reorganizaron los datos, haciendo conexiones entre la categoría de calidad en salud, emociones y sobrecarga laboral y las subcategorías que fueron surgiendo a medida que se realizó el análisis (18) para conformar las categorías semánticas.

Se construyeron redes, se asociaron los testimonios a cada uno de los códigos para la interpretación y análisis de los temas y subtemas. El proceso de codificación fue realizado de manera independiente por cada miembro del equipo investigador, para evitar códigos redundantes se exportaban e importaban las versiones del proyecto y se discutían los códigos, y relaciones entre estos para establecer consenso. Durante el proceso de recolección y análisis de datos, el equipo investigador adoptó una actitud de reflexividad constante.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la IPS en que se desarrolló el estudio y por el comité de ética de una Institución de educación superior donde labora uno de los investigadores.

RESULTADOS

Se realizaron en total 9 entrevistas, aunque la saturación no fue completa, se alcanza a observar un patrón de disminución de códigos emergentes en las últimas entrevistas. La distribución de código por documento puede apreciarse en la **Tabla 1**.

# ENTREVISTA	CANTIDAD DE CÓDIGOS
1	194
2	181
3	158
4	151
5	235
6	345
7	35
8	30
9	21
TOTAL	1350

Tabla 1. Distribución de códigos por documento (Fuente: elaboración propia con base a codificación de Atlas.ti).

Durante el proceso de codificación se realizaron 1350 codificaciones en Atlas.ti, con 339 códigos conceptuales diferentes. Las categorías emergentes con mayor enraizamiento fueron condiciones laborales (256 menciones), significados y emociones negativas (180 menciones), calidad de la atención en salud (155 menciones), muerte (37 menciones) y profesionales de enfermería (32 menciones). Se realizó análisis exploratorio de los datos a través de lista de palabras y minería de conceptos, excluyéndose preposiciones, adverbios y unificándose conceptos en plural y singular. Los conceptos más frecuentes pueden apreciarse en la **Figura 1**.



Figura 1. Nube de palabras del análisis exploratorio de los datos (Fuente: elaboración propia con base a distribución de frecuencias de palabras en atlas.ti y diseño a través de Wordart.com).

Condiciones laborales

“Trabajamos más y más, por menos resultados y menos reconocimiento” (EE8).

Algunos testimonios dan cuenta de la sobrecarga laboral y la sensación de frustración de los profesionales; *“Sí, claro, hubo una sobrecarga laboral. Yo sentía que trabajamos más. Pero veíamos menos resultados. Eso era frustrante. Porque uno desde que llegaba, uno estaba haciendo y haciendo, inclusive a veces tocaba quedarse un poco más de tiempo porque no dabamos abasto como para todo lo que teníamos que hacer” (E7)*, todo esto conllevó a una extensión del horario laboral y a un aumento en la complejidad de cada turno, tal como lo narraron los siguientes testimonios; *“La carga laboral se incrementó, yo diría que 1000%, definitivamente mucha gente sabía que no iban a ser los turnos como eran antes; efectivamente fueron turnos que nunca habíamos tenido en la unidad” (E4)*; *“También pienso que la atención en salud se vió muy afectada por la carga laboral de la pandemia. Teníamos días en los que salíamos a las 22:00 h de la noche, 21:30 h de la noche, 10:30 h de la mañana en un posturno, y eso por tratar de dar lo mejor” (E5).*

Las unidades de cuidado intensivo tuvieron una sobreocupación, debido a esto, la institución prestadora de servicios de salud donde se realizó el estudio, se vió en la necesidad de aumentar el número de camas de UCI en una sala de expansión, la cual, no contaba con condiciones laborales cómodas para el personal, tal como lo soporta el siguiente testimonio: *“No estuvo acondicionada al principio, eso era un infierno, nunca se compara el calor que yo sentí en esa sala con ir a San Andrés o ir a Cancún, (...), ¡nunca! era un sauna, porque usted todo el tiempo, estaba con la bata, los guantes, la elastomérica, las gafas, el visor y tenía el paciente ahí, o sea, 50 cm de usted.... Intubado, pronado y con otras dos auxiliares, era como rotarnos para medio salir, respirar aire y hacer chichi (orinar). Y a veces nos sentimos ahí solas, como en tierra de nadie, a veces ni el médico venía a veces... nos quedábamos sin cosas, rogando que alguien nos tirara cualquier gasa” (E4).*

ECMO: entra la esperanza, la fatiga y la deserción laboral

La terapia de Oxigenación por Membrana de Circulación extracorpórea¹ (ECMO) aumentó de forma considerable en pandemia y esto incrementó la sobrecarga laboral y emocional del personal de enfermería: *“Pues empezando porque, las condiciones de trabajo si cambiaron, la carga laboral era impresionante con los pacientes, porque justo se juntó entonces lo de la pandemia y la necesidad de manejo en ECMO como para esos pacientes críticos en la pandemia con diagnóstico de COVID, y físicamente era un agotamiento absoluto, muy, muy terrible que el cansancio físico terrible, cansancio, o sea la carga como emocional” (E6).* *“Uno no sabía si los pacientes en ECMO era adecuado desconectarlos cuando ya habían agotado todos los recursos, a veces también definir que paciente debía priorizarse era muy complejo, por más escalas y algoritmos, se hace difícil depositar la decisión*

en un instrumento, entonces uno se fatigaba no solo por el exceso de pacientes sino también por la angustia, el temor y el miedo alrededor de instalar un ECMO” (E5), *“a veces uno pensaba, ojalá no me llamen a instalar ECMO hoy” (E9)* La terapia ECMO exige un cuidado eficiente y de calidad, y al aumentar la demanda de pacientes con requerimiento de esta terapia se aumentó proporcionalmente la sobrecarga laboral del personal de enfermería, la angustia y el temor.

