



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



ORIGINAL

«Cuidados perdidos» y calidad de los cuidados durante la pandemia por COVID-19: factores y estrategias influyentes



Noemí Obregón-Gutiérrez^{a,b}, Salut Puig-Calsina^{b,c}, Anna Bonfill-Abella^{b,d},
Laura Forrellat-González^{b,d} y Mireia Subirana-Casacuberta^{b,e,f,*}

^a Adjunta a la Dirección Enfermería, Nursing Department, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España

^b Departamento de Enfermería, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España

^c Jefa de Área de Enfermería, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España

^d Enfermera Clínica, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España

^e Directora Enfermera, Parc Taulí Hospital Universitari, Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí I3PT, Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell, España

^f Grupo de investigación en Metodología, métodos, modelos y resultados en salud y sociales (M3O), Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña (UVIC-UCC), Barcelona, España

Recibido el 8 de febrero de 2021; aceptado el 18 de junio de 2021

Disponible en Internet el 23 de junio de 2021

PALABRAS CLAVE

Cuidados perdidos;
Calidad de cuidados;
Atención de
enfermería;
Resultados;
COVID-19

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de los cuidados brindados durante la pandemia por COVID-19, identificando los cuidados que se han priorizado y los factores que han influido. Ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la pandemia, las enfermeras han podido estar sometidas a factores que las hayan afectado de manera negativa, pero también se han podido encontrar estrategias que han permitido mantener la calidad de los cuidados.

Método: Estudio descriptivo con muestra de conveniencia de 225 enfermeras que atendieron a pacientes con COVID-19. Para la recogida de datos se emplea un cuestionario *ad hoc* de variables personales y laborales, una autovaloración de los cuidados y la escala *Care Left Undone*.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msubiranac@tauli.cat (M. Subirana-Casacuberta).

Resultados: La tasa media de cuidados perdidos ha sido de 5,76 (DS 3,1). Se identifican diferencias significativas en función de la edad, experiencia profesional y del cambio de estructura y de especialidad. Las estrategias que se asocian de manera significativa con mayor valoración de la calidad de los cuidados estuvieron relacionadas con la cohesión del equipo, evitar la despersonalización, búsqueda activa de información, estrategias de control de estrés y de pensamiento positivo. Se han identificados sentimientos, características y estrategias personales y profesionales, que influyen tanto en la percepción de la calidad como en la pérdida de cuidados durante la atención a la pandemia.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Missed nursing care;
Quality of care;
Nursing care;
Outcomes;
COVID-19

“Missed care” and quality of care during the COVID-19 pandemic: Influential factors and modulating strategies

Abstract

Objective: To analyze the quality of care provided during the COVID-19 pandemic, identifying what care has been prioritized and factors that have influenced such care.

Background: Given the need to adapt care due to the pandemic, nurses may have been subjected to factors that have negatively affected them, however it has also been possible to find actions that have enabled nurses to maintain the quality of care provided.

Method: Exploratory study with a sample of 225 nurses. Data collection was performed using a self-assessment of the care provided, the ‘Care Left Undone’ Scale, and ad hoc questionnaire for demographic variables.

Results: The mean rate of missed care was 5.76. Significant differences were identified according to age, professional experience, field of specialty and personal and professional strategies.

Conclusion: Both personal and professional feelings, characteristics, and strategies have an effect in the perception of quality of care provided and missed care during the pandemic.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Qué se conoce

Ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la Pandemia, las enfermeras han estado sometidas a factores laborales, personales y profesionales que han dificultado la capacidad de cuidar.

Qué aporta

Nuestro estudio identifica características personales, profesionales y emocionales que han actuado como facilitadores para mantener la calidad de los cuidados.

Introducción

El cuidado es el pilar básico de todos los Sistemas de Salud y existe un amplio cuerpo de evidencia que demuestra que los resultados en salud de las personas dependen en gran medida de los cuidados enfermeros que reciben^{1,2}. Esta asociación la encontramos evidenciada en una revisión sistemática de 102 estudios cuya conclusión es que el aumento de los niveles de atención enfermera registrada se asocia con

tasas más bajas de mortalidad hospitalaria y menos eventos adversos³. Además, los cuidados enfermeros velan por que la persona sea el centro de la atención, defendiendo la dignidad de la persona cuidada, mediante una relación de comunicación, respeto y colaboración^{4,5}. La pandemia por la COVID-19 ha evidenciado aún más la importancia de los cuidados enfermeros.

