



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

# El valor del recurso humano: experiencia de profesionales enfermeros de cuidados críticos durante la pandemia por COVID-19



M.T. González-Gil (RN, PhD)\*, C. Oter-Quintana (RN, MSc),  
M. Martínez-Marcos (RN, PhD), M.T. Alcolea-Cosín (RN, MSc), M.V. Navarta-Sánchez,  
J. Robledo-Martín (RN, PhD), A. Palmar-Santos (RN, PhD), A. Pedraz-Marcos (RN, PhD),  
C. González-Blázquez (RN, PhD), A.I. Parro-Moreno (RN, PhD)  
y L. Otero-García (RN, PhD)

Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Recibido el 16 de junio de 2021; aceptado el 23 de septiembre de 2021  
Disponible en Internet el 2 de diciembre de 2021

## PALABRAS CLAVE

Atención de  
Enfermería;  
Infecciones por  
coronavirus;  
Unidades de Cuidados  
Intensivos;  
Liderazgo;  
Fuerza laboral en  
salud;  
Estrés psicológico;  
Investigación  
cualitativa

**Resumen** La pandemia por COVID-19 ha supuesto una crisis sanitaria sin precedentes. La presión asistencial sobre el Sistema Nacional de Salud ha generado escenarios insólitos de demanda especialmente llamativos en algunos servicios o unidades asistenciales como las Unidades de Cuidados Críticos.

**Objetivo:** Conocer la experiencia de los profesionales enfermeros referida a la atención de personas infectadas por coronavirus en las Unidades de Cuidados Críticos.

**Método:** Estudio cualitativo de carácter fenomenológico que constituye la segunda fase de un proyecto de metodología mixta. Se realizaron entrevistas a 17 enfermeras que prestaron cuidados en Unidades de Cuidados Críticos a pacientes afectados de COVID-19. Las entrevistas fueron audiograbadas, transcritas y analizadas mediante análisis temático del discurso.

**Resultados:** En este artículo se muestran los hallazgos en torno al tema «el valor del recurso humano» que matiza su significado a través de los subtemas «no son las camas, es el personal experto», «llevando la carga del paciente» y sufriendo por «no haber cuidado bien».

**Discusión:** Los profesionales enfermeros expertos se erigen como profesionales líderes en el cuidado del paciente crítico durante la pandemia por COVID-19. Este liderazgo se ejerce desde un perfil enmarcado en una filosofía integradora donde sabiduría, agilidad e intuición son los elementos clave que dan soporte a la identificación y resolución de problemas de forma creativa adaptándose a las necesidades emergentes de los pacientes y equipo de cuidados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.t.gonzalez@uam.es](mailto:maria.t.gonzalez@uam.es) (M.T. González-Gil).

*Conclusiones:* Los profesionales enfermeros expertos han desempeñado un rol avanzado en la gestión de cuidados y de recursos humanos mediante el ejercicio de un liderazgo eficiente en el entorno clínico. Los cuidados se han visto mermados por la situación de crisis, circunstancia que les genera sufrimiento moral por no haber podido cumplir con los estándares de calidad y excelencia en el cuidado.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Nursing Care;  
COVID-19;  
Intensive Care Units;  
Leadership;  
Workforce;  
Stress psychological;  
Qualitative research.

## The value of human resources: experience of critical care nurses during the COVID-19 epidemic

**Abstract** The COVID-19 pandemic has caused an unprecedented health crisis. Pressure on the National Health System has created unique demand particularly in certain services and care units like the critical care units.

*Objective:* To learn about the experience of nurses in caring for people with coronavirus in critical care units.

*Method:* A qualitative phenomenological study that constitutes the second phase of a mixed methodology project. We conducted interviews with 17 nurses caring for patients affected by COVID-19 in critical care units. The interviews were audio-recorded, transcribed, and analysed using thematic discourse analysis.

*Results:* This article shows the findings around the theme "the value of human resources" which is nuanced through sub-themes "it's not the beds, it's the expert staff", "shouldering the patient's burden", and suffering because "they have not cared well".

*Discussion:* Expert nurses have emerged as leading professionals in the care of the critical patient during the COVID-19 pandemic. This leadership is executed from a profile framed in an inclusive philosophy where wisdom, agility and intuition are the key elements underpinning problem identification and solving in a creative way, while adapting to the needs of the patient and healthcare team as they emerge.

*Conclusions:* Expert nurses have played an advanced role in the management of care and human resources by exercising effective leadership in the clinical setting. Care has been hampered due to the crisis, which causes nurses moral distress because they have been unable to meet standards of quality and excellence in care.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## ¿Qué se conoce/ qué aporta?

En la primera oleada de la pandemia por COVID-19 los profesionales enfermeros de Unidades de Cuidados Críticos (UCC) experimentaron sufrimiento físico y emocional ante la imposibilidad de cuidar conforme deseaban, ver morir en soledad a quienes atendían y el temor de contagiar a las personas de su entorno.

Los profesionales enfermeros de UCC han ejercido un liderazgo eficiente de los equipos de salud, evidenciando su elevada capacitación para la toma de decisiones en situaciones clínicas complejas. Experimentaron, además, sufrimiento moral por retroceder a unos «cuidados mínimos, de supervivencia».

## ¿Implicaciones del estudio?

Las instituciones sanitarias deberían reconocer y apoyar el liderazgo de los profesionales enfermeros expertos en UCC dentro de los equipos de gestión sanitaria y atender en el medio/largo plazo el sufrimiento físico/emocional resultado de la atención desarrollada durante la pandemia.

## Introducción

El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la pandemia mundial por el virus SARS-CoV-2<sup>1</sup>. En las semanas siguientes y durante lo que se denominó la primera ola de la pandemia,

la infección se extendió rápidamente por Europa, contabilizándose hasta finales del mes de mayo 163.515 personas fallecidas en el área de la Unión Europea y Reino Unido. En España, según datos del Ministerio de Sanidad, el número de casos confirmados fue de 238.564, muriendo 27.121 personas<sup>2</sup>, siendo la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) una de las regiones más afectadas. La demanda de atención sanitaria tensionó el Sistema Público de Salud cuyos recursos materiales y humanos parecían insuficientes. Los hospitales públicos debieron destinar buena parte de sus instalaciones para asistir a las más de 40.000 personas infectadas que requirieron ser ingresados. Se hizo preciso, además, ampliar los espacios destinados a la atención a enfermos críticos y dotarlos del aparataje y personal necesario para ello. Los profesionales enfermeros de las Unidades de Cuidados Críticos (UCC) y de los nuevos espacios específicamente creados en los hospitales públicos de la CAM fueron responsables del cuidado de las 3.574 personas que en esos meses requirieron ser hospitalizadas en dichas unidades<sup>3</sup>.

## Antecedentes

Durante la pandemia por COVID-19 las enfermeras de UCC han estado en primera línea de atención, expuestas a un elevado riesgo de infectarse y a un incremento superlativo de su carga de trabajo. Sintieron incertidumbre, nerviosismo, miedo a contraer la enfermedad y a contagiar a su familia; sufrimiento y frustración por ver morir en soledad a quienes atendían y no poder cuidar de la manera deseada. Sufrieron, además, cansancio, problemas para dormir, dolores de cabeza y dificultades para respirar, entre otros síntomas<sup>4,5</sup>.

