



Facultad de Medicina
Carrera de Kinesiología
Magíster en Terapia Física y Rehabilitación

EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA Y KINESIOLOGIA FRENTE A
LOS DESAFÍOS ORGANIZACIONALES EN UNIDADES DE CUIDADOS
INTENSIVOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

POR: JAVIERA AGUILERA SCARPATI

Actividad de grado presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Magister en Terapia Física y
Rehabilitación-MAKI

PROFESOR GUÍA:
Sra. Ana Cristina Castro

Noviembre 2022
SANTIAGO

TABLA DE CONTENIDOS

-	Introducción.....	4
-	Método.....	5
-	Resultados.....	7
-	Discusión.....	14
-	Conclusión.....	17
-	Referencias.....	18
-	Anexo.....	20
-	1.1 Tabla 1.....	20
-	1.2 Tabla 2.....	21
-	Material suplementario.....	24

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

RESUMEN

Durante la pandemia, las unidades de cuidados intensivos (UCI) enfrentaron un aumento repentino de demanda lo cual ejerce presiones únicas sobre las vías de atención preestablecidas. Comprender los roles potenciales de los miembros habituales del equipo de cuidados críticos en la planificación de desastres debería ayudar a guiar las expectativas y responsabilidades en el proceso de planificación. Objetivos: Explorar las experiencias de los profesionales frente a cómo diferentes unidades hospitalarias prepararon y organizaron su respuesta durante la pandemia (Covid-19).

Diseño: Entrevistas semiestructurada por videollamada sobre las experiencias de tipo organizacional de kinesiólogos y enfermeros en 7 centros de Chile. Entrevistas fueron grabadas para ser transcritas palabra por palabra. Se usó análisis inductivo siguiendo los principios del análisis temático.

Participantes: Veinticuatro miembros del personal de Enfermería y Kinesiología que trabajaron en UCI durante el periodo de 2020-2022 en pandemia.

Resultados: La mayoría de los participantes describió que la organización durante la pandemia fue durante la marcha, se tomaron decisiones de tipo fortuito, teniendo que asumir cambio de roles que significaban mayor carga laboral y seguir trabajando independientemente de las condiciones, lo cual fue demostrado como signos de agotamiento tanto laboral como personal. Rituales de control de infecciones fueron transferidos a su vida personal para evitar contagios.

Conclusiones: La falta de preparación con anticipación generó condiciones ideales para el agotamiento laboral y emocional de los profesionales. Se recomienda generar protocolos para aumentar los recursos materiales y humanos contemplando las condiciones sociales y organizaciones locales.

INTRODUCCIÓN

Durante la pandemia del COVID-19 en Chile, los servicios de cuidados intensivos se ampliaron rápidamente para satisfacer el aumento de demanda de camas de cuidados intensivos [1]. A pesar de estas condiciones, el estándar de atención para los pacientes de la UCI, debe seguir siendo de la más alta calidad posible con miras a la supervivencia a largo plazo y la minimización de los problemas relacionados con el síndrome post cuidados intensivos (PICS por su sigla en Inglés) [2].

La cultura organizacional, se considera esencial al momento de realizar reformas a nivel de salud, ya que la cultura de un lugar representa la base sobre la cual se realizan cambios estructurales y de procedimientos para lograr las mejoras deseadas en calidad y desempeño [3]. Las culturas del cuidado de la salud que enfatizan la afiliación grupal, el trabajo en equipo y la coordinación se han asociado con una mayor implementación de prácticas de mejora continua de calidad y un estado de salud funcional más alto en pacientes [4]. Esto significa que en centros asistenciales donde el equipo multidisciplinario siente que su opinión se tomó en cuenta al momento de hacer modificaciones, es más probable que los ajustes ocasionados por la pandemia se perciban como menos disruptivos y los reportes de haber sufrido burnout sean menos frecuentes.

Explorar las perspectivas de los que trabajan con los pacientes más severos nos podría ayudar a aprender de la respuesta que se ha desplegado durante el COVID-19, para la preparación frente a futuras epidemias o catástrofes que requieran aumento de la capacidad hospitalaria de cuidados intensivos. Por tanto, este estudio exploró la experiencia del equipo multidisciplinario frente a la respuesta organizacional al momento de aumentar capacidad hospitalaria para enfrentar la pandemia por Covid-19 en siete centros de Chile.

MÉTODO

Este artículo sigue el paradigma constructivista y los principios de la fenomenología para el diseño y análisis de este estudio.

Las entrevistas fueron semiestructuradas con una duración de 30 minutos a una hora. Fueron realizadas por un psicólogo que actuó como un mediador externo, guió la discusión y brindó apoyo en el caso que se tocaran temas sensibles. Los investigadores no estuvieron relacionados con los entrevistados.

La población de estudio fueron profesionales de enfermería y kinesiología que trabajaron en una unidad de cuidados intensivos durante la pandemia Covid-19. Se eligieron estos profesionales porque en general cumplen diferentes roles dentro del equipo y el tiempo de contacto con los pacientes también difiere. Los participantes se reclutaron a través de posters en sus lugares de trabajo y avisos enviados por grupos de trabajo en WhatsApp. A los interesados se les solicitó inscribirse en un formulario de Google donde debían leer el consentimiento informado y reconocían que al dar sus datos de contacto aceptaban participar.

Es difícil decidir de antemano la cantidad de entrevistas a realizar, normalmente se piensa en una aproximación, la evolución del trabajo va indicando cuando llegamos a la saturación de información, en caso de tener inconsistencias o falta de claridad en el entendimiento del problema planteado, se regresa al campo o contexto para recolectar más datos [6]. Partimos con un número tentativo de dos profesionales de kinesiología y enfermería por centro, pero este número no se alcanzó en todos los centros.