Diferentes informes de organismos oficiales han denunciado la escasez manifiesta de enfermeras durante la pandemia como consecuencia de años de austeridad y recortes en contratación. Para afrontar esta alta demanda, siguiendo las medidas establecidas por el Real Decreto del Estado de Alarma⁶, se modificaron las condiciones estructurales y laborales, y muchas enfermeras tuvieron que trabajar en especialidades diferentes a las suyas, con mecanismos de aislamiento físico y social que afectaron a la relación de cuidado y que, además, produjeron en muchas ocasiones una priorización de los cuidados como respuesta a las altas necesidades de atención que se estaban produciendo⁷. Esta priorización pudo desembocar en la pérdida de cuidados esenciales. El cuidado enfermero perdido se define como «*cualquier aspecto de la atención que requiera el paciente que se omita o retrase significativamente*»⁸, y se clasifica dentro del error de omisión y fue conceptualizado como «*missed nursing care*» (MNC)^{9–11} y como «*care left undone*»¹². Los factores que según la bibliografía pueden llevar a perder cuidados enfermeros están relacionados

con la falta de recursos laborales disponibles; de recursos materiales accesibles y con diversos factores de relación y comunicación que impactan en la capacidad de las enfermeras para brindar atención, como es el trabajo en equipo y la comunicación entre los miembros del equipo o el usuario/familia^{1,2,13,14}.

La situación de pandemia contiene todos los factores de riesgo para que se produzca una situación de pérdida de cuidados enfermeros y suma un factor nuevo derivado de la situación, que es el estrés psicológico personal del profesional, que surge como respuesta a un evento global tan extraordinario.^{7,15,16} Pero también encontramos en la bibliografía que pueden existir factores que actúen manteniendo la calidad de los cuidados, ya que describen características personales y profesionales de las enfermeras, del clima organizacional y el apoyo laboral recibido, que son identificados como predictores significativos de la calidad de los cuidados.¹⁷⁻¹⁹ Por ello, ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la pandemia, las enfermeras han podido estar sometidas a factores que hayan afectado de manera negativa los cuidados prestados, pero también se han podido desarrollar conductas de adaptación positiva a la adversidad de la situación y encontrar acciones que hayan permitido mantener la calidad de los cuidados enfermeros dentro de este difícil contexto.

El objetivo del estudio es analizar la calidad de los cuidados brindados durante la pandemia por COVID-19, identificando los cuidados que se han priorizado y explorando factores y características personales, profesionales, emocionales o del entorno laboral que hayan podido influir en el cuidado.

Método

Diseño del estudio

Estudio descriptivo y transversal retrospectivo, que valora la calidad autopercibida de los cuidados prestados por las enfermeras, y analiza los cuidados que se han dejado de hacer.

Población y ámbito de estudio

La población de referencia fueron las enfermeras del Hospital Universitario Parc Tauli of Sabadell (809 enfermeras). Es un hospital de nivel III, con 780 camas, que en el pico de la pandemia 31/03 y 1/04 llegó a tener 632 pacientes ingresados con diagnóstico de COVID-19. Se determina una muestra de conveniencia de 225 enfermeras con el criterio de inclusión de haber trabajado directamente en la atención a los pacientes COVID-19. Para evitar pérdidas, la encuesta se envió a 240 enfermeras, de las cuales 225 completaron el cuestionario.

Variables

Se diseñó una encuesta que contenía 58 preguntas que medían las variables de estudio y que fueron agrupadas en los siguientes apartados:

Valoración autopercibida de los cuidados prestados y de su grado de autonomía, mediante una escala analógica visual que iba del 0 al 10.

Escala *Care Left Undone*: Se trata de un instrumento consensuado para la priorización de los cuidados del que derivan dos medidas de «atención perdida». Primero, la prevalencia de cualquier atención que se dejó sin hacer (medida binaria). En segundo lugar, una puntuación que indica el volumen de atención que queda sin hacer, al sumar el número de actividades marcadas por persona.^{2,8,12}

Cuestionario *ad hoc* donde se recogen datos sobre variables sociodemográficas, laborales, competenciales y afectación personal por la COVID-19.