Las enfermeras tuvieron que enfrentarse a una práctica profesional desafiante con información limitada sobre la COVID al inicio de la pandemia y cambiante y excesiva a medida que se disponía de evidencia científica<sup>6</sup>; un apoyo organizativo percibido como ineficiente y carencia de recursos materiales, en particular equipos de protección<sup>7</sup>. A pesar de todo, sintieron el deber y la responsabilidad de cuidar a los pacientes y sus familiares. Al tiempo, tomaron consciencia del valor social de su profesión y de la importancia del cuidado humanista, poniendo en marcha iniciativas para ofrecer una atención similar a la dada con anterioridad a la pandemia buscando superar las barreras impuestas por esta<sup>8</sup>.

En este contexto, los profesionales enfermeros de UCC han sido considerados un recurso valioso y escaso por su capacidad para prestar cuidados altamente especializados. En este tiempo han ejercido una mayor autonomía en la toma de decisiones clínicas<sup>4</sup>, asumiendo un liderazgo informal dada su versatilidad para desarrollar diversos roles y tareas y el incremento del trabajo interdisciplinar<sup>7</sup>. La experiencia de las enfermeras expertas con relación a su papel de liderazgo de la pandemia por COVID-19 no ha sido explorada.

El objetivo general de este estudio es explorar las experiencias de las enfermeras que hayan atendido a personas en UCC durante la primera ola de la pandemia, centrándose este artículo en el objetivo específico de describir la experiencia de las enfermeras expertas en UCC con relación a su papel de liderazgo en la gestión de la pandemia por COVID-19 en dichas unidades, en el contexto español.

## Metodología

Esta investigación constituye la segunda fase de un estudio mixto *quan-qual* secuencial<sup>9,10</sup> desarrollado en dos fases: (1) estudio descriptivo transversal mediante cuestionario con preguntas cerradas<sup>4</sup>; (2) estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevistas individuales en profundidad.

El estudio se ha llevado a cabo en la CAM (España), en hospitales públicos calificados de gran complejidad (HGC) y complejidad intermedia (HCI). Se consideró como población de estudio a todos los profesionales enfermeros que prestaban cuidado a pacientes con COVID-19 y aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

De cara a la selección de la muestra de estudio se llevó a cabo un muestreo intencional<sup>11</sup> tomando como referencia los criterios de inclusión sugeridos por los resultados de la primera fase del proyecto<sup>4</sup>. Se buscaron perfiles concretos tratando de garantizar una heterogeneidad que diera cuenta de la realidad diversa y de los discursos complementarios. Se buscaron perfiles concretos con tiempos de experiencia profesional en UCC variables (>10 años, entre 10 y 5 años y <5 años) así como sin experiencia previa en UCC reclutados para dar respuesta al aumento de la demanda. Por otra parte, se consideró importante contemplar la formación básica versus avanzada así como las cargas de cuidado fuera del entorno clínico (cuidado de personas a su cargo; menores o mayores). Finalmente, se estimó como relevante haber prestado cuidados en UCC de hospitales con diferentes niveles de complejidad. El acceso a los posibles participantes se realizó a través de redes profesionales y personales del equipo investigador (profesores asociados, profesores colaboradores, tutores, supervisoras de enfermería de UCC, compañeros clínicos de UCC...). Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, estas personas informaron del estudio a potenciales participantes. Aquellos participantes que mostraron interés fueron contactados nuevamente a través de un correo electrónico en el que se detallaba más el estudio, se aclaraban posibles dudas y, si aceptaban participar, se concertaba una entrevista individual. Se contactó con un total de 25 profesionales obteniendo, finalmente, una muestra compuesta de 17 participantes (tabla 1) según criterio de saturación de los grupos temáticos<sup>12-14</sup>.

La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de junio y agosto de 2020. Para ello, se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas tomando como referencia el guion de la tabla 2. Participaron en la recogida de datos 9 investigadoras con experiencia amplia como entrevistadoras con una media de 2 entrevistas cada una. Dadas las circunstancias de emergencia sanitaria y las medidas preventivas durante las fases de desconfinamiento, las entrevistas se realizaron, preferiblemente, de forma telemática a través de diferentes aplicaciones para realizar videoconferencia<sup>15</sup>. Una entrevista fue realizada por vía telefónica y otra fue realizada de forma presencial en un despacho de trabajo en una UCC (que, en el momento de la entrevista, estaba libre de pacientes COVID-19). Las entrevistas tuvieron una duración media de 61 min con un rango de 20-80 min. Todas las entrevistas fueron audiograbadas (previo consentimiento explícito de los participantes) y transcritas para facilitar el posterior análisis de los datos. En ningún momento se hizo registro visual de las entrevistas (aspecto que se dejó claro

**Tabla 1** Características de la muestra

Sexo	n	%
Mujer	15	88,2%
Hombres	2	11,8%
Centro hospitalario (código numérico de centro hospitalario)	n	%
1	4	23,5
2	2	11,8
3	2	11,8
4	2	11,8
5	4	23,5
6	1	5,9
7	2	11,8
Nivel de complejidad del centro	n	%
HGC	8	47,1
HCI	9	52,9
Experiencia profesional (años)	n	%
> 20	8	47,1
> 10	4	23,5
5-10	3	17,6
< 5	2	11,8
< 2 años	0	0,0
Experiencia profesional en UCC (años)	n	%
> 10	11	64,7
5-10	1	5,9
< 5	3	17,6
< 2	0	0,0
No experiencia previa en UCC	3	17,6
Formación académica	n	%
Grado	7	41,2
Posgrado (especialista/máster/doctorado)	10	58,8
Experto	4	23,5
Especialista (EIR)	1	5,9
Otras titulaciones (licenciatura-grado)	2	11,8
Máster	1	5,9
Doctorado	2	11,8
Personas a su cargo	n	%
Sí	8	47,1
Menores	8	47,1
	(media de 2 hijos)	
Mayores	0	0,0
No	9	52,9

EIR: Enfermero/a Interno/a Residente; HCI: Hospital de Complejidad Intermedia; HGC: Hospital de Gran Complejidad; UCC: Unidad de Cuidados Críticos.

al comenzar cada una de las entrevistas de forma telemática por videoconferencia).

Se llevó a cabo un análisis temático del discurso siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (2006)<sup>16,17</sup>. Para ello, se realizó una lectura y relectura del material y anotación de ideas

generales. Posteriormente, se trabajó en la generación de códigos iniciales que se definieron para expresar el significado evocado y garantizar la perspectiva del contexto. A continuación, los códigos fueron reorganizados en grupos temáticos (considerando como un tema aquel que «captura» algo importante de la información en relación con la pregunta de investigación, representando un nivel de respuesta estructurada o significado). Se partió de una propuesta de temas iniciales (en relación con el guion de entrevista) dejando, no obstante, posibilidad de que emergieran nuevos temas a partir de los datos. Estos temas iniciales fueron: prevención de contagios y seguridad; organización y gestión de cuidados; conocimiento del manejo del paciente COVID-19 críticamente enfermo y toma de decisiones; relaciones interpersonales, humanización de los cuidados y consecuencias personales.