“Yo pienso que desde el momento que empezamos a trabajar en la UCI, algunos de mis compañeros y yo nos poníamos un proyecto de vida de trabajar en la UCI por muchos años, ¡no! después de haber vivido la pandemia, yo creo que ese proyecto de vida se transformó y muchas hemos querido elaborar o como pensar en un perfil laboral diferente a futuro, porque eso fue yo creo que 1 año de la pandemia fueron como 5 años de trabajar en UCI” (E5).

Significado del trabajo en una UCI: entre la vocación y el sufrimiento

Fueron muchas las emociones, sentimientos y significados de los profesionales de enfermería alrededor del cuidado en tiempos de pandemia en UCI, fue tan vasto y diverso el coctel emocional e interpretativo de los profesionales que se describen conflictos o tensiones entre valores y emociones que acompañaron el trasegar en la UCI en pandemia. Esta compleja red se puede apreciar en la **Figura 2**.

Temor, angustia e impotencia

“Era una enfermedad que no conocíamos” (E3); *“el mundo ni siquiera sabía cómo maneja a los pacientes; y nosotros menos, porque esperábamos lo que venía y solo quedaba aprender” (E4).* *“Ver tanta gente morir todos los días, de usted sentir que usted tenía una cama desocupada porque alguien se había muerto hace media hora y ya le estaban pidiendo que lo sacaran rápido y lo embalará rápido para poder meter a alguien más que lo necesitaba, eso no es justo con uno, con las familias” (E2)*; *“yo decía Pero... ¿qué es esto tan horrible que en cuestión de que qué? ¿qué pasó? dos pelados jóvenes.... se murieron ... ya así de sencillo; otra víctima” (E3).*

Como consecuencia de la alta demanda y la escasez de recursos (insumos, medicamentos, equipos biomédicos, infraestructura y talento humano), inicia el triaje ético, lo que desencadenó mayor angustia, ira, frustración y niveles elevados estrés; *“en ese tiempo era mucha la demanda y también fue muchos los insumos que se acabaron; tocaba escoger ¿qué paciente íbamos a rescatar?, los médicos tenían que sentarse a escoger; según sus antecedentes personales y edad, a quien íbamos a brindarle la oportunidad de conectar en terapia ECMO [...] erramos como equipo, porque la idea es poder brindarle esa extensión de vida a la mayoría de las personas que no tenga ninguna contraindicación” (E3).* *“Nos tocó ver procesos de adecuación del esfuerzo terapéutico, algo a lo no estábamos acostumbrados. Retirar medidas, no utilizar más vasopresores, desmontar el ventilador, no intubar a pacientes a los que usualmente lo hacíamos, no estábamos preparado para ello” (E1)*; *“...uno sentía que, pudimos*

1. Consiste en una técnica de soporte vital que suele estar indicada cuando los pulmones o el corazón de un paciente no pueden funcionar adecuadamente por sí mismos. El procedimiento implica extraer la sangre del cuerpo, oxigenarla y eliminar el dióxido de carbono mediante una máquina externa, para luego devolver la sangre oxigenada al organismo, para ello se requiere canular a grandes vasos del paciente. Para más información ver: Miguélez Fraga, Alberto D., y Sonia Rodríguez Villar. Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO): Fundamentos y práctica clínica. 1a edición. Alcalá la Real, 2024.

haber hecho algo mejor, pero el contexto y lo medios lo impedían” (E1); “Uno tiene que cuidar a las personas, como si fueran nuestra familia, cuidar ese señor, esa señora como si fuera mi papá o mi mamá, ese muchacho como si fuera mi hermano, esto establece un vínculo muy fuerte [...]pero llega el momento de la muerte por falta de equipos o recursos y hace sentir que los esfuerzos que se hacen son insuficientes” (E5).

Muerte: duelo, soledad y el embalaje de los cadáveres

En el relato de los participantes se evidenció como categorías emergentes, la muerte en soledad y la imposibilidad de los ritos de despedida por sus familiares; así como la pérdida de la dignidad post mortem debido a las condiciones del embalaje del cadáver. Tal como se evidencia en la **Figura 3**.

Figura 2. Red de emociones y significados (Fuente: elaboración propia en atlas.ti).