Listado de identificación de sentimientos que las enfermeras han tenido mientras cuidaban en la situación de pandemia, valorándose su prevalencia mediante el grado de acuerdo con las afirmaciones mediante una escala Likert del 1 al 10. Listado basado en el trabajo de Bao et al.¹⁵.

Listado de estrategias personales y profesionales adoptadas para favorecer los cuidados. Listado basado en los trabajos de Bao et al.¹⁵; Petzold et al.¹⁶ y Wu et al.¹⁹.

Recogida de datos

La recogida de datos se realizó en mayo del 2020 y se pedía valorar los cuidados proporcionados en el período de máxima incidencia que en nuestro medio fue entre el 27 de marzo y el 8 de abril. La encuesta se envió mediante un hipervínculo a través del correo electrónico. El enlace integraba la información sobre el estudio, el consentimiento informado y la encuesta. Tras ello, los participantes firmaban el consentimiento y enviaban la encuesta cumplimentada a través de la plataforma.

Análisis de los datos

La descripción, el perfil profesional de las enfermeras, la valoración de los cuidados, las emociones y las estrategias desarrolladas se realizaron mediante estadísticas resumidas (media, DS, mediana, rango intercuartílico [IQR], frecuencias y porcentajes). Se utilizaron estadísticas descriptivas para describir la prevalencia y la naturaleza de la atención que se dejó de hacer. Se compararon grupos con alta valoración de los cuidados realizados (≥ 7) frente al grupo de baja valoración (< 7), en relación con la pérdida de cuidados, emociones sentidas, barreras identificadas y estrategias profesionales y personales utilizados. Los análisis de significación se realizaron utilizando la prueba de correlación de Spearman y U de Mann-Whitney, debido a la distribución no normal de las puntuaciones y las comparaciones de medianas entre más de dos grupos se ha realizado con la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. La comparación de porcentajes de cuidados perdidos se realizó con la prueba de Chi cuadrada. Todos los análisis mencionados se realizaron con SPSS V.20 (IBM Corp., Armonk, NY).

Consideraciones éticas

El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de l'Hospital Universitari Parc Taulí of

Tabla 1 Valoración de la calidad de los cuidados percibida y variables profesionales (n = 225)

n = 225 n %	Calidad inicial		Calidad final		Autonomía		
	mediana [IQR]	p	mediana [IQR]	p	mediana [IQR]	p	
Cambio de horario							
NO	8,3%	6,5[4,25-8]	0,161‡	9 [7-10]	0,382 ‡	8,5 [6-9]	0,986‡
SÍ	91,6%	6 [4-7]		8 [7-9]		8 [7-9]	
Cambio de estructura							
NO	47,4%	6 [4,25-7]	0,249‡	8 [7-9]	0,331‡	8 [6,5-9]	0,009‡
SÍ	52,6%	6 [4-7]		8 [8-9]		8 [8-9]	
Cambio especialidad							
NO	39,6%	5,7 [4,25-7]	0,375‡	8,1 [7-9]	0,516‡	7,8 [7-9]	0,855‡
SÍ	60,4%	5,4 [4,00-7]		8 [8-9]		7,8 [7-9]	
Especialidad de origen							
Cuidados intensivos	16,8%	4,5 [4-6,25]	0,440§	9 [8-9]	0,893§	9 [8-10]	0,068§
Urgencias	11,6%	5,5 [4-6,25]		9 [7,7-10]		8 [7,7-9]	
Área quirúrgica	26,5%	6 [4-7,50]		8 [7,5-9]		8 [7-9]	
Hospitalización	28,4%	6 [4,25-8,0]		8 [7-9]		8 [6-9]	
Sociosanitario	16,1%	7 [5-7,00]		8 [7-9,5]		8 [6-8,5]	

† Pearson ‡ Mann Whitney § Kruskal Wallis. IQR: rango intercuartílico.

Nota: Significancia estadística se indica en negrita.

Sabadell en abril 2020. Ref.2020623. Las participantes recibieron información sobre todos los aspectos relacionados con el estudio, la voluntariedad de este y la privacidad y confidencialidad de los datos

Resultado

Descripción de la muestra y valoración de los cuidados prestados.