Los temas a tratar dentro de las entrevistas contemplan:

- Experiencia del equipo multidisciplinario en UCI: Experiencia sobre la actividad de los distintos equipos multidisciplinarios frente a la pandemia de Covid-19.
- Clima organizacional: Relación entre jerarquías en el equipo.
- Bienestar del personal: Ajustes de horarios, temas contractuales, cuidados psicológicos.
- Dotación de personal: Integración de personal del área de la salud nueva al equipo para lograr una atención integral del paciente sin disminuir la calidad de atención.
- Plan de contingencia: Recomendaciones sobre una nueva oleada de Covid-19.

Este estudio fue revisado y aprobado por la unidad de investigación y ensayos clínicos de la Clínica Alemana y el comité de ética científico docente de la Facultad

de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo (Número de registro 2020-78). El protocolo también fue revisado y aprobado por cada dentro participante antes de comenzar el reclutamiento de participantes.

ANÁLISIS DE DATOS

Se empleó el análisis temático para analizar los datos [7]. Se realizó la transcripción de las entrevistas palabra por palabra con ayuda del software Scrintal. Participaron 2 investigadores, los cuales revisaron las entrevistas transcritas para asegurar que fueran fidedignas. Ambos investigadores leyeron y escucharon las entrevistas hasta obtener anotaciones con ideas iniciales. Cada investigador por separado codificó las anotaciones de manera sistemática (doble codificación), una vez generado los códigos, se discutieron caso por caso las discrepancias existentes hasta llegar a un consenso. Posteriormente se organizaron los datos en grupos significativos, para desarrollar el análisis interpretativo. De las codificaciones finales, los investigadores examinaron los temas potenciales a desarrollar y llegaron a un acuerdo. El análisis continuo de los temas lleva a identificar su esencia y a establecer su definición y denominación para luego realizar el informe final.

Reflexividad

No existió grado de relación entre los participantes de las entrevistas y el mediador de esta. Para asegurar la credibilidad de los hallazgos, se organizó un grupo focal con otros profesionales que hayan trabajado en los centros participantes, pero que no hubiesen sido entrevistados previamente. Esto ayuda a verificar que las interpretaciones y significados sean propios de los participantes.

El grupo focal (GF) fue conformado por 5 participantes, 2 kinesiólogos y 3 enfermeras, previamente invitados via WhatsApp donde se obtuvo su consentimiento a participar. Las preguntas para el proceso de discusión fueron preguntas abiertas para fomentar la participación de los involucrados. El GF se realizó de manera online a través de la plataforma Zoom, moderado por las 2 investigadoras a cargo. Las preguntas se presentan en el Material suplementario. En el caso que hubiese temas que aparecieron en el GF pero no en las entrevistas, estos se presentan como parte de los resultados y los códigos de anonimización incluyen GF.

RESULTADOS

Se inscribieron 46 profesionales para ser contactados, de los cuales entrevistamos a 24 que trabajaron durante la pandemia en los siete centros participantes (Tabla 1) (Anexo 1.1). El grupo de mayor representación fue kinesiología con 15 participantes. Para el grupo focal de triangulación de datos, contactamos a 10 profesionales, de los cuales asistieron cinco.

Las experiencias de los profesionales ocurren en un contexto de restricciones sanitarias variables dependiendo de la comuna de residencia que en ocasiones implicaba cierre total de establecimientos de entretenimiento, prohibición de socialización con otros grupos familiares, y aforos en los lugares de trabajo lo que limitaba la sociabilización. Este contexto generó una carga adicional de estrés y cansancio.

Todos los centros aumentaron la capacidad de camas de cuidados intensivos reconvirtiendo unidades, reubicando personal de UCI a las nuevas unidades y entrenando personal que trabajaba en otras unidades. Además, se contrató nuevo personal, pero en algunos lugares esto ocurrió al inicio de la primera ola (abril 2020), mientras en otros esto ocurrió de manera más tardía. El detalle de las medidas tomadas para aumentar personal se presenta en la Tabla 2 (Anexo 1.2).

Los profesionales de la salud experimentaron experiencias positivas y negativas frente a los cambios de tipo organizacional en las distintas instituciones, donde esta última tendió a dominar.

El cambio organizacional tiene la capacidad de alterar la cultura, ya sea deliberadamente o no, y por lo tanto influir en las respuestas emocionales de las personas.

Los cambios ocurridos en un corto plazo significaron aumento de cansancio, mayor susceptibilidad y sensibilidad frente las diferentes situaciones laborales, generando rabia, estrés, impotencia, en diferentes contextos, tales como fallecimiento de pacientes, aumento de carga laboral, cambios en jornadas de trabajo, entre otras. Varios trabajadores tuvieron que recurrir a apoyo psicológico de manera particular, ya que el apoyo de sus instituciones no fue suficiente.

Identificamos cuatro temas predominantes:

1.1 Sobre la marcha

La preparación previa ante la llegada del COVID-19 a Chile fue diferente en los distintos centros de salud, a medida que la pandemia iba avanzando se comenzaron a abrir y reconvertir nuevas unidades.

“Todo ese año 2020 fue muy traumático, no había más recurso humano, solamente aumentaban camas y unidades” Kine_3

“En algún minuto nos sacaron de nuestras salas, para instalar las redes de oxígeno, para poder tener ventiladores mecánicos, en ese traslape cuando volvimos a nuestras salas ya estaba todo listo, nos dijeron partimos como UCI mañana y así fue como tuvimos que aprender en el camino” EU_1

Se transfirió personal clínico de distintas unidades para asistir las diferentes UCIs y UCIs reconvertidas.