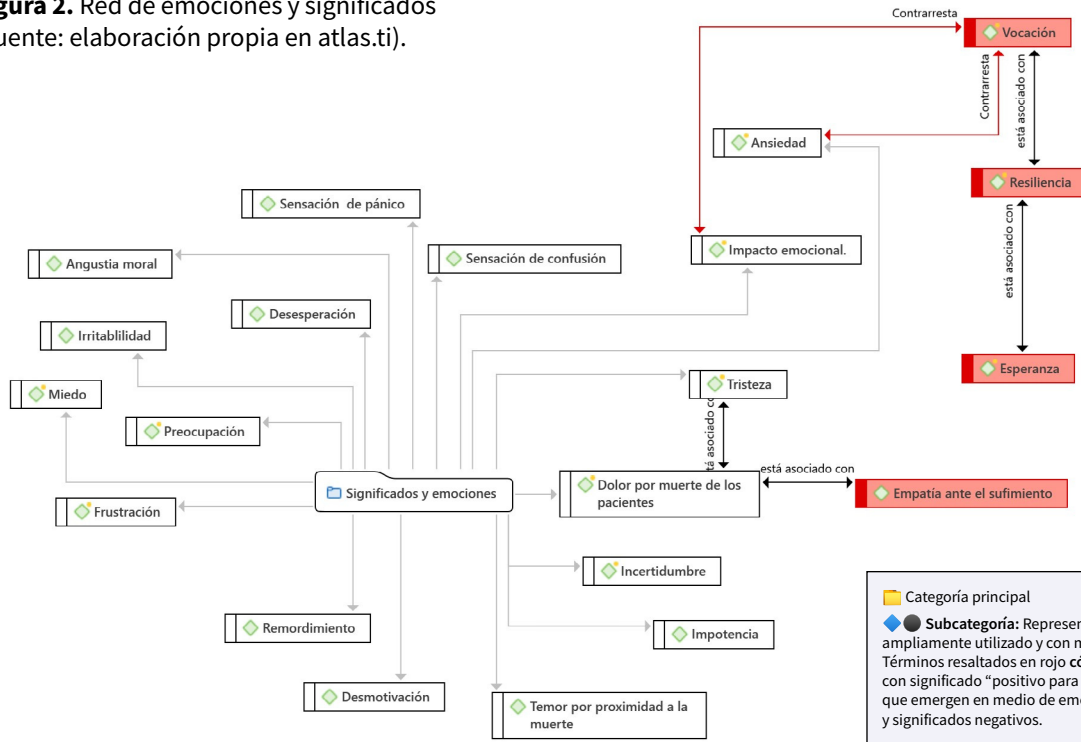
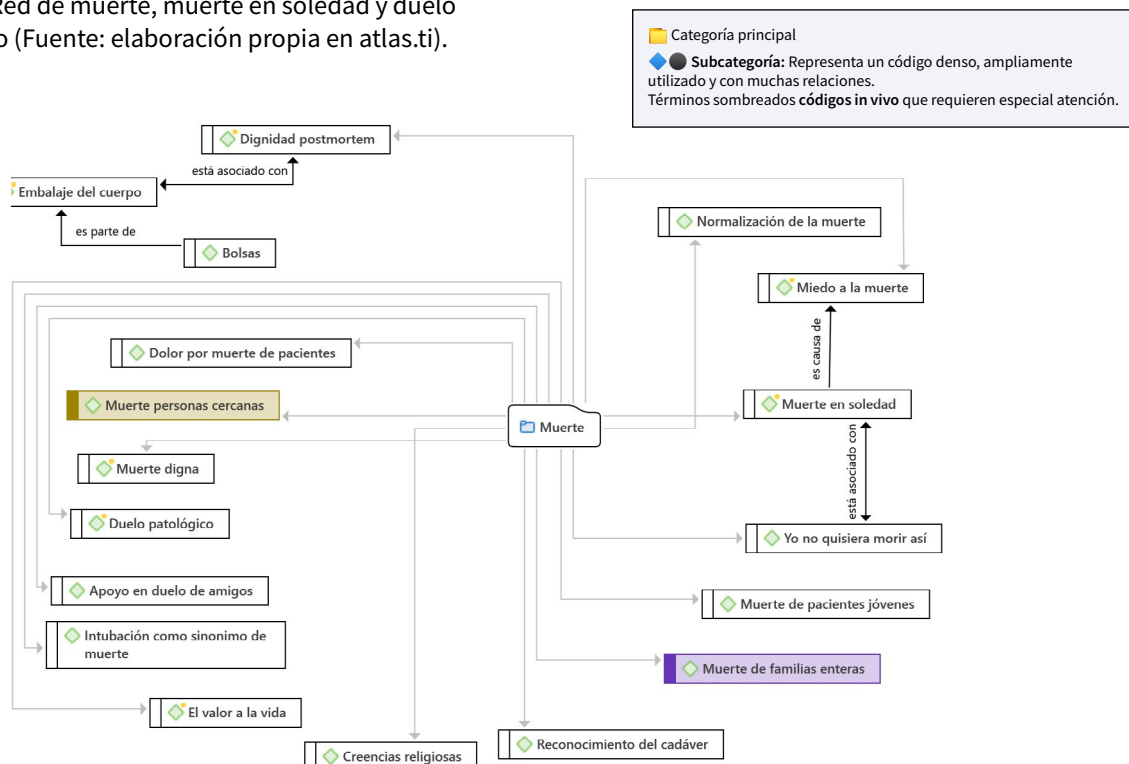


Figura 3. Red de muerte, muerte en soledad y duelo incompleto (Fuente: elaboración propia en atlas.ti).



“Un paciente en UCI un día puede estar muy bien y al otro estar muy mal, pero con ellos era mas difícil por la falta de acompañamiento, porque son pacientes que transcurrieron su enfermedad y murieron solos” (E2); “... era un paciente que se moría solo, sin ningún familiar que le agarrara la mano, que le hiciera una oración” (E3). A raíz de esto aparece el dolor por la muerte de los pacientes como uno de los sentimientos que más agotaron emocionalmente a las participantes, evidenciado en los siguientes testimonios: “cada muerte fue un dolor para uno, muy duro, ¡uy no! Uno sabía que por turno eran 2 y 3 muertos, tanta muerte, qué yo terminaba de subir las escalas de la casa, y me sentaba ahí, en la última escala llorar” (E6).

El protocolo para embalaje y entrega del cuerpo fue uno de los momentos más impactantes, y se lleva en la memoria de manera constante; “...no solamente eran muertes, sino cómo se envolvía el ser humano que acababa de fallecer, era, es como si no fuera nada, solo un cuerpo, póngale algodón con alcohol, métalo en dos bolsas, márchelo con una cinta [...] el proceso de nosotros, es cuidar y proteger, y pasamos a hacerle eso a una persona” (E7).