Participaron 225 enfermeras en el estudio, con una edad media de 43,0 años (IQR: 15) y una media de experiencia profesional de 17,0 años (IQR:12). La valoración de la calidad aumentó, pasando de una puntuación mediana inicial de 6 (IQR= 4-7) hasta alcanzar en los momentos de finales de abril una valoración de la calidad de los cuidados de 8,1 (IQR =7-9). El incremento en el grado de calidad a lo largo de las semanas es un incremento estadísticamente significativo ($p < 0,05$). La percepción del grado de autonomía que han tenido las enfermeras para realizar estos cuidados ha obtenido una puntuación de 8 (IQR =7-9) sobre 10. Y la tasa media de cuidados perdidos ha sido de 5,7 (DS= 3.1).

El análisis de contraste realizado entre la valoración de los cuidados con las variables secundarias muestran una asociación significativa entre la valoración de la calidad de los cuidados iniciales que se realizaban, tanto para la edad ($p = 0,021$) como para los años de experiencia profesional ($p = 0,047$). También encontramos que las profesionales que han cambiado de entorno físico han tenido mayor grado de autonomía percibida que las profesionales que no han cambiado ($p = 0,009$). El cambio de horario, el ámbito de procedencia e incluso el tener que desarrollar cuidados diferentes a los propios, no han producido cambios significativos ni en la valoración de los cuidados

realizados ni en el grado de autonomía de los cuidados (Tabla 1).

Cuidados perdidos, valoración de la calidad de los cuidados y relación con las variables personales y profesionales

Las actividades identificadas con más frecuencia como perdidas se presentan en la tabla 2. También se presenta en la tabla la comparación de cuidados perdidos en función de la autovaloración de la calidad de los cuidados (Tabla 2).

El volumen de atención que queda sin realizar se obtiene de la suma del número de actividades marcadas por persona. Este cálculo ofrece un volumen medio para nuestra población de estudio de 5,4 (DS = 3,5). Al realizar el análisis inferencial, se identifican diferencias significativas en función del cambio de estructura ($p = 0,002$), del cambio de actividades asistenciales ($p = 0,005$), de la edad ($p = 0,002$) y experiencia laboral ($p = 0,003$). También existe una relación significativa entre la valoración de los cuidados finales y el grado de autonomía con la tasa de cuidados perdidos ($p = 0,010$)/($p = 0,021$).

Sentimientos y barreras identificados durante la prestación de cuidados

El análisis de las emociones que han tenido las enfermeras mientras realizan estos cuidados y las barreras identificadas, se presenta en la Tabla 3. El análisis comparativo, en función del grado de calidad de los cuidados, muestra diferencias significativas en los sentimientos de competencia y crecimiento personal, que son más prevalentes en las enfermeras con valoración alta de los cuidados y que en el grupo de valoración menor, en el que es más prevalente el sentimiento de frustración (Tabla 3).

Tabla 2 Prevalencia de cuidados perdidos y relación con la autovaloración de la calidad de los cuidados prestados (n = 225)

Cuidados perdidos	n %	Calidad cuidado < 7	Calidad cuidado \geq 7	p valor†
Educación sanitaria	54%	50%	54%	0,764
Higiene boca	51%	69%	49%	0,133
Cuidado de la piel	51%	75%	48%	0,042
Registros cumplimentados	49%	62%	46%	0,212
Planificación de cuidados	48%	81%	44%	0,005
Hablar y reconfortar	48%	75%	45%	0,021
Actualizar plan cuidados	46%	56%	53%	0,47
Cambios posturales	43%	75%	42%	0,011
Administrar medicación sin retraso	41%	37.5%	35.3%	0,859
Preparación adecuada del paciente	33%	69%	27%	0,009
Vigilancia adecuada	32%	13%	26%	0,23
Técnicas y tratamientos	30%	50%	27%	0,005
Control del dolor	27%	56%	24%	0,006

†Chi square.

Nota: significancia estadística se indica en negrita.