“En el equipo de kinesiología UPC éramos pocos, después los colegas que trabajaban en los servicios de kinesiología ambulatorio, pasaron a ser kinesiólogos de paciente crítico” Kine_4

“Yo trabajaba en otro lugar que era motor, hacia kine motora, justo antes de empezar la pandemia empecé a trabajar en UTI y así fue como ahora estoy en la UCI” Kine_2

Se contrató más personal que en general, fueron profesionales de la salud recién egresados o sin la experiencia necesaria para trabajar en una UCI. Muchos de estos profesionales fueron de empresas externas o contrato de honorarios.

“En las UCIs reconvertidas yo creo que estaban más estresados, porque fue como “hola me llamo XX, llevo un año trabajando”., Perfecto, estas listo para empezar en UCI” EU_5

En un caso en particular, no hubo aumento de personal de apoyo hasta la tercera ola de la pandemia, no obstante, Kine_3 refiere que en este momento el personal se aumentó al triple.

De los 7 centros asistenciales solo dos hospitales tuvieron una preparación previa en cuanto a la dotación de personal kinésico (Kine_2/ Kine_6/ Kine_10), pero cabe

destacar que, en ambas instituciones, la reforma de personal kinésico específicamente se estaba gestionando desde antes de dar inicio a la pandemia. En todos los centros asistenciales el aumento de camas UCI se fue gestionando según requerimiento de la pandemia, a partir de marzo de 2020, lo cual fue incrementando a petición del gobierno.

Se realizaron capacitaciones sobre usos de nuevos equipamientos, tanto como elementos de protección personal (EPP), Cánulas Nasales de Alto Flujo (CNAF), ventiladores mecánicos no invasivos e invasivos, no obstante, la mayoría de los entrevistados refirieron que las capacitaciones no fueron óptimas ya sea porque no les alcanzaba el tiempo para asistir o porque las enviaban mediante capsulas. En algunas ocasiones también refirieron que algunas capacitaciones se hicieron tarde o que simplemente nunca llegaron.

“Nos dijeron que nos iban a preparar, pero en realidad nos mandaron capsulas, nunca fue nadie a orientarnos” EU_1

En la mayoría de los casos, los diferentes estamentos ven a través de diferentes miradas que las capacitaciones, principalmente para los nuevos integrantes no estaban siendo suficiente ya que se trataban más bien de capacitaciones rápidas y generales.

“No habían muchas capacitaciones. Cuando llegaron los ventiladores que mandó el ministerio una vez llegó un proveedor, pero nos fue a enseñar después que ya usábamos los ventiladores, ó sea, tuvimos que ir aprendiendo sobre la marcha” EU_2

“Nos capacitaron, pero no fue una capacitación full clara, pero en el fondo siempre hay alguien que entendió un poco más y con el otro que entendió a medias lográbamos hacer la pega” EU_3

Junto con estas afirmaciones EU_7 dice que según el contexto en el cual se encontraban, no era posible que todos asistieran a alguna capacitación, entonces, a modo de colaboración los colegas que habían asistido realizaban una retroalimentación al resto de los integrantes del equipo. Del mismo modo, de una manera más positiva EU_9 dice que en su institución llamaron a todos para realizar capacitación cada vez que realizaron algún cambio de equipo.

1.2 Cambio de roles

Para atenuar los cambios culturales y organizacionales que ocurrieron repentinamente con el aumento del personal y las aperturas de camas, los recursos humanos fueron destinados a contribuir de diferentes formas, con tareas específicas

según los distintos contextos, como asumir jefaturas de turno, mezclar equipos con y sin experiencia y hacer cambios en las rotativas de turno.

Los cambios ocurridos se debieron a que mucho personal en las unidades era nuevo, sin experiencia en UCI o no estaba acostumbrado al nivel de gravedad de los pacientes. El personal de UCI con más experiencia fue reubicado en las nuevas unidades, adquiriendo roles de tutor y supervisor además de las funciones habituales en su trabajo. Esto produjo estrés adicional y, en muchos casos, pérdida de las redes de apoyo existentes con los colegas de su turno de trabajo.

“El personal se tuvo que dividir, algunos se fueron a la UCI limpia y otros se quedaron en la UCI COVID, entonces el personal de intermedio tuvo que capacitarse, pero tampoco tenían la experticia suficiente, entonces nosotros tuvimos que hacer como de hermano mayor y tomar a los pacientes más graves” EU_8

“Llegó gente de empresas externas, y finalmente colegas recién egresados, lo que fue complejo para nosotros, porque, por ejemplo, yo tenía jefatura de turno y además tenía que preocuparme de los pacientes que estaban con los enfermeros nuevos que no tenían manejo básico de los pacientes. Fue bien complejo” EU_3

“Se contrató mayor personal, un personal sin experiencia, entonces había que redistribuir personal con experiencia con personal sin experiencia y ahí los que tenían mayor experiencia le enseñaban a los sin experiencia” EU_7

“Los kinesiólogos con más experiencia, más encima tenían que apoyar a los nuevos, que no sabían o tenían dudas, esto fue super estresante para nosotros. Yo fui jefa de turno en el periodo más crítico de la pandemia, entonces además de ver a mis pacientes, tenía que coordinar al equipo, redistribuir pacientes y además ir a pasar visita a los kinesiólogos más nuevos ... fue super estresante” Kine_7

“La estrategia fue nunca dejar sólo a los que tenían menor experiencia... la carga asistencial de cada uno se distribuía según la experiencia que teníamos” Kine_10

“Los médicos y los kinesiólogos establecieron jefaturas técnicas, eso era algo nuevo. Los colegas que pasaron a este modelo era los que tenían más experiencia, ellos pasaron a día y supervisaban que las decisiones que se tomaban fueran las más adecuadas” Kine_11

“Gente que no trabajaba en UCI, los de médico quirúrgico, pabellón, en general todos se fueron a UCI, porque sus unidades se tuvieron que reconvertir también” Kine_14

“Yo trabajo en la UCI 3, y me mandaron un tiempo a la UCI 2, me cambiaron de equipo, y yo pedí cambio nuevamente o si no iba a terminar con licencia. Estar en la UCI 3 con mi equipo ayudó mucho a lo terrible que fue la pandemia” Kine_15

1.3 Aislamiento social, cansancio y apoyo psicológico institucional

La necesidad de controlar las emociones es un elemento clave en el constructo del trabajo y fue un desafío que tuvieron que enfrentar los profesionales de la salud. Si bien para algunos de los profesionales los impulsores fueron más bien del área personal, otros radicaron en la cultura organizacional, ya que se considera que parte del papel importante del trabajador, es la imagen profesional que se proyecta.