Emociones positivas

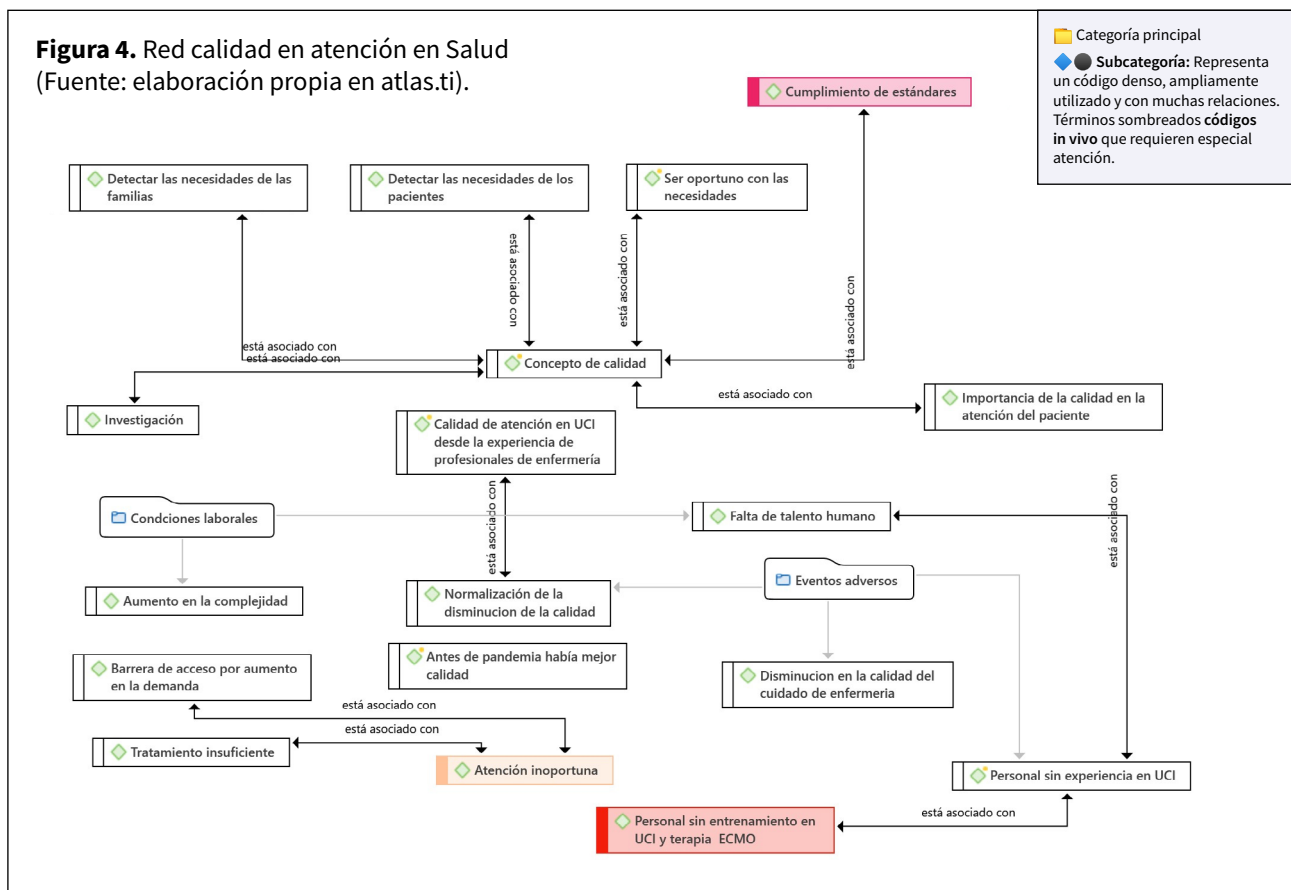
A medida que fue pasando el tiempo que y las opciones de tratamiento mostraban buenos resultados, nace la esperanza como medida alentadora, y por eso; “cuando empezamos ver a los primeros pacientes que se les brindo la terapia ECMO por COVID recuperarse, nosotros empezamos a tener un poquito más de esperanza” (E2).

Ahora bien, las enfermeras entrevistadas, demuestran su identidad profesional mediante su vocación y actitud

en el rol que desempeñan, haciendo evidente no sólo su vocación, sino su convicción y deseo de ayudar; “uno nunca pierde el horizonte, a mí me gusta lo que hago, yo tenía que estar aquí para ayudar a las personas” (E2); “enfermería es una profesión, es una vocación de cuidado y servir” (E3); “Yo siempre he pensado que esta es una profesión es de pura vocación, de puro amor, yo nací siendo enfermera y así me tocará vivir otra pandemia, volvería a elegir ser enfermera” (E5).

Experiencias y significados del profesional de enfermería de UCI respecto a la calidad de la atención en salud durante la pandemia por COVID-19

Los participantes del estudio evidenciaron la disminución de la calidad de atención en salud, tal como lo soportan los siguientes testimonios; “Cuando empezaron a haber tantas incapacidades de parte de enfermería, no se planeó un backup de personal que nos reemplazara, eso fue muy horrible, yo pienso que en ese momento no hubo nada de calidad porque no teníamos el suficiente personal para satisfacer las necesidades de los pacientes de manera oportuna. Eh, no basta usted tener un solo auxiliar y un solo enfermero para cuatro pacientes COVID aislados, intubados, pronados, con soporte vasopresor, inotrópico, sedación, para bañarlos, para tomarles muestras; uno pensaría no, pues cuatro pacientes no son nada, pero son cuatro pacientes. ¿En qué condiciones?” (EE1); fueron muchos los factores que se asociaron al incumplimiento de los atributos de la calidad de atención en salud, en especial la falta de oportunidad en la atención por la escasez de recurso humano y las condiciones clínicas tan críticas de los pacientes, tal como se aprecia en la **Figura 4**.



El personal médico se vió obligado a tener que elegir qué pacientes tratar o salvar pues la capacidad instalada excedió sus límites; *“los médicos tenían que sentarse a escoger; según sus antecedentes personales, su edad y todo, a quien íbamos a salvar entonces, como eran tantos enfermos ¿cierto?”* (EE2), ¿qué calidad en salud se podía ofrecer a los pacientes ante un colapso del sistema de salud? Ante una pandemia inesperada, en la que la seguridad del paciente también se afectó.

Eventos adversos

En cuanto a las experiencias relacionadas con el atributo de calidad de seguridad del paciente que tuvieron los participantes del estudio durante la pandemia, se pudo evidenciar que hubo un aumento de eventos adversos y una disminución en el reporte de estos, *“aumentaron, pero hubo un subregistro, la gente del miedo deja pasar las cosas. O no se registraba o no se decía... o tapemos que igual se va a morir”* (E4).