Tabla 3 Comparativa entre sentimientos y barreras detectadas a los cuidados en función de la autovaloración de los cuidados prestados

	Global mediana [IQR]	Calidad cuidado < 7 mediana [IQR]	Calidad de cuidado \geq 7 mediana [IQR]	p valor†
SENTIMIENTOS				
Miedo a infectar a familiares	10 [8-10]	10 [8,2-10]	10 [8-10]	0,384
Impotencia	9 [8-10]	10 [9-10]	9 [7,5-10]	0,177
Cohesión con mi equipo	9 [7-10]	9,5 [7,2-10]	9 [7-10]	0,408
Tristeza	9 [7-10]	10 [9-10]	9 [7,7-10]	0,327
Competencia	8 [7-9]	6 [4,2-8,7]	8 [7-9]	0,034
Frustración profesional	6 [8-9]	10 [8,2-10]	8 [6-9]	0,010
Fuerza	8 [6-9]	6,5 [6-8,7]	8 [6-9]	0,463
Inseguridad personal	7 [5-9]	8,5 [5,7-9,7]	7 [5-9]	0,089
Inseguridad profesional	7 [4-9]	7 [7-9]	7 [4-9]	0,248
Crecimiento personal	7 [3-9]	5,5 [3-6]	7 [3-9]	0,046
Crecimiento profesional	6 [3-8]	6 [3-7]	7 [3-8]	0,213
Miedo a enfermar	7 [3-9]	6,5 [2-9]	7 [3-9]	0,857
BARRERAS				
Aislamiento familiar del enfermo	9 [6-10]	7 [5,25-10]	9 [6-10]	0,613
Barreras físicas del entorno	8 [6-9]	8 [6-10]	8 [8-9]	0,750
Alta demanda de servicios	8 [6-9]	7 [4-8]	8 [6-9]	0,119
Poco tiempo para cuidar	8 [6-10]	5 [4,25-8,75]	8 [6-10]	0,054
Aislamiento del paciente	8 [5-9]	6 [4,25-9,75]	8 [5-9]	0,182
Falta de conocimiento sobre uso de EPI	8 [5-9]	8 [5-10]	8 [6-9]	0,854
Falta de guías sobre la enfermedad	7 [5-8]	8 [5-9]	7 [6-8]	0,516
Falta de conocimientos sobre cuidados críticos	7 [4-9]	7,5 [5,2-10]	7 [4-9]	0,246
n	225	86	139	

† Mann Whitney. IQR: rango intercuartílico.

Nota: significancia estadística se indica en negrita

Tabla 4 Análisis de estrategias desarrolladas y la autovaloración de la calidad de los cuidados prestados

Estrategias	Global mediana [IQR]	Calidad cuidado <7 mediana [IQR]	Calidad de cuidado ≥7 mediana [IQR]	p valor†
Grupos de WhatsApp para mantener el contacto con los compañeros	8 [6-10]	7,5[4-0,10]	8[6-10]	0,268
Compartir conocimientos sobre la COVID-19 con compañeros	8 [6-9]	7[5-7,75]	8[6-9]	0,080
Aumentar mis conocimientos sobre la enfermedad	7 [5-8]	5 [2,2-6]	7 [6-9]	0,001
Usar las telecomunicaciones para conectar a los pacientes con sus familias	7 [5-9]	6 [5-9,5]	7[5-9]	0,451
Evitar la despersonalización del enfermo	7 [4-8]	5 [4-6,75]	7[5-9]	0,030
Reorganizar las rutinas para disponer de más tiempo de cuidado	6 [5-8]	5 [5-7]	7 [5-8]	0,006
Intercambiar experiencias con compañeros en la misma situación	9 [8-10]	8[5-9]	9[8-10]	0,004
Cuidar a mis compañeros	9 [8-10]	6[4-9]	9 [8-10]	0,000
Reconocer el sufrimiento en mis compañeros y ayudarles	8 [7-9]	8[5-8,75]	8 [7-10]	0,035
Mantener contacto con mis amistades	8 [6-9]	6 [2,5-8]	8[7-10]	0,004
Control emocional	8 [6-9]	6 [4-9]	8[6-9]	0,057
Centrarme en emociones positivas	8 [5-9]	5 [2-6]	7[5-9]	0,000
Permitirme descansar	7 [4-9]	3.5[1-5]	7[5-9]	0,000
Recordar estrategias que me sirvieron en situaciones de crisis y repetirlas	7 [5-8]	5 [2-6.5]	7[5-8]	0,010
n	225	86	139	

†Mann Whitney. IQR: rango intercuartílico.

Influencia de las estrategias personales y profesionales en la calidad de los cuidados prestados.

Las estrategias personales y profesionales más puntuadas se presentan en la [Tabla 4](#). Encontramos diferencias significativas en las estrategias desarrolladas en función de la valoración de la calidad de los cuidados que se presentan también en la [Tabla 4](#).