Los profesionales que vivían con sus familiares, tuvieron que aislarse o separarse de ellos para evitar contagios. Esto significó irse de sus casas, generar protocolos de desinfección o no tener contacto directo. Además, los integrantes del GF recalcaron que tuvieron que incurrir en costos extras para no exponer a sus familias, y a la diferencia de sueldos existentes entre los mismos trabajadores, lo que los hacía sentirse poco valorados.

“Sobre el tema de las remuneraciones, o sea, no es sólo que quiera que me paguen más...Hubo gente que se fue de la casa, tuvo que arrendar, aumentaron los costos de vida, y eso ninguno de nuestros empleadores lo vio” GF_EU_2

“A mucha gente le frustraba no tener una remuneración adecuada, y eso era un motivo más para ir a trabajar sintiendo que lo estabas dando todo por amor al arte...esto lo veíamos en comparación con los otros hospitales de la región, a nosotros nos pagan por grado. Por ejemplo a nosotros nos pagaban en grado 16 y a ellos en 13...” GF_Kine_2

Agregar esta carga emocional al cambio organizacional generó un ambiente y una cultura negativa caracterizada por la ausencia de apoyo y aumento de carga laboral, conduciendo a una serie de consecuencias deletéreas como crisis de angustia, labilidad emocional, frustración, rabia, cansancio, entre otras, las cuales en diversas ocasiones derivaron en licencia médica. La situación hizo que el cansancio aumentara tanto física como emocionalmente.

“Nos afectó bastante que tuvimos muchos colegas que salieron con licencia asociada a estrés, yo creo que también pasé por un periodo similar, pero no diagnosticado, más que nada estaba en un proceso de ansiedad, ligado a la comida, estaba irritable” Kine_13

“Hubo opciones de si querías ir al sicólogo podías ir, en el fondo te pedían hora. Había detalles tan simples pero que nos hacían el día, nos conseguían café, chocolates, terapia de mindfulness, un montón de cosas que podían ofrecer. Se entiende que estaban todos medios amarrados de manos, aforos, cantidad de carga, pero si hicieron cosas [la institución]”

Kine_14

“Yo muchas veces pensé que el personal de la clínica debería mover a sus psicólogos y siquiátras... para ayudarnos... para manejar a los equipos tanto en el duelo como para llevar mejor la situación” EU_8

“El director del hospital no nos valoraba, siempre nos exigía demasiado, solo abrir más camas, pero no veían la calidad de atención que estábamos dando” GF_EU_1

El aumento de licencias generó mayor carga laboral, ya que los profesionales además de sus turnos tenían que hacer turnos extras para cubrir a sus compañeros, sumado a que los pacientes eran más graves y que requerían mayor tiempo de atención. Las medidas de apoyo psicológico institucional para contrarrestar el estrés, cansancio y posible burnout fueron clasificadas de insuficientes, tardías o inadecuada.

El apoyo organizacional percibido no fue evidente para la mayoría, algunos comentaron que los procedimientos eran engorrosos, tardíos o inasequibles y que en ocasiones el personal de mayor rango, estaban al tanto de la situación que estaban viviendo, no obstante no percibieron mejoras en cuanto al apoyo psicológico.

1.4 Miedo a ser un vector de contagio: Cambios en el hogar y en la vida social

Los profesionales instauraron protocolos de control de infecciones en sus propios hogares y con sus familias debido al miedo a convertirse en vector de contagio. Muchos de ellos mencionaron que dejaron de ver a sus padres o familiares más añosos durante meses para evitar exponerlos al virus.

“Con mi familia fue súper difícil... una vez vieron una noticia que decía que los enfermeros llevaban el virus a la casa. Mi hermana juraba que yo andaba con el virus pegado y no me dejaban ir a la casa de los papás”

EU_3

“Lo que me ha afectado mucho es la misma paranoia. Yo los primeros 6 meses adiós familia, o sea, estás loco que voy a ver a mi mamá, papá o hermanos, trabajo en UCI con el mortal del momento” EU_5

“Tenía hijos chicos... llegaba a la casa directamente a bañarme, la ropa tenía que estar directamente en la lavadora con desinfección previa, entonces era todo un ritual antes de abrazar a mis hijos” EU_7

“Yo vivo con mi mamá y me tuve que ir de la casa por miedo. Me tuve que ir con un amigo que también trabajaba en lo mismo para evitar contagiar a mi mamá” Kine_1

“Muchos compañeros de pega tuvieron que separarse de sus familias. Uno de mis más cercanos estuvo mucho tiempo sin su familia, como 6 meses. Él tiene un hijo chico más encima, esto le ha costado crisis de angustia, crisis de pánico, su última licencia fue hace poco” Kine_3

1.5 Mentalidad de soldado: Implica seguir trabajando independiente de las condiciones.

Un 17% de los entrevistados refirió haber necesitado una licencia psiquiátrica debido a problemas de salud mental. Aquellos que continuaron trabajando, refirieron que “había que seguir igual” porque no había personal para cubrir los turnos, el sacrificio personal de los profesionales de la salud, para lograr satisfacer las demandas fue de manera inconsciente, lo que en algunas oportunidades empeoró la situación y llevó a licencias psiquiátricas repetidas y extendidas.