Las LPP aumentaron de manera desmesurada, tanto por las condiciones de los pacientes como por las condiciones laborales del personal de enfermería: *“UPP todas las que usted quiera, sobre todo por la pronación, yo creo que gastamos como 20 duoderm, protegíamos todas las prominencias óseas, la parte anterior del cuerpo, hombros, pectorales, los trocánter, rodillas, de ahí para abajo todo empapelábamos todo eso, en la cara y las orejas para poderle cambiar de posición en forma de nadador; y sin embargo cuando uno le iba a su supinar, encontrába usted alguna lesión por algún lado”* (E3).

DISCUSIÓN

La pandemia fue un incidente sin precedente que generó impacto en todos los contextos en los que se desenvuelve el ser humano (social, familiar, laboral) (19). A las instituciones de salud las introdujo en un contexto de crisis enmarcado por el impacto socio sanitario nacional y mundial, debido a que hubo cambios tanto en las prácticas y rutinas asistenciales como en la forma en que los profesionales se relacionan con pacientes, familiares y el resto del equipo de salud (19,20). Estos cambios fueron evidenciados en los testimonios y la experiencia subjetiva de las participantes de este estudio.

El reconocimiento de la profesión y el quehacer de enfermería es el mínimo necesario ante lo indispensable que es la profesión de enfermería para la prestación de servicios de salud y para la sociedad en general, el no reconocimiento y visibilidad del rol de la enfermera en UCI y otros servicios asistenciales se ha asociado con desgaste profesional y agotamiento emocional (12). Los testimonios relatados a través de las entrevistas detallan como las experiencias de enfermedad, sufrimiento y muerte, asociado a sobrecarga laboral, la falta de elementos de protección personal y relaciones humanas precarias; generan un mayor desgaste y fatiga emocional, lo cual también ha sido descrito por otros estudios (21-24).

Otros autores (25) describen que el personal sanitario de todo el mundo fue sometido a carga emocional y estrés sin precedentes, que los condujo a la pérdida del equilibrio entre la vida laboral y personal. La exposición prolongada a pacientes con COVID-19 ha dado lugar a resultados psico-

lógicos adversos entre el personal de atención médica, que incluyen insomnio, estrés, ansiedad y depresión (25). La mayoría de la población practicó el distanciamiento social, pero los trabajadores de la salud, especialmente las enfermeras, se arriesgaron en la lucha contra el SARS-CoV-2, ante situaciones adversas que interfirieron con su calidad de vida y en especial, con sus relaciones personales (26).

La enfermería es una profesión cuya base es el cuidado del paciente, característica que le exige una permanencia plena, conocimiento científico y toma de decisiones oportunas (26) para proveer atención y cuidados directos con mirar a salvar vidas, reducir el sufrimiento, brindar apoyo emocional, educar a pacientes y sus familias, además de coordinar acciones de prevención y control de infecciones (27). En contextos de escasez de recursos y una alta demanda de servicios de salud, el cuidado de enfermería cobra un valor superlativo, toda vez que las acciones e intervenciones de enfermería impactan en la calidad de la atención en salud, especialmente en unidades de alta dependencia, en las que el rol de enfermería confronta la muerte, la soledad y el sufrimiento (28).

El miedo a lo desconocido inherente a la especie humana, se transformó en pánico y angustia durante la pandemia (28). Los profesionales de enfermería participantes de este estudio que laboraron en UCI, como humanos que son, también tuvieron miedo, *“miedo a enfermarse, a contagiar a otros, a morir, a morir en soledad; a no poder acompañar a los seres queridos, a no poder despedirse; miedo a las penurias, a perder el trabajo, e incluso al quebranto existencial”* (29). Incluso algunos rompieron en llanto al recordar sus experiencias. Pero a pesar de ello, la experiencia de cuidado en UCI durante la pandemia fue una oportunidad para resignificar el miedo a través de la vocación y del cuidado, en vez de paralizarse, los profesionales de enfermería se movilizaron para cuidar de otros (26).

El cambio por completo de la rutina abrió el espacio para que el sentimiento de vulnerabilidad fuera parte de su cotidiano vivir. Este sentimiento se expresó, por ejemplo, en el miedo a contraer la enfermedad, ser un posible trasmisor y a la pérdida de seres queridos (21) generando un impacto considerable en la salud mental de las personas, convirtiéndose en un factor preocupante a la hora de afrontar la atención y cuidado de los pacientes debido a que la calidad de la atención brindada requiere un equilibrio entre en la salud biológica, social, psicológica y espiritual (30,31).

La carga de trabajo en enfermería que se dió durante la pandemia por COVID-19 incidió en la seguridad del paciente, la calidad de la atención y los costos de las instituciones de salud. En el transcurso de la pandemia por COVID-19, la alta demanda de atención en salud evidenció la disminución de la dotación de recursos tanto humanos como materiales, dificultades que afectaron directamente la calidad del cuidado que se brindó a los pacientes y la percepción de sobrecarga laboral del personal de enfermería (32).

En otros estudios (33), el 71.6% de los profesionales de salud encuestados informó experimentar angustia moral relacionada con su trabajo durante los primeros 9 meses de la pandemia de COVID-19. En la mayoría de los casos,

esta angustia moral se relacionaba con situaciones en las que los profesionales de salud sentían que no habían brindado la atención necesaria o habían brindado una atención subóptima a los pacientes debido a las exigencias de la pandemia o los requisitos de sus prácticas. Todo esto llevó a unas consecuencias importantes tales como, atención de mala calidad, agotamiento, insatisfacción laboral, rotación y deterioro de la salud mental de los profesionales de salud (33). Las experiencias de los participantes de esta investigación enfatizan lo difícil que fue haber vivido una pandemia, en la que la alta demanda de pacientes y las condiciones laborales adversas, fueron inversamente proporcionales a la calidad del cuidado. Esto parece conformar un círculo vicioso, a más sobrecarga laboral, más imposibilidad de actuar de acuerdo con los valores y principios, lo cual, genera más agotamiento físico y emocional, pudiendo aumentar la tasa de ausentismo y perpetuando el ciclo de sobrecarga al resto del personal (23). Todo ello, en detrimento de la calidad del cuidado de enfermería y en general de la prestación de servicios. En esta misma línea, algunos estudios han descrito cómo la cultura de seguridad del paciente se vio afectada, observando valores más bajos de cultura de seguridad en los departamentos fuertemente involucrados en la atención de los pacientes con COVID-19, lo que sugiere que una alta carga de trabajo se asocia con una menor cultura de seguridad del paciente (32).