Discusión

Identificamos en nuestro estudio una autopercepción buena de la calidad de los cuidados prestados durante la pandemia y que se ha objetivado con los resultados de la escala de cuidados perdidos, en la que se obtiene un valor de 5,4. Al comparar este resultado con el estudio de Ball JE, et al.¹², encontramos concordancia, ya que valoraciones de cuidados calificados como buenos, se correlacionan con un rango de cuidados perdidos de entre 4,02 y 5,44. Las condiciones físicas y organizativas del trabajo han sido identificadas en la bibliografía como factores causales de pérdida de cuidados.^{12–14,20,21}

En nuestro estudio identificamos también esta relación dentro del contexto de atención a la pandemia, ya que encontramos que la pérdida de cuidados fue mayor en los casos de las enfermeras que tuvieron que cambiar de estructura física y de ámbito de trabajo.

Respecto a los cuidados esenciales que se han dejado de hacer, de la misma manera que en los estudios de Ball et al.¹⁴, Griffiths et al.²¹ y Juvé-Udina et al.²², se priorizaron los cuidados relacionados con las necesidades físicas más agudas (dolor, vigilancia y medicación), mientras que las actividades psicosociales, las que se consideran burocráticas y las que requieren mucho tiempo, recibieron la menor prioridad. Al comparar el porcentaje de pérdida de los cuidados más prevalentes con el estudio de Ball et al.¹², vemos porcentajes similares en nuestra muestra de los cuidados con más pérdida: educación para la salud 54% vs. Ball et al., 52%, registrar y planificar los cuidados 48% vs. Ball et al., 47%, y hablar y reconfortar 48% vs. Ball et al., 66%. Por el contrario, en los cuidados con menor pérdida, en nuestra muestra ha habido unas tasas mayores: el control del dolor 27% vs. Ball et al., 7%, y la aplicación de cuidados y técnicas 30% vs. Ball et al., 11%. Esta discrepancia puede ser debida a la elevada prevalencia de factores identificados como barreras y que también coinciden con factores identificados en la bibliografía como las causas más frecuentes de omisión de cuidados: ratios inadecuadas, sobrecarga de trabajo y el tiempo que precisa la intervención de enfermera^{23,24}.

En el contexto de la pandemia por la COVID-19, los tres factores son identificados en nuestro estudio como barreras a los cuidados: *la sobrecarga que supone el tener que trabajar en condiciones de aislamiento, alta demanda de cuidados, las barreras físicas de los entornos rehabilitados que dificultan el trabajo.*

En cuanto a las características personales y la pérdida de cuidados y disminución de su calidad, igual que en otros estudios^{20,24-26}, observamos un impacto significativo relacionado con la edad, experiencia y especialidad. Coincidiendo con Subirana et al.²⁷ encontramos que la experiencia clínica se relaciona con una calidad mayor de los cuidados y mejores niveles de vigilancia. Finalmente, encontramos, como en el estudio de Du²⁰, una asociación entre mejores resultados en los cuidados y factores psicosociales como el soporte social, las actitudes positivas y la cohesión grupal.

En el análisis de las estrategias profesionales desarrolladas, las más valoradas tienen que ver con la cohesión grupal y el intercambio y búsqueda de conocimientos. Destaca la asociación significativa entre las valoraciones altas sobre los cuidados con las estrategias profesionales que buscan evitar la despersonalización y el poder mantener la comunicación con las familias, ya que surgen como solución a una de las principales barreras identificadas, el aislamiento físico y familiar del usuario. Esta búsqueda activa de soluciones coincide con el concepto responsabilidad personal que Drach-Zahavy¹⁷ identifica en su estudio como un factor protector ante la pérdida de cuidados.

Finalmente, en cuanto a las estrategias personales empleadas por las enfermeras, coincidimos con Salvarani²⁸, quien asocia que las enfermeras con mayor capacidad de control de las emociones y mayor empática tienen menos distrés. En nuestro estudio, encontramos que las enfermeras que han tenido valoraciones altas de los cuidados prestados identifican haber empleado con más frecuencia estrategias personales de control emocional, pensamiento positivo y haberse preocupado por el bienestar de sus compañeras.