“Bueno obviamente al principio con mucho miedo, estábamos todos súper asustados, después ya el cansancio que llega en un momento se nota, pero como equipo siempre decíamos: ya, es lo que nos tocó, hay que hacerlo bien como se pueda y asumir no más... tuvimos que seguir no más y claro estábamos sobrecargados” EU_6

“En cierto punto nos vimos sobrepasados, pero igual nos camiseteamos con la unidad. Le dimos. Como que nos hicimos más que autosuficiente y tratamos de sacar el barco adelante” Kine_6

“Teníamos que hacer turnos extra, no había gente... fue muy complicado la carga asistencial aumentó bastante... trabajaba tanto que prefería quedarme allá, estudiar y esperar al próximo turno, así de fuerte estuvo muy despersonalizado... nunca dejé de trabajar estaba como en un síndrome y yo no me daba cuenta” Kine_12

“Al principio como equipo fue muy de auto gestionarnos, de trabajar lo que más se pudiera todos juntos porque también la jefatura no tenía claridad de lo que estaba pasando, la dotación de personal por lo menos para el estatuto de kine fue súper lento, súper retrasado, entonces los primeros meses nos vimos enfrentados a esa demanda que explotó en muy poco tiempo ...entonces ahí se nos hizo súper difícil en el fondo poder sacar toda la pega” Kine_14

“Pasó mucho la despersonalización. Fallecía alguien y era, ya limpiemos y llegó otro paciente, y la familia no estaba. Era terrible... y había que seguir no más. Después duele recordar lo mal que lo pasamos. Se me quiebra la voz” GF_EU_3

DISCUSIÓN

Los profesionales enfrentaron dificultades de adaptación al aumento de carga laboral, enfrentarse a algo desconocido y el poco apoyo institucional que tuvieron, lo que para algunos conllevó a una insatisfacción laboral y problemas de salud mental. Los enfermeros y kinesiólogos expresaron sensación de agotamiento y estrés sumado a los riesgos personales que esto conlleva. A pesar que algunos profesionales no contaban con los recursos necesarios para trabajar en una UCI, la OMS ha enfatizado la carga extremadamente alta para los trabajadores de la salud y ha pedido que se tomen medidas para abordar las necesidades inmediatas y las medidas necesarias para salvar vidas y prevenir un impacto grave en la salud física y mental de los trabajadores de la salud [8].

Los entrevistados ofrecieron relatos en profundidad de sus experiencias de tipo organizacional durante la pandemia de COVID-19, donde se identificaron las consecuencias de los cambios de tipo cultural y emocional a los cuales debieron adaptarse en un corto periodo de tiempo, donde el personal tuvo que movilizar sus recursos colectivos para brindar atención a los pacientes.

Las vivencias y presiones institucionales cambiaron a medida que la pandemia avanzaba. En un comienzo, cuando se iniciaron las alarmas de que llegaría el COVID-19 a Chile, existía incertidumbre, pero no fue hasta marzo-abril de 2020 donde los equipos multidisciplinarios de UCI de los centros asistenciales de nuestro país experimentaron cambios rápidos sobre el aprendizaje del tipo de paciente, cuidados personales, aumento de camas, UCIs reconvertidas.

La alta carga laboral y la ausencia de horarios de rotación saludables que se adapten al descanso, sueño y a la restauración adecuada a los largos tiempos de trabajo, pueden haber contribuido a problemas de salud, lo que es consistente con la literatura, por esta razón es importante que las autoridades enfatizen en la importancia del autocuidado, establezcan horas de trabajo máximas y organicen turnos de manera razonable para proteger a los proveedores de atención médica del exceso de trabajo[8-9].

Es evidente que quienes lideran el cambio tienden a considerar que sus organizaciones tienen una cultura positiva, pero quienes son receptores de este cambio tienen percepciones más variadas [3], así como revela nuestra investigación, es importante comprender que el personal de salud logró unirse para dar respuesta a la pandemia, pero a medida que la pandemia se prolonga y los desafíos se repiten, varios miembros no estarán disponibles, por lo que es necesario asegurar que los recursos (humanos y materiales) estén disponibles y se optimicen

las condiciones del bienestar del personal[1]. Por este motivo se debió considerar la crisis con anticipación, generando técnicas de gestión e identificación de debilidades y fortalezas para realizar una planificación previa.

Otro hallazgo de nuestro estudio es que la satisfacción laboral es un factor crítico para mantener al personal en condiciones de crisis, lo que se ve reflejado en las medidas de motivación que se fueron incorporando a través de la pandemia, a pesar de que muchos de nuestros entrevistados refieren que las intervenciones fueron algo tardías. Así mismo se afirma en la literatura reciente sobre el refuerzo y el mantenimiento de los recursos humanos, confirmando que la satisfacción laboral disminuye la probabilidad que el personal deje el servicio. Factores como la seguridad laboral, flexibilidad horaria y participación en la toma de decisiones aumentan la disposición del personal para trabajar y en consecuencia la permanencia laboral y con esto la disminución de costos para la organización [10] Es interesante observar los cambios que realizaron los trabajadores por miedo a ser un vector de contagio, donde se observa que la disposición a realizar las labores en el ámbito clínico va directamente relacionada con la provisión de equipo de protección personal (EPP). Por otra parte la preocupación y seguridad de ellos mismos y familiares, tienen repercusión directa con su continuidad en el ámbito laboral por lo que se debe mencionar que existen métodos adecuados de intervención para disipar los temores y preocupaciones de seguridad. Es por esto que deben existir planes de preparación en las diferentes organizaciones, de modo que al enfrentarse a una catástrofe los puedan llevar a cabo [11]

A pesar de tener disponibilidad de EPP, de ventiladores y de insumos, no todos los trabajadores se sintieron suficientemente capacitados para su uso de manera adecuada, lo que generó una discrepancia entre las demandas del trabajo y las habilidades que poseen los trabajadores, que en sí mismo es un factor estresante conocido ya en otras catástrofes como SARS y MERS. La escalada de la presión relacionada con el trabajo, la rotación de los trabajadores de primera línea, las nuevas tareas y aumentos en las asignaciones durante la crisis son un indicador para el estrés laboral, a menos que los hospitales lo manejen adecuadamente, incluyendo apoyo psicológico de ser necesario [8-12].