De igual forma, es necesario considerar que la reflexión sobre el reconocimiento moral, económico, en el cual la profesión de enfermería sea reconocida como pilar fundamental en el cuidado del paciente. Este reconocimiento es impertérrito e imprescindible, para cuidar de los cuidadores y para cuidar del cuidado, en una contemporaneidad tecnocientífica que suele ser más apática y carente de empatía. Reconocer el valor y cuidar de los cuidadores, es una forma de velar por la mejora de las condiciones de trabajo del personal de enfermería y la calidad de la atención. Pero también se requiere de más estrategias de divulgación y visibilización de las condiciones laborales y como estas inciden de manera negativa en los resultados en salud del paciente crítico.

Limitaciones

Algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados es que aunque se contó con un guion de preguntas para orientar las entrevistas, la variabilidad en su duración, que osciló entre 22 y 44 minutos, puede haber afectado la profundidad de la información obtenida. La amplitud y complejidad emocional de los temas tratados sugieren que tiempos de entrevista más extensos habrían permitido una exploración más detallada de las experiencias de los participantes, lo que podría haber enriquecido los hallazgos. Sin embargo, la experiencia del equipo investigador en trabajos similares trató en todo momento de enriquecer los discursos de los participantes desde una mirada vivencial.

Otro aspecto que pudo influir fue la muestra seleccionada, especialmente porque en el marco de este estudio no se fue posible ofrecer incentivos a los participantes, por

lo que a pesar de contactar a 15 profesionales, no fue posible una mejor tasa de participación, lo cual pudo influir en la generalización de los resultados. De igual forma las características institucionales de las unidades de cuidados intensivos son diversas, durante la pandemia se improvisaron servicios de UCI (34), y algunos hospitales públicos tuvieron mayores tasas de complicaciones por lo que es importante en estudios posteriores comparar los sectores públicos y privados. Estas restricciones metodológicas deben ser consideradas en futuras investigaciones para optimizar el proceso de recolección de datos y garantizar una mayor consistencia y profundidad en los resultados.

Conclusiones

En el análisis de los resultados obtenidos se puede evidenciar que la pandemia por COVID-19 afectó la salud mental y física de los profesionales de enfermería, disminuyendo la calidad de la atención de los pacientes. El personal de enfermería vivió fenómenos como, sobrecarga laboral, sobreocupación de la capacidad instalada del servicio de UCI, condiciones laborales difíciles, aumento en la demanda de pacientes con requerimiento de terapia de Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) y deserción laboral. Esto evidenció la carga emocional y física que vivieron los participantes del estudio ante una pandemia inesperada que marcó un antes y un después de la vida laboral del personal de enfermería.

La pandemia fue un suceso emocional complejo, una lucha de tensiones entre valores y emociones. Esto suscitado por las condiciones laborales y sociales agrestes, la creciente morbimortalidad, la sensación de que en ocasiones el esfuerzo no era reconocido y no impactaba en la salud de los pacientes, la angustia moral al sentir que no se podía actuar conforme a los propios principios y a la imperiosa decisión de tener que elegir qué pacientes salvar y cuidar. Cabe destacar el significado que tuvo para los participantes “la vocación de ser profesional de enfermería” que despertó este momento tan crítico de la historia, dado que, a pesar de las complejas circunstancias vividas, reafirmaron su sentido de servir y de cuidar como pilar fundamental para el papel que desempeñan para la sociedad.

De acuerdo con los hallazgos de este estudio, es fundamental establecer estrategias de apoyo emocional y psicológico para el personal de enfermería debido al alto nivel de estrés y carga laboral durante situaciones de crisis sanitaria. Así como la implementación de protocolos estandarizados y adaptables para el cuidado de pacientes críticos en escenarios de emergencia podría optimizar los resultados clínicos y el bienestar del personal. Sin embargo, es interesante que aunque existieron diversos protocolos para la atención de pacientes, el cuidado al ser una relación contingente excede los protocolos, y que aunque existan prácticas estandarizadas para el embalaje de los cuerpos y cuidado del paciente, esto no es suficiente para el bienestar emocional y psíquico de los profesionales, ni para la calidad del cuidado.

Los testimonios reportaron un aumento de los eventos adversos asociados al cuidado de salud, tales como,

lesiones por presión y errores en la administración de medicamentos. Se evidenció la disminución del reporte de eventos adversos y su poca gestión ante estos, lo cual afectó la calidad del cuidado. Es imperativo, tomar en cuenta estos resultados para planear y gestionar estrategias de promoción y prevención de la salud mental y física del personal de enfermería. Es necesario resaltar el papel de la enfermería, como máximo gestor del cuidado y recuperación del paciente en su proceso de salud y enfermedad, sin olvidar la necesidad de fortalecer las estrategias de seguridad del paciente en contextos agrestes.

DATOS AUTORES

(1) Enfermero. Grupo de investigación salud familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias de la salud, Corporación Universitaria Remington (Medellín, Colombia); (2) Enfermera Pacientes Internacionales Clínica Cardio VID (Medellín, Colombia); (3) Enfermera. Hospital San Vicente Fundación. Rionegro (Antioquía, Colombia).

