



## EDITORIAL

# GESTIÓN DE LOS EQUIPOS DE ENFERMERÍA DE UCI DURANTE LA PANDEMIA COVID-19



## MANAGEMENT OF ICU NURSING TEAMS DURING THE COVID-19 PANDEMIC

La crisis sanitaria causada por la pandemia ha puesto de relieve, con toda su crueldad, la relevancia de las enfermeras de críticos. Cada día en los medios de comunicación hemos conocido la demanda de distintos hospitales para incorporar nuevas profesionales. También hicimos desde la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC), una llamada a la movilización de profesionales de comunidades menos afectadas que pudieran dar soporte a las más saturadas<sup>1</sup>, aun sabiendo que las opciones eran pocas, porque los recortes en la sanidad pública de los últimos años han menguado los equipos de enfermería de críticos y formar enfermeras expertas en cuidados críticos requiere de meses de formación de posgrado. Todo ello debido al no reconocimiento de una especialidad propia, por la derogación del decreto RD 992/1987<sup>2</sup> que fue sustituido por el RD 450/2005<sup>3</sup> que incluyó la enfermería de cuidados especiales en la macroespecialidad de enfermería médico-quirúrgica, aún pendiente de desarrollo por parte de la comisión nacional.

Según los Estándares y Recomendaciones de las Unidades de Cuidados Intensivos<sup>4</sup>, un documento sin carácter normativo desarrollado en 2010 por el Ministerio de Sanidad y Política Social, “*la enfermera de medicina intensiva ha sido formada, además de como enfermera, en Cuidados Intensivos y es competente para aplicar el proceso de atención de enfermería al paciente crítico*”. A falta de requisitos legales para definir como se adquiere esta competencia en cuidados al paciente crítico, la realidad en las UCI es diversa y plural. Desde la SEEIUC, hicimos en 2018 un sondeo para conocer experiencias de distintas comunidades autónomas y los resultados fueron muy dispares. Hay algunas que obligan a un curso formativo, impartido por profesionales del propio hospital sobre las patologías más prevalentes de UCI mientras que otras ofrecen formación online de los proyectos Zero. Algunas forman los nuevos profesionales mediante simulación, para el entrenamiento de técnicas específicas de UCI. Otras tienen como requisito haber cursado un más-

ter. Más de una obliga a prácticas antes de incorporarse en la unidad (con una horquilla que va de 1 día a 3 meses), que mayormente no son remuneradas e incluso en algunos centros el aspirante a enfermera de UCI debe pagarse seguro de responsabilidad.

Estos días, un alud de periodistas han llamado a la SEEIUC para conocer qué hacemos las enfermeras de UCI, triste pero real; otra pregunta frecuente era la de los ratios enfermera:paciente y cuantas enfermeras de UCI podía haber en España. La segunda fue fácil de contestar, a falta de requisitos legales para ser enfermera de UCI, imposible conocer ese número, porque se pueden recuperar enfermeras de distintos ámbitos asistenciales en función de la demanda. En cuanto a los ratios, según el documento citado previamente<sup>4</sup>, publicado en 2010, pero del que no hemos encontrado ninguna actualización, para un centro de nivel asistencial III debería asignarse 1 paciente por enfermera; para un centro de nivel II 1.6 pacientes por enfermera y para un centro de nivel I 3 pacientes por enfermera. Sin embargo, SEEIUC promocionó en 2018 un estudio en 158 UCI de España<sup>5</sup>, en el que entre otros análisis, preguntó por los ratios enfermera:paciente. Solo 1 unidad (0,6%) tenían ratio 1:1, el 46,8% ratio 1:2, el 22,2% 1:3, el 2,5% ratios entre 1:4 y 1:6, y el 27,9% ratio variables en función del turno.