El impacto de la pandemia en la salud mental de los trabajadores refleja un aumento de síntomas depresivos y de trastorno mental común. Según el estudio HEROES, Chile es el país que presentó un mayor número de casos con sospecha de síntomas depresivos e ideación suicida, por esto es fundamental que se proteja la salud mental de los trabajadores desarrollando programas que entreguen apoyo psicológico y médico a quienes lo necesiten. Entre los factores asociados relevantes se encuentran, el apoyo social, apoyo económico; a nivel familiar, la preocupación de contagiar a familiares; a nivel de trabajo, la carga laboral, el cambio de roles y funciones en la institución [13-14]. Todos estos son factores que fueron mencionados por nuestros entrevistados y recalcados durante el GF.

Si bien esta investigación describe como los kinesiólogos y enfermeros lograron alinearse en función del sentido de responsabilidad para atender a los pacientes y hacer los máximos esfuerzos frente a la necesidad de atención hospitalaria ante esta enfermedad desconocida, muchos de los funcionarios de salud no tenían experiencia clínica en cuidados intensivos. Por este motivo cuando los sistemas de salud no se encuentran preparados es necesario realizar capacitaciones, educación y mantener una comunicación adecuada para hacer frente a las emergencias de salud pública [9-15].

Nuestra investigación muestra la importancia de construir y facilitar el trabajo en equipo, dado que la dotación de nuestro personal de UCI es escasa, se debiese entrenar a gente de diferentes servicios del área de la salud para que cuenten con una preparación previa ante una catástrofe de tipo sanitario, de esta manera cuidar a los profesionales tanto físicamente como psicológicamente.

CONCLUSIÓN

Las experiencias de los profesionales de la salud que trabajaron durante la pandemia resultan de una mezcla del efecto psicológico de las restricciones sanitarias a nivel país asociado a altos volúmenes y cargas de trabajo, reducida preparación de las instituciones y rápidos cambios para adaptarse a medida que avanzaba la pandemia. Debido a que los profesionales de la salud son un recurso escaso y precioso durante emergencias sanitarias, se debería generar un plan para saber cómo abordar y aumentar rápidamente el recurso humano de una UCI sin desgastar al que ya existe y brindar apoyo psicológico adecuado a los profesionales.

Limitaciones de este estudio

Del total de los entrevistados, 24 participantes, existían personas involucradas en sindicatos, jefaturas o sentían que tenían algo que decir, por lo cual los hallazgos se limitan necesariamente al momento de recopilación de datos.

Financiamiento: Este estudio forma parte del estudio IMPACCT COVID-19, el cual fue financiado por la Universidad del Desarrollo y patrocinado por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID-0772). Las instituciones que financiaron el estudio no tuvieron influencia en su diseño, recolección de datos, análisis o en la escritura de este artículo.

Conflictos de interés: Ninguno que declarar.

Referencias

- [1] Montgomery, C. M., Humphreys, S., McCulloch, C., Docherty, A. B., Sturdy, S., & Pattison, N. (2021). Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK. *BMJ open*, *11*(5), e048124. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048124>
- [2] Kotfis, K., Williams Roberson, S., Wilson, J. E., Dabrowski, W., Pun, B. T., & Ely, E. W. (2020). COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. *Critical care (London, England)*, *24*(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>
- [3] Smollan, R. K. Sayers. JG (2009). Organizational culture, change and emotions: A qualitative study. *Journal of Change Management*, *9*, 435-457.
- [4] Scott, T. I. M., Mannion, R., Davies, H. T., & Marshall, M. N. (2003). Implementing culture change in health care: theory and practice. *International journal for quality in health care*, *15*(2), 111-118.
- [5] O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, *89*(9), 1245–1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>
- [6] Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Métodos de la investigación. H. Sampieri, *Metodología de la investigación*. McGrawhill.
- [7] Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*(2), 77-101.
- [8] Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., Stroobants, S., Van de Velde, S., & Vist, G. E. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry research*, *293*, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- [9] Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *The Lancet. Global health*, *8*(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)

- [10] Salehi, A. M., Khazaei, S., Masumi, M., Shavandi, F., Kavand, M., Jenabi, E., & Khatiban, M. (2021). Reinforcement and Maintenance of Human Resources for Health Systems during Long-Term Crises: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Emergency medicine international*, 2021.
- [11] Qureshi, K., Gershon, R. R., Sherman, M. F., Straub, T., Gebbie, E., McCollum, M., Erwin, M. J., & Morse, S. S. (2005). Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82(3), 378–388. <https://doi.org/10.1093/jurban/jti086>
- [12] Xiao, J., Fang, M., Chen, Q., & He, B. (2020). SARS, MERS and COVID-19 among healthcare workers: A narrative review. *Journal of infection and public health*, 13(6), 843-848.
- [13] Alvarado, R., Ramírez, J., Cortés, M., Aguirre, J., Bedregal, P., Allel, K., ... & Alarcán, S. (2021). El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de la salud en Chile: datos iniciales de The Health Care Workers Study. *Revista médica de Chile*, 149(8), 1205-1214.
- [14] Susser, E., Alvarado, R., & Mascayano, F. (2021). The COVID-19 Health Care Workers Study (HEROES). Pan American Health Organization Sitio web: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55972>
- [15] Li, L., Xv, Q., & Yan, J. (2020). COVID-19: the need for continuous medical education and training. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(4), e23. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30125](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30125)