Cada una de las 9 investigadoras realizó la primera codificación de las entrevistas que había llevado a cabo, así como la definición de los códigos generados (a modo de glosario de términos) y una primera red de relaciones representando, de forma esquemática, los significados proyectados por el informante a través de su discurso. La investigadora principal hizo el ejercicio de condensar este trabajo de codificación inicial (con un total de 667 códigos) reagrupando los códigos, según la similitud de su significado, quedando un listado de 206 códigos. A partir de estos, se volvió a hacer una recodificación de las entrevistas utilizando el software de apoyo a los datos Atlas-ti en su versión 7.2. Una vez realizada esta segunda codificación, los códigos se reagruparon en grupos de significados. Una vez trabajados en profundidad cada uno de los grupos temáticos se organizaron dos reuniones a modo de auditorías internas con el resto de investigadores. Además, la propuesta final de resultados fue mostrada a dos enfermeras gestoras de cuidados e investigación en cuidados y expertas en el área de los cuidados críticos para su valoración crítica. Durante el proceso de recogida y análisis de los datos se ha adoptado una actitud de reflexividad constante poniendo el foco en el dejarse sorprender por la emergencia teórica sin que la mirada del equipo investigador estuviese condicionada por su experiencia clínica en diferentes áreas de cuidado al paciente crítico.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético para la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid con código CEI-106-2063. Todos los participantes recibieron información acerca del proyecto de forma escrita apoyada con refuerzo verbal firmando el documento de consentimiento informado previo a la realización de la entrevista.

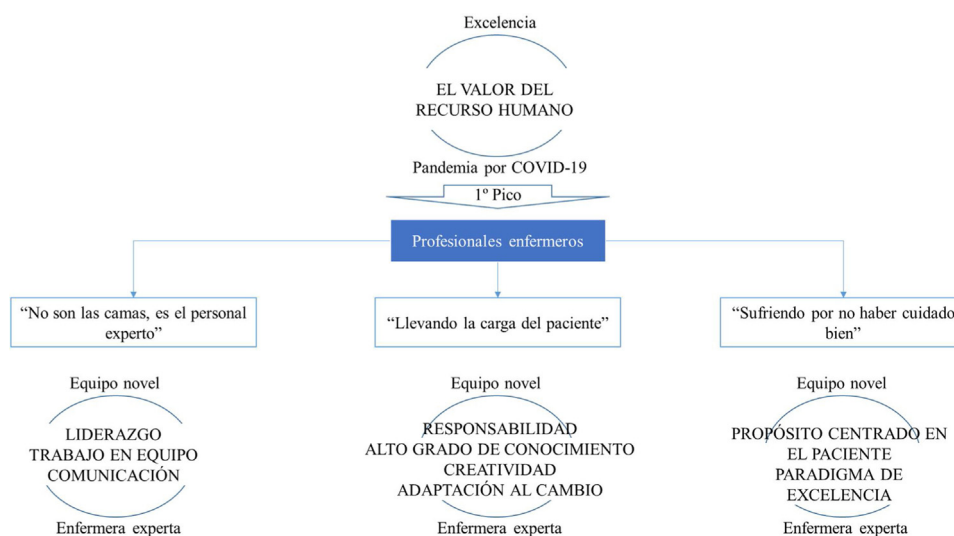
## Resultados

El análisis de las entrevistas reveló un tema principal «El valor del recurso humano» y tres subtemas que reflejan las experiencias vividas por las enfermeras: «No son las camas, es el personal experto»; «Llevando la carga del paciente» y «Sufrimiento por no haber cuidado bien» (fig. 1).

El valor del recurso humano puede ser entendido, desde una perspectiva simplista y muy operativa, como el grado de utilidad o aptitud de los profesionales para satisfacer las necesidades asistenciales. Sin embargo, el discurso de los participantes nos hace pensar desde el valor de la persona

**Tabla 2** Guion de entrevista

Aspectos de organización	Para comenzar me gustaría que me hablaras de cómo era tu trabajo un día habitual en tu UCI, Servicio de Urgencias. ¿Cómo os habéis organizado en tu unidad para atender a todas las personas infectadas? ¿Qué es lo que necesitabas (o hubieras necesitado) para realizar bien tu trabajo?
Prevención de contagio/seguridad	¿Cómo han sido las medidas de seguridad de protección que habéis tenido en tu unidad para prevenir vuestro contagio? ¿Qué piensas de las medidas o medios que la organización os ha puesto para realizar vuestro trabajo?
Relaciones con el equipo de cuidados	¿Cómo han sido las relaciones con los miembros del equipo de tu unidad durante la atención/respuesta a la pandemia? ¿Cómo valorarías la exposición de Enfermería frente a otros/as profesionales?
Impacto a nivel personal/familiar/social	¿Cómo te ha afectado personalmente esta experiencia -atender a pacientes COVID-19-?
balance positivo/negativo	¿Qué es lo más duro o negativo de esta experiencia? ¿Qué aspectos positivos destacarías de esta experiencia?



**Figura 1** El valor del recurso humano. Mapa conceptual sobre los hallazgos.

(profesional) que posee, o a la que se le atribuyen, cualidades positivas para desarrollar una determinada actividad desde el paradigma de la excelencia.

### No son las camas, es el personal experto

La llegada de un gran número de pacientes COVID-19 críticamente enfermos a las UCC ha supuesto una situación excepcional que ha exigido la reorganización urgente de los equipos humanos en estas unidades. En particular, en relación con el personal de enfermería, ante la especificidad del manejo y cuidado de estos pacientes, y a pesar de haber tratado de rescatar a enfermeras con experiencia en UCC que actualmente trabajaban en otras unidades o niveles asistenciales, esta provisión de recursos humanos ha estado fundamentalmente basada en el reclutamiento de enfermeras inexpertas.

*P\_UCC.5. Ha venido de todo tipo: gente que tenía experiencia en UCC, pero estaban trabajando en otras unidades, gente de otras comunidades, compañeros que trabajan en la privada y estaban doblando en la pública [...] gente que había acabado el EIR [...] gente que no había trabajado nunca y gente que venía de comunitaria. El panorama era bastante desolador.*

Esto implica que, en la mayor parte de las ocasiones se ha trabajado en el contexto de equipos noveles donde enfermeras con experiencia en UCC trabajaban con un gran número de compañeros con limitaciones y carencias importantes a nivel competencial. Esta circunstancia pone de relieve el valor del recurso humano, tal y como expresan las participantes: «no son las camas de UCC sino el personal experto».

*P\_UCC.12. Dijeron que siempre que hubiese un respirador, un espacio físico con toma de oxígeno se iba a ingresar un paciente crítico. Entonces de 12 camas que*

*habitualmente tenemos como máximo, pasamos a 52. Cualquier rincón les venía bien y ya hubo un momento que les dijeron que parasen, porque es verdad que podían seguir llegando respiradores de veterinarios, de donde fueran, donados o lo que sea, pero no había más personal.*

En el caso de las UCC improvisadas, esto es, aquellas generadas en espacios periféricos y ajenos a los servicios de cuidados críticos (quirófanos, paritorios, despertares u otros espacios de uso variado no clínico), este calificativo de «novel» adquiriría una dimensión superlativa incorporando, además, a otros profesionales (médicos y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería) sin formación especializada en el cuidado del paciente crítico. Estos equipos se podrían calificar como grupos abiertos, es decir, heterogéneos (con profesionales de diferentes orígenes, procedencias y áreas de especialización), con entradas y salidas constantes de sus miembros (por reubicaciones, bajas por COVID-19 o ceses voluntarios) y con una dinámica de actuación centrada en el aquí y en el ahora. Esto es, en el «sacar adelante» el trabajo del día y las demandas más emergentes sin tener una visión más a medio plazo o de continuidad de cuidados.