A raíz de la pandemia, una de las recomendaciones que hacen las enfermeras italianas<sup>6</sup>, es que se debe redefinir el modelo con un ratio enfermera:paciente de 1:1 y ante procedimientos de riesgo y que requieren elevada concentración, incluso de 2:1. Diferentes enfermeras gestoras de UCI españolas consultadas, coinciden en que los ratios habituales no han empeorado durante la crisis sanitaria, incluso en alguna UCI han mejorado como comenta Begoña Linares, supervisora UCI polivalente Hospital Universitario Central de Asturias. En la UCI cardiológica del hospital 12 de Octubre, Elena de la Vera aporta que se ha superado el ratio en cuanto a las TCAE (7:21). También se ha contado con refuerzos de enfermera. Según Ana Saiz, en el hospital de Getafe incluso

ha disminuido el ratio durante el fin de semana y las noches. Hay 10 enfermeras para 20 pacientes.

Para mantener los ratios, y con la dificultad añadida de tener profesionales en aislamiento, en algunas unidades comenta Gemma Martínez, directora enfermera del Hospital Clínic de Barcelona, se ha visto la necesidad de denegar fiestas adicionales (vacaciones, días de permiso...), se han incrementado las horas de los contratos reducidos de 21 y 28 horas a tiempo completo, se han recuperado enfermeras que estaban en otros servicios pero que tenían experiencia en críticos, así como enfermeras prejubiladas con gran experiencia y se han movilizado profesionales entre turnos. Elena aporta que se contrató el personal de contingencia invernal evitando así tener que modificar turnos y libranzas del personal, aunque muchas enfermeras y TCAE de la unidad, ofrecieron sus días libres desde los primeros momentos de la crisis. Elisabet Gallart, del Hospital Vall Hebron de Barcelona, añade que no siempre se han podido respetar las libranzas en su unidad, aunque se han mantenido los turnos habituales de 12 h a días alternos.

Las enfermeras de China<sup>7</sup> cambiaron los turnos de trabajo para adaptarse a la crisis. Probaron tres opciones: turno partido de 4 h por la mañana y 4 h por la tarde, con 8 h de descanso entre ambos, turno de 6 h y turno también de 6 h pero añadiendo un solapamiento de 1 h con el siguiente turno. Ese último fue el elegido por el 74% de las enfermeras consultadas.

También se ha reorganizado el trabajo de las enfermeras para disminuir el gasto de Equipos de Protección Individual (EPI) y evitar el riesgo de contagio, se han revisado muchos procedimientos para ver el grado de exposición y en función del riesgo adaptar el EPI necesario, cuenta Gemma. Según Begoña, se agrupan al máximo las actividades y se realiza control de los EPI por parte de la supervisora. Ana comenta que la supervisión, deja preparados los EPI en cajas para cada turno (uno por cada trabajador de ese turno).

“Todo lo que puede hacer la enfermera sin ayuda lo realiza, sea de quién sea la competencia. Esto nos ha enseñado a trabajar sin categorías y con un concepto de equipo que supera cualquiera de nuestras anteriores realidades. La cordura se ha impuesto a todo lo demás, y nuestro objetivo es común, atender al paciente crítico con el mayor ajuste en el gasto de equipos de protección, lo que favorece no sólo al individuo, sino al equipo entero”, comenta Elena. En UCI que disponen de fisioterapeutas en su plantilla, como el Hospital de Getafe, se propone que ayuden a la enfermera, en los cambios posturales de los enfermos (pronación y supinación). A raíz del estudio MOviPre<sup>8</sup>, en proceso de publicación, identificamos que disponían de un solo fisioterapeuta por unidad el 75% de las UCI con menos de 8 camas, el 59.3% de las que tenían entre 8-14 camas, el 43.8% las de 15-24 camas y el 50% las de más de 24 camas. Es decir, la fisioterapia es otra gran olvidada de los cuidados críticos.