ANEXO

1.1) Tabla 1. Características generales de los participantes entrevistados

<u>Características</u>	<u>N</u>
<u>Género</u>	
- Femenino	15
- Masculino	9
<u>Profesión</u>	
- Kinesiología	15
- Enfermería	9
<u>Años de experiencia en UPC</u>	
- Menos de 3 años	5
- Entre 3 y 10 años	14
- Mayor a 10 años	3
Total entrevistados	24

1.2) Tabla 2. Resumen de las medidas adoptadas por cada centro para aumentar la capacidad hospitalaria

	Aumento de personal	Aumento de camas	Reestructuración en jornada laboral	Capacitación del recurso humano	Equipamiento
Centro_1	Aumento del personal con empresas externas Cambio de personal de otras unidades a UCI (EU_1)	Aumento de camas UCI de 12 a 64 (EU_5)	24 hrs x 3 libres (Kine_11/ EU_1/ EU_5)	Capacitación por plataforma para uso de ventilador mecánico (EU_1) Las capacitaciones eran bien ordinarias, venia un sujeto y explicaba a los que estaban, el resto se grababa en videos (Kine_11)	Aumento de ventiladores, pasamos de tener 3 tipos de VM a tener 10 diferentes (Kine_11) Aumento de ventiladores (EU_1)
Centro_2	Aumento de personal de empresas externas (EU_3/ Kine_5)	Aumento de camas progresivo según requerimiento (Kine_5/ Kine_9) Se abrieron 20 camas más UTI y un piso entero Reconversión de unidades a UCI (EU_3 /EU_2)	24 hrs x 3 libres (EU_3/ Kine_5/ Kine_9)	No hubo capacitaciones formales (EU_3/ EU_2 / Kine_9)	Aumento de ventiladores del ministerio, NAF y equipos respiratorios (EU_3/ EU_2/ Kine_9)
Centro_3	Profesionales de otras unidades trabajando en UCI Contratación de más personal (Kine_1/ Kine_4/ Kine_7)	Aumento en camas UCI (Kine_8) en más del doble de la inicial (Kine_1)	24 hrs x 3 libres (Kine_1/ Kine_4/ Kine_7/ Kine_8/ EU_4)	Capacitación sobre nuevos ventiladores (Kine_8), uso de EPP y COVID (Kine_1/ Kine_4/ Kine_7)	Aumento de ventiladores (Kine_1/ Kine_7/ Kine_8/ EU_4)
Centro_4	Contratos de honorarios para nuevo personal (Kine_2)	Aumento de cama hasta 133 (EU_7)	24 hrs x 3 libres (Kine_2 / EU_7 / EU_9)	Capacitación sobre uso de ventiladores (EU_7 / EU_9)	Aumento de ventiladores de gobierno y de una

	Aumento de personal	Aumento de camas	Reestructuración en jornada laboral	Capacitación del recurso humano	Equipamiento
	Aumento de kinesiólogos para quedar con 6 camas Se duplicó el personal (Kine_6) Se contrato nuevo personal pero sin experiencia (EU_7) Se transfirió a personal de distintas unidades a las uci (EU_9)	Se transformaron nuevas alas del hospital en UCI (EU_9)		Capacitación sobre uso de EPP y flujo de pacientes COVID (Kine_6)	empresa (Kines_2/ Kine_6/ EU_7/ EU_9)
Centro_5	Aumento de personal UCI con personal de otras unidades En la segunda ola se aumentó el personal al triple (Kine_3)	Aumento de cama y reconversión de unidades (EU_8/ Kine_3)	No (EU_8/ Kine_3)	No hubo capacitaciones formales (Kine_3)	Aumento de ventiladores (Kine_3)
Centro_6	Aumento de capacidad de kinesiólogos para quedar con 6 camas (Kine_10/ Kine_13) Pasaron de ser 5 kinesiólogos a ser 12 para UCI (Kine_10)	Aumento de camas de 8 a 20 (Kine_13) Transformación de unidades (EU_6/ Kine_10) Finalmente quedaron 40 camas UCI (Kine_13)	24 hrs x 3 libres (Kine_10/ Kine_13)	Capacitación para nuevos equipos (Kine_10) Capacitación con respecto a la pandemia (Kine_13)	Aumento de ventiladores invasivos, no invasivos y NAF (Kine_10/ Kine_13)
Centro_7	Aumento del personal (Kine_12)	Aumento de camas y reconversión de unidades (Kine_12)	24 hrs x 3 libres (Kine_12)	Capacitación sobre uso de EPP y uso de nuevos ventiladores (Kine_12)	Aumento de ventiladores (Kine_12)

EU: Enfermera(o) Universitaria; Kine: Kinesiólogo; UCI: Unidad de Ciudadanos Intensivos; VM: Ventilador Mecánico; UTI: Unidad de Tratamientos Intermedios; NAF: Naricera de alto flujo; EPP:Elementos de protección personal.

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Preguntas tipo para entrevista a kinesiólogos y enfermeros

Estamos realizando esta encuesta para explorar los desafíos de tipo organizacional que enfrentaron ustedes trabajando en la UCI durante la pandemia de COVID-19

Para empezar, creo que es importante que nos presentemos. Voy a empezar yo y luego sigues tú. Vamos a decir nombre y la unidad en la que trabaja.

Funciones y relación con el equipo

¿Cuáles son sus funciones dentro del equipo de salud?

¿Cómo consideras que son tus relaciones con el equipo de salud?

¿Te sientes parte del equipo de salud en términos de que se considere tu opinión para tomar decisiones respecto al paciente?

Preparación administrativa:

- Ahora me interesa que hablemos de los preparativos administrativos durante la pandemia. ¿Que hizo su unidad para prepararse para la pandemia?

Guías:

¿Qué hicieron para aumentar la capacidad hospitalaria? y ¿En qué momento les dieron aviso?