*P\_UCC\_1. En cada turno venía gente que decía: «hola, me han dicho que venga aquí, soy Pepita y soy enfermera o soy tal». «Ah, pues nada, bienvenida». Y así empezó todo. Era todo gente nueva que venía, que se presentaba, nos poníamos la pegatina con un nombre y con la categoría y ya está, así fue. [...] Fue muy caótico, primero porque no había unas pautas de trabajar, ni siquiera los médicos (tenían) [...] nadie sabía cómo se trataban.*

Ante estas circunstancias, las enfermeras expertas o veteranas han desempeñado un rol de liderazgo fundamental en la gestión de los cuidados. El desempeño de este rol de liderazgo está relacionado con la visión amplia de la enfermera con respecto a los procesos asistenciales, la perspectiva multidimensional del cuidado, el conocimiento profundo del paciente, la capacidad de interconectar a diferentes profesionales para trabajar bajo un mismo objetivo común y sus habilidades comunicativas y docentes.

*P\_UCC\_10. La enfermería es más de batalla y de dar soluciones rápidas [...], Tú tienes muy claras tus cosas, pero luego el abanico es súper amplio. Entonces: que no hay fisioterapeuta y tengo que hacer esto, pues yo hago de fisioterapeuta; que no pueden hacer una llamada a la familia y quedar [...] Yo creo que las diferentes categorías profesionales tienen sus roles, sus competencias. La enfermera al final asume tantos roles [...] al final cuidamos a una persona en diferentes esferas, a nivel biopsicosocial. Entonces hay cambios que no se nos escapan. Yo tengo muy claro cuál es mi trabajo, cuáles son mis funciones, cuáles son mis competencias. Pero es que, aparte de eso, abarcamos muchísimo más, y entonces no solamente es el cuidado que es la esencia de la enfermería [...].*

En este ejercicio de liderazgo reconocen sentirse valoradas y empoderadas. Sienten haber llevado la «carga del paciente COVID-19» con una gran responsabilidad que definen de «brutal», una «máxima exposición» y con una

tremenda carga de sufrimiento (temas que se desarrollan a continuación).

## Llevando la carga del paciente COVID-19

Las enfermeras expertas reconocen haber «llevado la carga» del paciente COVID-19 en las UCC. Este «llevar la carga» implica cuestiones de gestión a todos los niveles: gestión de recursos estructurales y materiales, gestión de recursos humanos, gestión de conocimiento y gestión de cuidados.

*P\_UCC\_10. Generalmente cuentas con la supervisora, pero en estos meses, que ha sido todo tan caótico... el hecho de tener, por ejemplo, que montar dos unidades (UCC) de la nada pues... la experiencia es un grado. Has tenido que gestionar el hecho de cómo montar las habitaciones, qué material vas a necesitar. Incluso, por la mañana al tener tres unidades con tantísimo personal en las planillas, los veteranos teníamos que gestionar los recursos y decir: «no mira, vamos a enviar a otro veterano a la UCC y vamos a subirnos a...». O sea, que hemos estado no solamente con la gestión técnica de material y demás, sino también gestionando recursos humanos de personal, de compañeros. Luego también la gestión del día a día, de cómo vas a gestionar tu unidad, cómo vamos a organizarnos los turnos de pronodisprono, ahora vamos a hacer las higienes de esta manera...*

Desde la perspectiva del valor del recurso humano, daremos especial importancia a la experiencia de gestión del cuidado en un equipo novel. El discurso de las enfermeras pone énfasis en la imperiosa necesidad de, estratégicamente, organizar el trabajo y distribuir al personal en función de su nivel competencial para poder garantizar la asistencia cada día.

Ante esta situación de falta de recursos humanos con experiencia en el cuidado de pacientes críticos surgen diferentes propuestas de organización del trabajo como el trabajo por grupos de tareas cuyo objetivo es garantizar un cuidado suficiente y seguro minimizando la falta de conocimiento de las enfermeras recién reclutadas o incorporadas al equipo de cuidados. El trabajo por tareas o funciones hace referencia a la distribución de pacientes por grupos de profesionales que se reparten tareas y responsabilidades sobre el paciente. Esto permite cubrir las limitaciones competenciales de algunos miembros del equipo mientras que se les forma y acompaña en el proceso de aprendizaje.

*P\_UCC\_15. Pasamos a, de repente, trabajar por funciones. Un enfermero pone medicación, otra enfermera prona. Pues te cambia ahí un poco la perspectiva que dices «pensaba que esto no lo iba a ver nunca», pues sí, lo has visto. O sea, esa, es a lo mejor, la mayor diferencia de la forma de trabajar, cambiar de llevar pacientes a trabajar por funciones.*

En esta distribución de tareas surgen nuevos roles destinados a profesionales noveles que asisten o dan soporte al resto del equipo sin asumir responsabilidades directamente relacionadas con el manejo del paciente.

*P\_UCC\_8. Pues en esa distribución sobre todo al principio el que llegaba que nunca había estado aquí apoyaba*

desde fuera, no llevaba paciente, el programa informático no lo conocían muchos, con lo cual el ordenador no lo tenían ni que tocar. Entonces era más el rol de asistente, asistía al que estaba dentro. Yo le decía el mensajero, decíamos el «pasillero», porque era el que se paseaba por el pasillo «vete a por esto, tráeme un suero, oye, avisa al médico de guardia».

Esta forma de organización ha permitido facilitar la dinámica de trabajo para la cobertura de necesidades inmediatas (cuidados mínimos que describiremos más adelante). Sin embargo, genera importantes diferencias en la distribución de tareas y, sobre todo, de responsabilidades sobre los pacientes, teniendo que asumir las enfermeras expertas la responsabilidad de garantizar la seguridad del paciente y la seguridad del propio equipo de cuidados. Así se habla de ratios enfermera-paciente no reales, esto es: a nivel cuantitativo se cubrían ratios, pero la realidad es que las enfermeras veteranas funcionaban con ratios muy sobredimensionados.

*P\_UCC.7. El problema es ese, que la ratio era un poco distorsionada porque la enfermera que te habían puesto de compañera no podía asumir lo mismo que otra que conociese al paciente.*

*P\_UCC.5. Nuestra ratio era 1:2 y se hacían las cargas de trabajo muy amplias. Hemos tenido que trabajar por equipos, con lo cual eso ha dificultado, tanto por la inexperiencia de trabajar en equipos, como el trabajo en sí, la situación, pues mucha de la labor era nuestra. Al final era un poco todo un caos [...] muy asfixiante, tanto a nivel de carga de trabajo, han cambiado nuestra forma de actuación, la complejidad del paciente, mucha gente nueva...*

Al cuidado del paciente hay que sumar la formación y acompañamiento a los nuevos profesionales. Las enfermeras expertas reconocen que ha sido una experiencia satisfactoria en tanto que los profesionales noveles han tenido una disposición de ayuda y de compromiso con el equipo inmensurable y tenían una gran avidez por aprender. Sin embargo, a pesar de ello, el tener que dar cobertura a esta formación es interpretada como una carga más sobreañadida que, en ocasiones, ha puesto a las veteranas en situaciones de máximo distrés físico y emocional.