Todas las enfermeras gestoras coinciden en que se han reclutado para UCI enfermeras de quirófano y de anestesia, a medida que se cancelaba la actividad quirúrgica no urgente en el hospital. En el hospital Vall Hebron, Elisabet comenta que han podido contar con enfermeras de la UCI pediátrica o neonatal. Elena añade que durante los primeros días, fue el personal habitual de la UCI el que tuvo que hacerse cargo del “paciente COVID”, mientras que las enfermeras con menor experiencia trabajaban más activamente desde “zona lim-

pia”. Ana comenta que se han quitado libres al personal de plantilla de UCI, para completar las presencias y poder tutelar a las “nuevas enfermeras”.

Además, para gestionar la falta de experiencia de estas enfermeras en la atención al paciente crítico, se las formó con profesionales de la propia unidad, mientras realizaban también su trabajo diario, lo cual representaba una gran carga asistencial para ellas, comenta Elena. Para aliviar esa presión sobre las enfermeras habituales de la UCI, se creó modo exprés un programa formativo al que llamaron “Formación Críticos Covid 19”, con talleres presenciales basados en simulación, además de formación online con acceso a diferentes carpetas con descripciones escritas y vídeos. Ana comenta que la guía de medicamentos más utilizados en la Unidad, estaba impresa y encuadernada para que la puedan consultar y resolver sus dudas en cuanto a solución, concentración, conservación y vías de administración de los mismos.

Coindicen todas en que, el esfuerzo que realizan las enfermeras de UCI es superlativo, ya que en la mayoría de los casos les toca enfrentarse a cualquier tipo de trabajo en primera línea mientras que sus compañeras (con la dificultad que esto supone para ellas) se consiguen “poner al día”.

Desde la SEEIUC queremos mostrar nuestro agradecimiento a esas enfermeras gestoras, que no suelen salir en los medios de comunicación porque normalmente entrevistan al jefe de servicio, pero sin las cuales reorganizar un equipo con tan diferente *background*, con la complejidad añadida de falta de EPI y la sobrecarga emocional de los profesionales al cuidar pacientes exponiéndose a un alto riesgo de contagio, debe ser francamente difícil, todo un reto.

Venceremos al coronavirus, y acto seguido seguiremos peleando por el reconocimiento de la profesión enfermera y en concreto, por la especialidad de enfermería en cuidados críticos.

## Referencias

1. Llamamiento en situación de emergencia por COVID-19 desde la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) a los profesionales de cuidados intensivos. [actualizado 28 Mar 2020; consultado 4 abril 2020]. Disponible en: <http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-conjunto-SEMICYUC-SEEIUC.pdf>.
2. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE 6-5-2005, núm. 108.
3. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de enfermero especialista. BOE 1-8-1987, núm. 183.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Intensivos. Estándares y Recomendaciones. Informes, estudios e investigación.; 2010. Consultado 4 abril 2020]. Disponible en: <http://seeiuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Comunicado-conjunto-SEMICYUC-SEEIUC.pdf>.
5. Arias-Rivera S, López-López C, Frade-Mera MJ, Via-Clavero G, Rodríguez-Mondéjar JJ, Sánchez-Sánchez MM, et al. Equipo ASCyD. Valoración de la analgesia, sedación, contenciones y delirio en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos españolas. Proyecto ASCyD. *Enferm Intensiva*. 2020;31:3-18.
6. EFCcNa Newsletter. Issue March 2020. Consultado 6 abril. Accesible en: <https://www.efccna.org/news/efccna-newsletters>.

7. Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care.* 2020;24:120.
8. Estudio MoviPre: línea investigación en movilización precoz. Consultada 7 abril. Accesible en: <https://seeiuc.org/estudio-movipre/>.

Marta Raurell-Torredà  
*Presidenta Sociedad Española de Enfermería Intensiva y  
Unidades Coronarias (SEEIUC)*  
Correo electrónico: [mraurell@ub.edu](mailto:mraurell@ub.edu)