Podemos concluir que las enfermeras de nuestro estudio reflejan que, a pesar de las dificultades identificadas en el estudio como barreras y la alta prevalencia de sentimientos como el miedo a infectar a sus familiares o la impotencia, han podido mantener la calidad de los cuidados prestados desarrollando estrategias personales y profesionales que les han ayudado, no solo a mantener sino a aumentar la calidad de estos. Conocer los factores que han influido sobre la relación del cuidado durante la pandemia por la COVID-19, puede ayudar a los gestores y planificadores de los servicios enfermeros, ante una situación de alta demanda de cuidados, a organizar los equipos de manera que se pueda paliar la pérdida de cuidados, diseñando estrategias de soporte, evitando las barreras identificadas y promocionando tanto las estrategias profesionales como las personales que se han identificado como protectoras del mantenimiento de la calidad de los cuidados

¿Qué se conoce?

Ante la situación de adaptación de los cuidados exigidos por la pandemia, las enfermeras han estado sometidas a factores laborales, personales y profesionales que han dificultado la capacidad de cuidar.

¿Qué aporta?

Nuestro estudio identifica características personales, profesionales y emocionales que han actuado como facilitadores para mantener la calidad de los cuidados.

Financiación

Todas las personas que figuran como autores han participado lo suficiente en el trabajo como para asumir la responsabilidad pública por el contenido del manuscrito. Este artículo no ha recibido financiación de instituciones públicas o privadas

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a las enfermeras que han participado en el estudio. Agradecerles su compromiso y profesionalidad, y el gran trabajo desarrollado durante la atención a los pacientes en el difícil contexto de la pandemia por la COVID-19.

Bibliografía

1. Aiken L, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824–30.
2. Aiken L, Sloane D, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50:143–53.
3. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Med Care*. 2007;45:1195–204.
4. Watson J. *Caring Theory as an Ethical Guide to Administrative and Clinical Practices*. JONAS Healthc Law Ethics Regul. 2006;8:87–93.
5. Watson J. *Assessing and measuring caring in nursing and health sciences*. New York: Springer Pub. Co; 2009.
6. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Publicado en: «BOE» núm. 67, de 14/03/2020.
7. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*. 2020;29:2041–3.
8. Schubert M, Glass T, Clarke S, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*. 2008;20:227–37.
9. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21:306–13.
10. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65:1509–17.
11. Kalisch BJ, Williams R. A. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39:211–9.
12. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. 'Care left undone' during nursing shifts: Associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:116–25.
13. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, DeGeest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicounty cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:126–35.

14. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2018;78:10–5.
15. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet.* 2020;395:e37–8.
16. Petzold MB, Plag J, Ströhle A. [Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemic]. *Nervenarzt.* 2020;91:417–21.
17. Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2017;75:163–71.
18. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: an integrative review. *J Nurs Manag.* 2014;22:720–34.
19. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry.* 2009;54:302–11.
20. Du H, Yang Y, Wang X, Zang Y. A cross-sectional observational study of missed nursing care in hospitals in China. *J Nurs Manag.* 2020;28:1578–88.
21. Griffiths P, Maruotti A, Recio Saucedo A, Redfern OC, Ball JE, Briggs J, et al. Nurse staffing, nurse assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2019;28:609–17.
22. Juvé-Udina M-E, González-Samartino M, López-Jiménez MM, Planas-Canals M, Rodríguez-Fernández H, Batuecas Duelt IJ, et al. Acuity, nurse staffing and workforce, missed care and patient outcomes: A cluster-unit-level descriptive comparison. *J Nurs Manag.* 2020;28:2216–29.
23. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 2015;52:1121–37.
24. Kalisch BJ, Lee KH. Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics. *Appl Nurs Res.* 2013;26:2–9.
25. Dutra CKDR, Salles BG, Guirardello EB. Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03470.
26. Lima JC, Silva AEBC, Caliri MHL. Omission of nursing care in hospitalization unit. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2020; 28:e3233.
27. Subirana M, Long A, Greenhalg J, Firth J. A realist logic model of the links between nurse staffing and the outcomes of nursing. *J Res Nurs.* 2014;19:8–23.
28. Salvarani V, Rampoldi G, Ardenghi S, Bani M, Blasi P, Ausili D, et al. Protecting emergency room nurses from burnout: The role of dispositional mindfulness, emotion regulation and empathy. *J Nurs Manag.* 2019;27:765–74.