Recibido: 14/07/2024. Aceptado: 19/12/2024.

Versión definitiva: 23/12/2024

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. OPS/OMS; 2020.
- Johns Hopkins University. Covid-19 Dashboard [Internet]. 2022 May [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.arcgis.com/apps/dashboards/bda-7594740fd40299423467b48e9ecf6>
- Blanco-Reyes K. Enfermedad de origen común o laboral en el derecho laboral y de la seguridad social en Colombia: Covid-19 [Pregrado]. [Bucaramanga, Colombia]: Santo Tomás; 2021. Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/44733?show=full>
- Huaman LDS. SARS-Cov-2 como detonante del síndrome de desgaste profesional en el personal de un centro de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2021;47(2):e2589. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmninnkbfkgicljfindmkaj/http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v47n2/1561-3127-rcsp-47-02-e2589.pdf>
- Amnistía internacional. COVID-19: Las muertes de personal sanitario ascienden al menos a 17.000, mientras las organizaciones piden una rápida distribución de las vacunas [Internet]. España: Amnistía Internacional; 2021 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/#:~:text=Al%20menos%2017.000%20profesionales,vacunaci%C3%B3n%20de%20millones%20de%20profesionales>
- Organización Colegial de Enfermería. Covid-19 en personal de la salud: 99 muertes y casi 20.000 casos [Internet]. Bogotá, Colombia; 2020 [cited 2023 Jun 3]. Available from: <https://www.oceinfo.org.co/difusion/noticias/356-covid-19-en-personal-de-la-salud-99-muertes-y-casi-20-000-casos>
- Pedace ML, Usandivaras IM, Gothelf EE, Cortines MC, Tarnofsky DI, Ramos M, et al. Relatos sobre Covid-19 de profesionales de la salud en un hospital. *Rev Hosp Ital BAires* [Internet]. 2021 Jun 30 [cited 2023 Jun 3];41(2):97–102. Available from: <https://ojs.hospitalitaliano.org.ar/index.php/revistahi/article/view/95>
- García Uribe JC, Zapata Muriel FA. Covid-19, cuidar entre mascarillas, pantallas y un espacio-tiempo peligrosamente contagioso: una lectura fenomenológica. *cuid* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 23];(64). Available from: <http://hdl.handle.net/10045/130227>. DOI: 10.47626/1679-4435-2022-771. <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.%2064.03>
- Aldana S, Casadiego E. Condiciones laborales del talento humano en salud en Colombia: Una revisión de Literatura [Tesis de Especialización en Gerencia y Auditoría de Instituciones de Seguridad Social en Salud]. [Colombia]: Universidad Santo Tomás; 2022. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/47957?show=full>
- Azoulay E, De Waele J, Ferrer R, Staudinger T, Borkowska M, Povoia P, et al. Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak. *Ann Intensive Care*. 2020 Aug 8;10(1):110. doi: 10.1186/s13613-020-00722-3. PMID: 32770449; PMCID: PMC7414284.
- Luengo-Martínez Carolina, Sanhueza Olivia. Condiciones de trabajo y su relación con la calidad del cuidado y salud del profesional de enfermería. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2016 Dic [citado 2024 Feb 04] ; 62(245): 368-380. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000500008&lng=es.
- García JC. Burnout as a social pathology in nursing professionals: an analysis based on the theory of recognition. *Rev Bras Med Trab*. 2023 Feb 3;20(3):505-512. doi: 10.47626/1679-4435-2022-771. PMID: 36793461; PMCID: PMC9904824.
- Donkers MA, Gilissen VJHS, Candel MJJM, Van Dijk NM, Kling H, Heijnen-Panis R, et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2021 Dec [cited 2023 Jun 3];22(1):73. Available from: <https://bmcmethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-021-00641-3>
- Bosveld MH, Van Doorn DPC, Stassen PM, Westerman D, Bergmans DCJJ, Van Der Horst ICC, et al. Lessons learned: Contribution to healthcare by medical students during COVID-19. *Journal of Critical Care* [Internet]. 2021 Jun [cited 2023 Jun 3];63:113–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0883944120306948>
- Klein DO, Moelans B, Savelberg W, Van Der Horst ICC, Van Mook WNKA, Rennenberg RJMW. COVID-19 pandemic: a qualitative study with an opportunity-centric approach from an ICU perspective in a teaching hospital. Upsides worth to secure? *BMJ Open* [Internet]. 2023 Apr [cited 2023 Jun 3];13(4):e065931. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2022-065931>