*P\_UCC.12. La gente era muy predispuesta y al principio pues lo ibas haciendo o te hacías cargo tú o le enseñabas... Pero ya llegó un punto en que cargaba bastante porque... cuando ya has dicho 400 veces lo mismo, ya le has dado a la gente un margen de decir: «jolin esto tendrías que saberlo», o sea, no saberlo, pero mínimo alarmarte o decir: «oye, que algo pasa» ... al final te levantabas tú y lo hacías o dejabas lo que estabas haciendo e ibas tú [...]. Entonces nos ha cargado mucho el tema de estar adiestrando a la gente [...] te hablo de carga física y emocional. Física porque a la hora de reparticiones de pacientes había algunas personas que venían y decían: «no, es que yo como soy nueva no llevo paciente». Si llevas paciente porque yo no puedo llevar cuatro o cinco, ¿sabes? Entonces sí los llevas tú y en la medida en la que podamos te vamos a ayudar, pero lo llevas tú.*

Por otra parte, a los nuevos equipos se han sumado profesionales de la medicina con especialidades variadas sin experiencia en el cuidado de pacientes críticos. Esto, sumado a la demanda asistencial que los médicos especialistas pudieran tener, ha supuesto la asunción, por parte de las enfermeras expertas, de toma de decisiones y de realización de intervenciones que requieren un nivel competencial y de responsabilidad muy elevado. Ellas hacen mención a esta noción de «responsabilidad brutal» sentida, así como a la imperiosa necesidad de tomar el liderazgo del equipo asistencial en situaciones críticas en las que ellas eran el máximo referente de maestría.

*P\_UCC.7. (Los médicos) se dieron cuenta también de nuestro trabajo, sobre todo cuando estábamos en las UCC periféricas [...] Muchas veces, sobre todo en los turnos de noche, no podían estar ahí presenciales. Entonces funcionábamos a base de comunicación telefónica [...] y tú les llamabas, les ibas contando, o te llamaban ellos y te preguntaban. [...] Yo me he sentido mucho más valorada, incluso ellos lo han reconocido «nos hemos dado cuenta de lo importante que es la enfermera de UCC». [...] Al final eras la que detectabas algo cuando ellos no estaban. [...] Eras al final un poco sus ojos donde ellos no podían estar. [...] Más que asumir roles yo creo que te dejaban un poco que decidieses tú, en el sentido de pues yo qué sé, «si ves que se hipotensa ves iniciándole tú la -nora-, o si necesita más sedación tú le sedas».*

Por otra parte, los participantes identifican a la enfermera como el profesional que ha trabajado más expuesto, es decir, más próximo al paciente, e invirtiendo más horas a pie de cama. Esta exposición está relacionada con su potencial, es decir, la capacidad para operar exitosamente en escenarios asistenciales de complejidad. El discurso de las enfermeras da cuenta de su plasticidad y capacidad de adaptación, así como de su capacidad de diversificación para proteger al equipo de la exposición al contagio al mismo tiempo que se garantiza la seguridad del paciente asumiendo funciones y tareas de otros miembros del equipo.

*P\_UCC.2. Los médicos [...] ni siquiera se tenían que poner el Equipo de Protección Individual (EPI) y pasar. Hacían el pase desde su despacho... había veces que, si todo iba más o menos bien y estaban (los pacientes) estables, no estaban ni media hora. Pero con el EPI nosotras estábamos toda la mañana.*

*P\_UCC.8. Sí, enfermería ha sido el gremio más expuesto con mucha diferencia frente al resto... porque al final prácticamente todo el cuidado del paciente depende de enfermería. Entonces al final dices: «oye mira, no entres tú (en referencia a los TCAE), no te espongas, ya entro yo, no te preocupes» [...] Y con los médicos pasaba igual, al final eran pacientes que ingresaban para intubarles. Entonces, ahí está el médico: en esa exploración, ese manejo, estaban dentro con nosotras (se hacía compartido entre los dos). Pero, una vez que el paciente estaba estabilizado, el entrar y salir de la habitación, era la enfermería (la que estaba).*



## Sufriendo por no haber cuidado bien

La experiencia de las enfermeras expertas es llamativamente diferente a la vivencia subjetiva de las enfermeras reclutadas en las UCC de reciente creación sin experiencia previa en UCC. La vivencia de estas últimas viene marcada por numerosas dificultades para el manejo del paciente crítico. Sin embargo, ante el escenario de un equipo novel atendiendo una situación excepcionalmente nueva e imprevisible, se sitúan en la dinámica del «darlo todo» para responder a un reto sin precedentes donde la noción de solidaridad, disposición de ayuda y sinergia de grupo toman muchísima fuerza y generan una sensación de moderada satisfacción.

*P\_UCC\_1. Todo con muy buen rollo, porque en general la disposición de la gente ha sido brutal, todo el mundo aporta, todo el mundo ayuda y si tú no sabes yo te ayudo y hago tu trabajo y el mío si hace falta, no te preocupes, o sea, en eso me voy supersatisfecha.*

El discurso de las enfermeras expertas está, sin embargo, marcado por la experiencia de sufrimiento. Un sufrimiento que, más allá del sufrimiento físico y emocional compartido por todas las enfermeras que han cuidado de los pacientes críticos y sus familias en UCC, trasciende a una dimensión moral. Este malestar responde, en gran medida, ante los interrogantes: ¿Dónde estoy? ¿Y los cuidados?

Las enfermeras expertas reconocen haber sido incapaces de dar respuesta a las necesidades de los pacientes más allá de atender a aquellas cuestiones más básicas. El interrogante «¿dónde estoy?» tendría un carácter retórico en el sentido en que las enfermeras no se reconocen en un escenario de cuidado entendido este desde el abordaje integral del paciente, sino en la atención a lo urgente (con el único objetivo de garantizar una mínima estabilidad del paciente que permita continuar con la asistencia del resto de pacientes en una situación de catástrofe en la que las demandas superan los recursos).

*P\_UCC\_7. No se trabajaba bien porque no les podías dar los cuidados que realmente (normalmente) das. Te queda la cosilla... si hubiese sido de otra manera... a lo mejor si hubiésemos trabajado mejor... Era un poco el «hay que mantenerlos con vida», pero no se daban los mejores cuidados porque no se podía y, de hecho, yo creo que la suerte influía mucho, no era lo mismo que el paciente ingresase en la UCC de siempre a que ingresase en una cama que habían habilitado deprisa y corriendo. Que a mí me queda la cosilla de pensar ese señor si hubiese ingresado en otro momento, en otro sitio a lo mejor el final hubiese sido distinto, que no se pudo hacer más pues no, pero que si las circunstancias hubiesen sido distintas a lo mejor siempre te queda ahí la cosa.*

En este sentido hablan de los «cuidados de guerra» en contraposición a los «cuidados de detalle», de los «cuidados de mínimos» versus «los cuidados» (tal y como son entendidos en esencia). Así, los «cuidados de guerra» están constituidos por intervenciones enfermeras que tienen por propósito salvar la intervención inmediata de franca gravedad del paciente para garantizar la supervivencia. Supone una mirada reduccionista, cortoplacista situada en el escenario

de la resolución de problemas puntuales sin profundizar en su raíz, en el salvar la situación de urgencia y continuar atendiendo a la demanda.