¿Hubo algún cambio en la estructura de los turnos para evitar que todos se contagiaran juntos?

¿Se compraron nuevos equipos? ¿los capacitaron para usarlos?

¿Bajo qué condiciones podían acceder a un test? ¿Como se les comunicó el procedimiento de testeo?

Desafíos físicos, emocionales e intelectuales.

La enfermedad por coronavirus fue identificada en diciembre del 2019, lo que significa que el conocimiento respecto a cómo diagnosticarla y tratarla aún estaba en desarrollo.

- Antes de que llegará el primer paciente ¿Qué sabían respecto a la sintomatología?
¿Qué líneas de tratamiento pensaban que podían ser las más efectivas?
¿Cómo cambió esa percepción a medida que recibían más pacientes?

Guías

- ¿Cambiaron los criterios de intubación o de uso de ventilación mecánica no invasiva?

23

- La literatura internacional sugiere que de los pacientes que se intuban, aproximadamente 50% no sobrevive ¿Como fue su experiencia? ¿Coincide con lo que se ha visto en otros países? ¿Por qué piensan que podría ser diferente?
- ¿Cómo se enfrentó el equipo al aumento de la carga asistencial por un largo periodo, considerando que fue más largo que una campaña de invierno habitual?
- ¿Qué tipo de rutinas establecieron que les ayudará a lidiar con el estrés y el cansancio?
- Se podría pensar que esta pandemia fue una situación extraordinaria emocionalmente para los que trabajaban en la UCI ¿Como fue su experiencia desde el punto de vista emocional? ¿Cómo esto afectó sus relaciones con personas cercanas?
- Ahora que las cosas están más tranquilas y hemos aprendido de lo que ha pasado ¿Hay algo respecto al manejo de los pacientes que hubiesen hecho diferente? y respecto a estrategias de auto-cuidado ¿hubiesen hecho algo diferente?
- Para terminar, me gustaría pedirles que piensen en una recomendación para el Ministerio de Salud respecto a su manejo de la pandemia. Entonces, si tuvieran al ministro frente a ustedes y pudieran darle una sola recomendación ¿Qué le dirían? Piensen en algo que sea realista y que podría haber mejorado como se vivió la pandemia.

Muchas gracias por su tiempo, esto ha sido muy valioso para nosotros. Ustedes tienen nuestros datos de contacto, si en algún momento sienten que hay algo más que quisieran decir.

Preguntas tipo para Grupo Focal a kinesiólogos y enfermeros.

Estamos realizando este Grupo Focal para presentarles los resultados obtenidos de una encuesta presentada a 24 profesionales de la salud kinesiólogos y enfermeros, con el fin de realizar la triangulación de datos.

[Presentación de datos por parte del autor principal]

- Su experiencia trabajando en UCI durante la pandemia, ¿se ve reflejada en los hallazgos de este estudio?
- ¿Hay algo que creen que no estamos capturando?
- ¿Hay algún aspecto de esa experiencia que hemos interpretado de manera incorrecta?

Tabla S1. Características de profesionales encuestados

Código anonimizacion	Institución	Código anonimizacion institución	Profesión	Experiencia en UCI	Fecha de entrevista
ENF_1	Hospital	Centro_1	Enfermería	Más de diez años	jun-21
ENF_2	Clínica	Centro_2	Enfermería	Entre tres y diez años	jun-21
ENF_3	Clínica	Centro_2	Enfermería	Entre tres y diez años	jun-21
ENF_4	Clínica	Centro_3	Enfermería	Más de diez años	jun-21
ENF_5	Hospital	Centro_1	Enfermería	Entre tres y diez años	ago-21
ENF_6	Hospital	Centro_6	Enfermería	Menos de tres años	sept-21
ENF_8	Clínica	Centro_5	Enfermería	Entre tres y diez años	nov-21
ENF_9	Hospital	Centro_4	Enfermería	Entre tres y diez años	feb-22
KINE_1	Clínica	Centro_3	Kinesiología	Menos de tres años	jun-21
KINE_2	Clínica	Centro_5	Kinesiología	Entre tres y diez años	jul-21
KINE_3	Hospital	Centro_4	Kinesiología	Menos de tres años	jul-21
KINE_4	Clínica	Centro_3	Kinesiología	Entre tres y diez años	jul-21
KINE_5	Clínica	Centro_2	Kinesiología	Entre tres y diez años	jul-21
KINE_6	Hospital	Centro_4	Kinesiología	Entre tres y diez años	ago-21
KINE_7	Clínica	Centro_3	Kinesiología	Entre tres y diez años	ago-21
KINE_8	Clínica	Centro_3	Kinesiología	Entre tres y diez años	ago-21
KINE_9	Clínica	Centro_2	Kinesiología	Menos de tres años	sept-21

KINE_10	Hospital	Centro_6	Kinesiología	Entre tres y diez años	sept-21
KINE_11	Hospital	Centro_1	Kinesiología	Entre tres y diez años	sept-21
KINE_12	Hospital	Centro_7	Kinesiología	Menos de tres años	sept-21
KINE_13	Hospital	Centro_6	Kinesiología	Entre tres y diez años	feb-22
KINE_14	Clínica	Centro_5	Kinesiología	Entre tres y diez años	mar-22
KINE_15	Hospital	Centro_1	Kinesiología	Más de diez años	mar-22

Tabla S2. Características de los profesionales del Grupo Focal

Código_anonimizacion	Institución	Código_anonimizacion institución	Profesión
GG_Kine_1	Hospital	Centro_6	Kinesiología
GF_Kine_2	Clínica	Centro_3	Kinesiología
GF_EU_1	Hospital	Centro_4	Enfermería
GF_EU_2	Hospital	Centro_6	Enfermería
GF_EU_3	Hospital	Centro_1	Enfermería