16. González-Gil MT, Oter-Quintana C, Martínez-Marcos M, Alcolea-Cosín MT, Navarta-Sánchez MV, Robledo-Martín J, et al. The value of human resources: Experience of critical care nurses during the COVID-19 epidemic. *Enfermería Intensiva* (English ed) [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Jun 3];33(2):77–88. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S252998402200026X>
17. Peña AQ. Metodología de Investigación Científica Cualitativa. *Investigación cualitativa*. :38. 2016. Disponible en: <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/2724>
18. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia; 2016. 365 p.
19. Dupont MA. Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): Dispositivos de cuidado de equipos sanitarios de primera línea de respuesta telefónica ante COVID-19. *Subj procesos cogn*. 2021;212–43. Disponible en: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/5714>
20. Pedace ML, Gothelf EE, Cunto CLD, Usandivaras IM, Lapalma MCC, Ramos M. Relatos sobre COVID-19 de profesionales de la salud en un hospital. 2021;41:6. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/127682_97-102-15-18-21-Pedace-C.pdf
21. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. *Research, Society and Development*. 2020 Jun 24;9(8):e67985121–e67985121. <https://doi.org/10.1590/scielopreprints.675>
22. García-Uribe JCG, Espinal LAE, Garzón-Duque M, Henao S. Tensiones éticas, causas y consecuencias del síndrome de burnout en el personal de salud en tiempos de la Covid-19: una revisión y análisis desde la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 23(1). <https://doi.org/10.18359/rlbi.5816>
23. García-Uribe JCG. Hermenéutica del burnout: una tematización bioética a la luz de la condición humana. *Revista Colombiana de Bioética*. 2023; <https://doi.org/10.18270/rcb.v18i1.4335>.
24. Kakemam E, Chegini Z, Rouhi A, Ahmadi F, Majidi S. Burnout and its relationship to self reported quality of patient care and adverse events during COVID 19: A cross sectional online survey among nurses. *Journal of Nursing Management*. 2021 Oct;29(7):1974. DOI: [10.1111/jonm.13359](https://doi.org/10.1111/jonm.13359)
25. Lahite-Savón Y, Céspedes-Pereña V, Maslen-Bonnane M. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*. 2020 Oct 27;99(5):494–502. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000500494&lng=es. *Epub 27-Oct-2020*.
26. Ávila Moreno OD, Vergara Centeno JL, Franco Coffré JA. Un desafío sanitario en la gestión del servicio de medicina crítica de un hospital del Ecuador: Vivencias en la pandemia COVID-19. *Bol malariol salud ambient*. 2022;2–7. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/9422efb2-eb60-3026-a06a-3e2f184d0f70/> <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e6.621.00>
27. García Uribe JC. Covid-19 y biopoder: cómo resistir la normalización de una crisis. *Revista de Medicina y Ética* [Internet]. 2021 Jan 4 [cited 2021 Jul 5];32(1):65–85. Available from: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/470>. <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n1.02>.
28. Bilal H, Yildirim Sari H. Relación entre agotamiento emocional y la actitud hacia la seguridad del paciente en enfermeras pediátricas en un hospital de Turquía. *Enfermería Clínica*. 2020 Jan 1;30(1):37–41. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-relacion-entre-agotamiento-emocional-actitud-S1130862119303122>. DOI: [10.1016/j.enfcli.2019.08.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.08.001)
29. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 2020 Apr 11;83(1):51–6. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972020000100051&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
30. Situación de carga física y mental en enfermería de Uruguay durante la pandemia Covid 19. *RUE* [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2023 Jul 17];17(2). Available from: <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/359>
31. Pathman DE, Sonis J, Rauner TE, Alton K, Headlee AS, Harrison JN. Moral distress among clinicians working in US safety net practices during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2022 Aug;12(8):e061369. doi: [10.1136/bmjopen-2022-061369](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061369). PMID: 36008061; PMCID: PMC9421917.
32. Brborović O, Brborović H, Hrain L. The COVID-19 Pandemic Crisis and Patient Safety Culture: A Mixed-Method Study. *IJERPH*. 2022 Feb 16;19(4):2237. doi: [10.3390/ijerph19042237](https://doi.org/10.3390/ijerph19042237). PMID: 35206429; PMCID: PMC8872302.
33. Garcia Uribe JC. Cuidar del cuidado: Ética de la compasión, más allá de la protocolización del cuidado de enfermería. *Cul Cuid* [Internet]. 2020 Sep 3 [cited 2022 Nov 28];24(57):52. Available from: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2020-n57-cuidar-del-cuidado-etica-de-la-compasion-mas-alla-de-la-protocolizacion-del-cuidado-de-enfermeria>. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.05>.
34. Zahran, T.E., Al Hassan, S., Al Karaki, V. et al. Outcomes of critically ill COVID-19 patients boarding in the emergency department of a tertiary care center in a developing country: a retrospective cohort study. *Int J Emerg Med* 16, 73 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12245-023-00551-8>

ANEXO 1.

Entrevista semiestructurada N.º: _____

Fecha: _____

Código participante: _____

Lugar de entrevista: _____

Duración de entrevista: _____

1. Características sociodemográficas del participante edad género, experiencia

2. Preguntas orientadoras

Cuidado, salud en el trabajo y vida en la UCI

- a) Cuénteme un poco sobre usted, ¿hace cuánto trabaja en la institución, ¿cuántos años de experiencia tiene trabajando en UCI?
- b) Hábleme de su experiencia desde el momento en que empezó a trabajar con pacientes con diagnóstico de COVID-19.
- c) Puede narrarme ¿cómo eran las condiciones laborales durante la pandemia?
- d) ¿Qué significado tuvieron sus condiciones laborales en la época de pandemia para su ejercicio profesional y para usted como persona?
- e) ¿Percibió cambios con respecto a las condiciones laborales antes de la pandemia? (pregunta de profundización)
- f) ¿Qué percepción tiene de su salud (física, psicosocial, espiritual) en la época de pandemia? ¿Cómo considera que cambió su salud respecto a antes de la pandemia?
- g) ¿Qué fue lo que sintió en el momento de enfrentar el proceso de enfermedad y muerte de estos pacientes?
- h) ¿Qué percepción tuvo de la labor del profesional de enfermería en comparación con los demás profesionales de salud? ¿Percibió que enfermería fue el máximo cuidador del paciente?

Calidad del cuidado

- a) Cuénteme, por favor, para usted ¿Qué es la calidad de atención en salud?
- b) ¿Cómo fue la calidad de la atención de los pacientes durante la época de la pandemia?
- c) Puede narrarme algún caso donde haya sentido que se presentaron dificultades en la atención en salud de los pacientes.
- d) ¿Cómo fue la incidencia de eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente durante la época de la pandemia? ¿puede narrarme algunas historias en este punto que permitan comprender mejor como se vivía la seguridad del paciente?
- e) ¿Recuerda algún momento en el que haya percibido o sentido que no estaba dándole una atención de calidad a sus pacientes? ¿cómo se sentía frente a estas situaciones? (angustia o sufrimiento moral)
- f) ¿Cómo fueron las relaciones con los familiares de los pacientes y sus compañeros de trabajo?
- g) ¿Alguna otra cosa que quiera contarme?