*P\_UCC\_10. Yo creo que el cuidado no ha sido el más indicado ni el mejor, ni hemos podido ofrecer ese cuidado rozando la excelencia como nos gusta. Ha sido imposible por varios motivos: por un lado el paciente venía en una situación muy crítica y entonces los primeros momentos eran todo técnicas y salvar la vida al paciente; por otro, no solamente llevabas un paciente, si teníamos 13 camas y éramos... pues a lo mejor tenías que llevar 2 o 3 pacientes de esa índole, entonces no podías ofrecerles la misma dedicación y los mismos cuidados porque faltaban manos [...] Realmente era pura supervivencia: que el paciente se mantuviera bien dentro de sus posibilidades. O sea, íbamos a sobrevivir el turno y no podíamos hacer más.*

Por su parte, los «cuidados al detalle» hacen referencia a los cuidados minuciosos, particularizados, protocolizados, pero al mismo tiempo individualizados, que se proveen en las UCC. Son cuidados que se caracterizan por la minuciosidad, por el valor del detalle, de los pormenores, de la singularidad y de la relación con el paciente y la familia.

*P\_UCC\_15. Pues creo que una de las características que caracterizan a los servicios especiales de UCC es el detalle por el que... o sea, realizan los cuidados a tus pacientes, se realizan las técnicas. Al final la ratio enfermera-paciente es dos pacientes por cada enfermera. Entonces son servicios muy cerrados que se hacen las cosas muy meticulosas por muchísimos protocolos [...] Pero el cambiar de realizar unos cuidados súper meticulosos a tu paciente, llevar tus pacientes que te los conoces al dedillo...*

Durante las semanas de mayor demanda asistencial, las limitaciones estructurales de muchas unidades, la falta de personal entrenado y la distribución limitada de material de seguridad (Equipos de Protección Individual) han obligado a organizar los cuidados de enfermería desde una propuesta de «cuidados centrados en tareas» versus «cuidados centrados en el paciente». En relación a esta forma de trabajar, las enfermeras reconocen que no era posible realizar un seguimiento del paciente que permitiera tener un dominio y control estrecho de su situación, sino que se realizaban rondas de actividades que, a nivel operativo, resultaban prácticas pero que reducían la asistencia a aspectos técnicos y procedimentales. En este sentido, hacen referencia a «los cuidados olvidados», aquellos cuidados que se han dejado de realizar, que se han dejado apartados.

*P\_UCC\_4. Son muchos los cuidados que en la pandemia han estado olvidados: cuidado de vías centrales y vías periféricas, cambio de sistemas de medicación... todo eso ha sido... yo creo que ha sido todo como una guerra, hemos dejado todos los cuidados de calidad por así decirlo por supervivencia.*

*P\_UCC\_8. Pues la forma de trabajar que no ha sido como lo que decía, como a mí me hubiera gustado, ha sido una forma de trabajar que escapaba de mi control y a mí lo que escapa de mi control no me gusta, eso ha sido una cosa negativa.*

*P\_UCC\_10. Al final te dedicabas a lo más importante, a mantener la vía aérea, a mantenerle sus constantes hemodinámicas con las drogas y la medicación primordial para estos pacientes [...] Pero yo he notado que ha habido un déficit de cuidados. Un paciente crítico necesita muchísimas horas de cuidados de enfermería a pie de cama, y esa parte no es que la hayamos obviado, si es que no había tiempo y no había recursos humanos y no se podía hacer.*

Inicialmente, en el contexto del caos y de un desequilibrio entre la demanda y la capacidad de respuesta, se priorizaron los cuidados de guerra o cuidados mínimos siendo los cuidados al detalle recuperados, a posteriori, poco a poco. Sin embargo, la falta de maestría de muchos de los profesionales que atendían a los pacientes críticos (a lo que se suma las condiciones de aprendizaje poco favorecedoras en las que se han ido adquiriendo conocimiento y habilidades durante la pandemia) hace que estos cuidados no emerjan, no se contemplan.

Todo ello ha repercutido en la calidad de los cuidados prestados y, en consecuencia, en la evolución y en el pronóstico de los pacientes. Las enfermeras expertas han velado por estos cuidados procurando, en la medida de lo posible, garantizar una mínima calidad de los mismos y una máxima seguridad del paciente. Sin embargo, se sienten impotentes, reconocen «hacer lo que pueden».

*P\_UCC\_9. Lo más complicado pues posiblemente sería [...] lo de trabajar o lidiar con tanta gente nueva. Es complicado porque tampoco puedes estar encima. No voy a estar controlando todo y cuando luego después entrabas tú veías que hacían cosas que ¡madre mía! [...] Entonces yo creo que era un poco todos y también hablando con compañeros pues te contaba y decías te encontrabas cada fechoría que habían hecho en los boxes que dices... pero claro es que no... llegabas tú, intentabas solucionarlo y ya está.*

Las enfermeras expresan una gran sensación de frustración por no poder cuidar de los pacientes bajo los estándares de calidad habituales y los mínimos establecidos en el normal devenir de la UCC, bajo control y minuciosidad. Esta situación les genera mucho sufrimiento moral, que es interpretado como el dolor que percibe el profesional frente a la creencia de no haber llevado a cabo el cuidado de los pacientes conforme a los estándares que considera aceptables (respuesta a la incapacidad de llevar a cabo la decisión y/o acción ética o moral elegida). A pesar de ello reconocen «haberlo dado todo» dando lo mejor de sí mismas, esforzándose de manera sobrehumana para dar una atención de calidad al paciente, mostrando disponibilidad y renuncia.

*P\_UCC\_14. Un lastre, o sea, un lastre que yo creo que tienen estos pacientes y que a mí me parece que es lo más duro es que a pesar de todo lo que han tenido que pasar se hayan ido con esa falta de cuidados por falta de la enfermería [...] pero unas escaras a nivel del sacro que es que eso es inhumano, o sea, eso es inhumano.*

Por otra parte, las enfermeras reconocen que esta experiencia les ha puesto en una situación extrema donde la esencia del sufrimiento humano ha sido tremendamente palpable. El contacto con situaciones extremas les ha hecho

conscientes de dimensiones del cuidado que, en el día a día de su práctica profesional, habían quedado relegadas a un segundo plano.

*P\_UCC\_2. Para mí lo peor ha sido el sufrimiento humano de esos pacientes... lo más trágico que me ha pasado en toda mi vida laboral que llevo casi veintidós años trabajando... ha sido... ese sufrimiento no lo había vivido nunca, nunca en la vida. Eso ha sido lo que más me ha traumatizado y lo que todavía me sigue... no lo he podido superar [...] Nunca había visto unas miradas de tanto miedo, pánico y terror. Lo que yo he visto en esos pacientes... nunca me había pasado y eso es lo que más me ha impactado y lo que más me ha hecho sufrir.*

Entre tanto caos, tanta demanda, tanta priorización, tantos cuidados de guerra y tantos cuidados olvidados, las enfermeras expertas han rescatado y atribuido especial valor a los cuidados de la dimensión espiritual. Ante la impotencia de no poder salvar la vida de muchos pacientes surge la imperiosa necesidad de acompañar en la muerte y en la despedida. La necesidad de interconectividad para el alivio mutuo, para el acompañamiento bilateral, para la gestión del sufrimiento compartido emergen con gran fuerza. Las enfermeras se hacen más conscientes del valor de su presencia y del significado del cuidado y es, este escenario, que se reencuentran y alivian su propio sufrimiento haciendo lo que mejor saben, cuidar.

*P\_UCC\_12. Yo decía: «no puede quedarse así, o sea, no puede morirse e irse así». Entonces bueno, fue una mañana horrible... pero dije: «bueno, si me tengo que ir más tarde pues me voy más tarde»: Me quedé con el paciente, le di la mano (que yo sí podía darle la mano, con los guantes y con el equipo, que yo sí podía acercarme). Me quedé a darle la mano y para mí eso me dio mucha paz, mucha tranquilidad.*

## Discusión

El estudio muestra cómo las enfermeras expertas en UCC asumieron el rol y el deber profesional que les correspondía en relación con la atención prestada en la pandemia COVID-19: una práctica de enfermera experta, descrita por Patricia Benner (1992)<sup>18</sup> y también rescatada en este contexto por autores como Kubsch y Tyczkowski (2020)<sup>19</sup>, que pone de relieve diferentes grados de nivel competencial que se adquieren con el tiempo y la experiencia reflexionada y crítica.

Las enfermeras de UCC expertas mostraron su capacidad para realizar cuidados avanzados, asumiendo la gestión de las situaciones complejas y muy cambiantes. Lo hicieron avaladas por su capacidad de vincular necesidades observadas y demandas con recursos e intervenciones de forma fluida, holística y creativa, aportando soluciones innovadoras<sup>20,21</sup>. Este nivel competencial avanzado implica la capacidad de ver más allá, contemplando las necesidades específicas de la personas y familia, así como de los equipos terapéuticos, para responder a las necesidades de estos, de forma individualizada y con los recursos existentes. Además, conlleva el acompañamiento y asesoramiento a los profesionales enfermeros menos experimentados promoviendo un cuidado basado en el pensamiento crítico y ético<sup>22</sup>.

Las enfermeras expertas de UCC se erigen como profesionales líderes en el cuidado del paciente crítico durante la pandemia, desarrollando un liderazgo acorde con las características que propone Raso (2020)<sup>23</sup> en una situación extrema: el pensamiento rápido, los sistemas de comando de incidentes, la flexibilidad, la comunicación, la confianza, la calma, el coraje moral, la visibilidad, la toma de decisiones disciplinada y el cuidado (liderazgo compasivo).

Su visión holística les llevó a ejercer el liderazgo en un contexto multidisciplinar; su experiencia contribuyó a reorganizar el trabajo, distribuirlo en función del nivel competencial y asumir una mayor responsabilidad en la atención prestada; su trayectoria profesional, con la mirada puesta en el paciente, les impulsó a ofrecer los mejores cuidados posibles<sup>24</sup>, evidenciándose la unión entre maestría, imaginación e inteligencia al servicio de la reflexión para la mejora del desempeño laboral en situaciones tan adversas.

Los hallazgos ponen de relieve el papel central que tienen las enfermeras expertas en la lucha contra el COVID-19. Los gestores sanitarios y los responsables políticos han de aprovechar el conocimiento, la experiencia y el apoyo de las enfermeras líderes en entornos clínicos. Sin duda, esto contribuirá a salvar la brecha de liderazgo<sup>24,25</sup> motivado, en parte, por la ausencia de enfermeras sénior en los órganos de toma de decisiones. Una de las prioridades principales para vencer a la COVID-19, como propone el Consejo Internacional de Enfermería, es la participación de las enfermeras líderes en la toma de decisiones políticas<sup>26</sup>. Así mismo, la OMS<sup>27</sup> señala la necesidad de tomar medidas para fortalecer a nivel mundial el liderazgo en enfermería, desarrollando un papel influyente en las políticas de salud, así como en la toma de decisiones y la gestión de los sistemas de atención sanitaria y social.

Además, este estudio contribuye a poner de manifiesto la necesidad de desarrollar la especialidad de Enfermería en Cuidados Críticos en el marco del Sistema Nacional de Salud de España, en la línea de otros países del entorno europeo como Alemania o Dinamarca.

Por otra parte, los denominados «cuidados de guerra» que se ofrecieron en las UCC para responder a la alta demanda de pacientes COVID-19 han puesto en valor la necesidad de impulsar la humanización de los cuidados en la era pos-COVID<sup>28-30</sup>. Es necesario que las UCC implementen medidas que disminuyan el aislamiento social de estos pacientes y faciliten el contacto, y posible despedida, de sus seres queridos<sup>28</sup>. Asimismo, es fundamental promover el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería<sup>4,28-32</sup>.

Los resultados de este estudio coinciden con los de otros países en que las enfermeras han sido las principales responsables del cuidado de un número elevado de pacientes. Esta crisis ha puesto de manifiesto en el contexto español el carácter urgente con el que tienen que instaurarse medidas que garanticen la provisión de cuidados en un contexto de seguridad para el paciente, adecuando las ratios de enfermera-paciente a las características y necesidades de los pacientes y a la maestría del equipo de cuidados<sup>30,33</sup>, así como dotar de estabilidad laboral a los equipos multidisciplinarios de las UCC. Es necesario desarrollar nuevas formas y filosofías de gestión de recursos humanos, que consideren los niveles competenciales de los profesionales de la salud y se ajusten al nivel de cuidados que requieren los pacientes.

La angustia emocional y moral sufrida por las enfermeras que muestran los hallazgos de este estudio está relacionada con no haber podido «cuidar bien» y su incapacidad para mantener la elevada calidad del cuidado enfermero habitual en las UCC. En este sentido, Crigger (2004)<sup>34</sup> apunta hacia el ideal de «perfección» en el que son educados los profesionales sanitarios, lo que dificultaría su capacidad de gestionar emocionalmente aquellas situaciones en las que perciben que no han desarrollado su actividad conforme a la práctica estándar. De manera que, «alejarse» del cuidado habitual tendría un efecto devastador que les llevaría a convertirse, de algún modo, en «segundas víctimas» (término descrito por Wu (2020)<sup>35</sup> para referirse al impacto en los profesionales sanitarios de los fallos cometidos en la atención al paciente –primeras víctimas– con reacciones emocionales similares al estrés postraumático). Si bien durante la pandemia los profesionales sanitarios dispusieron de apoyo psicoemocional puntual, los resultados del estudio apuntan a la necesidad de un soporte institucional protocolizado, que dé respuesta a las necesidades individuales y grupales y perdure en el tiempo<sup>36</sup>.

## Conclusiones

Los profesionales enfermeros expertos de UCC han desarrollado una labor de liderazgo de los equipos asistenciales durante la primera oleada de la pandemia, dejando patente su potencial para gestionar situaciones clínicas complejas. Han actuado como mentores de profesionales noveles y llevado la carga del paciente en contextos de escasez de recursos materiales y humanos (expertos), caos e incertidumbre, evidenciando una notable capacidad de adaptación.

La imposibilidad de seguir cuidando de la manera habitual, debiendo anteponer los cuidados de guerra (cuidados mínimos, de supervivencia) frente a los cuidados al detalle (cuidados individualizados, el «cuidar»); y la necesidad de organizar estos en base a tareas (versus la atención centrada en el paciente) se ha acompañado de una profunda experiencia de sufrimiento moral, que permite considerarles «segundas víctimas» de la pandemia.

La presencia y el acompañamiento de pacientes y familias han adquirido especial significado para los profesionales enfermeros, convirtiéndose en una forma de alivio del sufrimiento mutuo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Gracias a todos los enfermeros y enfermeras que, aun recomponiéndose de la experiencia vivida durante la primera ola de la pandemia, tuvieron la generosidad de compartir sus experiencias con nosotras. Sin duda, otro gesto más de cuidado y compromiso.

## Bibliografía

1. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Información científica-técnica. Enfermedad por Coronavirus,

- COVID-19 Actualización. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. 2021 [consultado 24 May 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>.
2. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Actualización nº 120. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 29.05.2020 (datos consolidados a las 12:00 horas del 29.05.2020) Situación en España. [consultado 24 May 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion.120.COVID-19.pdf>.
  3. Datos Covid-19 Comunidad de Madrid. 15/05/2020. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. [consultado 24 May 2021]. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200515\\_cam\\_cov\\_id19.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/200515_cam_cov_id19.pdf).
  4. González-Gil MT, González-Blázquez C, Parro-Moreno AI, Pedraz-Marcos A, Palmar-Santos A, Otero-García L, et al. Nurses' perceptions and demands regarding COVID-19 care delivery in critical care units and hospital emergency services. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;62:102966, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2020>.
  5. Gordon JM, Magbee T, Yoder LH. The experiences of critical care nurses caring for patients with COVID-19 during the 2020 pandemic: A qualitative study. *Appl Nurs Res*. 2021;59:151418, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151418>. Publicación electrónica 11 Mar 2021. PMID: 33947512; PMCID: PMC7946535.
  6. Moradi Y, Baghaei R, Hosseingholipour K, Mollazadeh F. Challenges experienced by ICU nurses throughout the provision of care for COVID-19 patients: A qualitative study. *J Nurs Manag*. 2021. Ene 22:10.1111/jonm.13254. doi: 10.1111/jonm.13254. Publicación electrónica. PMID: 33480145; PMCID: PMC8014737.
  7. Fernández-Castillo RJ, González-Caro MD, Fernández-García E, Porcel-Gálvez AM, Garnacho-Montero J. Intensive care nurses' experiences during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Nurs Crit Care*. 2021, doi: 10.1111/nicc.12589. Publicación electrónica. PMID: 33401340.
  8. Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020;39:239–41, <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>. PMID: 32740193.
  9. Bergman MM. *Advances in mixed methods research*. Los Ángeles: Sage Publications; 2008.
  10. Morse JM, Niehaus L. *Mixed method design. Principles and procedures*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2009.
  11. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42:533–44, doi: 10.1007/s10488-013-0528-y. PMID: 24193818; PMCID: PMC4012002.
  12. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: How many interviews are enough? *Qual Health Res*. 2017;27:591–608, doi: 10.1177/1049732316665344. Epub 2016 Sep 26. PMID: 27670770.
  13. Saunders B, Sim J, Kingstone T, Baker S, Waterfield J, Bartlam B, et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Qual Quant*. 2018;52:1893–907, doi: 10.1007/s11135-017-0574-8. Epub 2017 Sep 14. PMID: 29937585; PMCID: PMC5993836.
  14. Guest G, Namey E, Chen M. A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One*. 2020;15:e0232076, doi: 10.1371/journal.pone.0232076. PMID: 32369511; PMCID: PMC7200005.
  15. Janghorban R, Latifnejad Roudsari R, Taghipour A. Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:24152, doi: 10.3402/qhw.v9.24152. PMID: 24746247; PMCID: PMC3991833.
  16. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77–101.
  17. Braun V, Clarke V. What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:26152, doi: 10.3402/qhw.v9.26152. PMID: 25326092; PMCID: PMC4201665.
  18. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics*. New York: Springer; 1996.
  19. Kubsch SM, Tyczkowski B. Benner's Novice to Expert Model: An Application to COVID-19 Nurses on the Front Line. *Beginnings [Internet]*. 2020;40:12–25 [consultado 2 May 2021]; Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=6db915df-f671-4eb6-8296-1257a6cfc63d%40sessionmgr102>.
  20. Benner P, Hughes RG, Sutphen M. *Clinical Reasoning Decision making, and Action: Thinking Critically and Clinically*. En: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Chapter 6. PMID: 21328745. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>.
  21. Arreciado Maraón A, Estorach Querol MJ, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Benner [The nurse expert in the care of the critical patients according to Patricia Benner]. *Enferm Intensiva*. 2011;22:112–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2010.11.004>. Spanish. Publicación electrónica 2011 Ene 20. PMID: 21256063. doi: 10.1016/j.enfi.2010.11.004.
  22. Carrillo Algarra AJ, García Serrano L, Cárdenas Orjuela CM, Díaz Sánchez IR, Yabrudy Wilches N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global*. [Internet]. 2013;12:346–61 [consultado 28 Mayo 2021]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es>.
  23. Raso R. Leadership in a pandemic Pressing the reset button. *Nurs Manage*. 2020;51:6, <http://dx.doi.org/10.1097/01.NUMA.0000669088.32689.b4>. PMID: 32501865.
  24. Daly J, Jackson D, Anders R, Davidson PM. Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *J Clin Nurs*. 2020;29(15–16):2751–2, doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15305>. Publicación electrónica 27 May 2020. PMID: 32311793; PMCID: PMC7264653.
  25. Carryer J. Letting go of our past to claim our future. *J Clin Nurs*. 2020;29(3–4):287–9, doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.15016>. Publicación electrónica 9 Aug 2019. PMID: 31397517.
  26. Consejo Internacional de Enfermería. Llamada a la acción del CIE: 12 prioridades principales para vencer a COVID-19 [Internet]. Ginebra - Suiza: CIE; 2020 [consultado 28 Mayo 2021]. Disponible en: [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing\\_COVID19\\_Top\\_priorities\\_ENG.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing_COVID19_Top_priorities_ENG.pdf).
  27. State of the word's nursing. 2020. Investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020 [consultado 28 Mayo 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf>.
  28. Bambi S, Iozzo P, Rasero L, Lucchini A. COVID-19 in Critical Care Units: Rethinking the Humanization of Nursing Care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2020;39:239–41, <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000438>. PMID: 32740193.
  29. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. *Hastings Cent Rep*. 2020;50:35–9, <http://dx.doi.org/10.1002/hast.1110>. Publicación electrónica 14 May 2020. PMID: 32410225; PMCID: PMC7272859.
  30. Turale S, Meechamnan C, Kunaviktikul W. Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic. *Int Nurs*

- Rev. 2020;67:164–7, doi: 10.1111/inr.12598. PMID: 32578249; PMCID: PMC7361611.
31. Obrien N, Flott K, Durkin M. COVID-19: leadership on the front-line is what matters when we support healthcare workers. *Int J Qual Health Care*. 2021;33:mzaa153, <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzaa153>. PMID: 33227137; PMCID: PMC7717247.
  32. Martínez Estalella G, Zabalegui A, Sevilla Guerra S, en nombre del Comité Técnico de la Dirección Enfermera (CTDE). Gestión y liderazgo de los servicios de Enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona [Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona]. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2021;31:S12–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>. Español. Publicación electrónica 15 May 2020. PMID: 32419770; PMCID: PMC7225707.
  33. Reper P, Bombart MA, Leonard I, Payen B, Darquennes O, Labrique S. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;60:102891, <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102891>. Epub 2020 May 27. PMID: 32712068; PMCID: PMC7250773.
  34. Crigger NJ. Always having to say you're sorry: an ethical response to making mistakes in professional F practice. *Nurs Ethics*. 2004;11:568–76, doi: 10.1191/0969733004ne739oa. PMID: 15597937.
  35. Wu AW. Medical error: the second victim The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ*. 2000;320:726–7, doi: 10.1136/bmj.320.7237.726. PMID: 10720336; PMCID: PMC1117748.
  36. Mira JJ, Lorenzo S, Carrillo I, Ferrús L, Pérez-Pérez P, Iglesias Fet al, Research Group on Second and Third Victims. Interventions in health organisations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:341, doi: 10.1186/s12913-015-0994-x.