

Vivencia de la enfermera oncológica frente al COVID en el Hospital Clínic de Barcelona

Laura Doutres Cáceres

Tutora: Dra. Paz Fernández Ortega

Fecha: 21 mayo 2021

Curso académico: 2020 - 2021



ÍNDICE

Resumen	Pág. 2
Abstract	Pág. 3
1. Introducció	Pág. 4
2. Objectivos	Pág. 9
2.1. Objectivo general	Pág. 9
2.2. Objectivos específics	Pág. 9
3. Metodologia qualitativa:	Pág. 9
3.1. Posició paradigmàtica	Pág. 9
3.2. Disseny de estudi	Pág. 10
3.2.1. Posicionament del investigador	Pág. 11
3.3. Àmbit del estudi	Pág. 11
3.4. Participants del estudi	Pág. 11
3.4.1. Característiques dels participants	Pág. 11
3.4.2. Tècnica de mostreig	Pág. 11
3.4.3. Reclutament	Pág. 12
3.5. Tècniques de obtenció de informació i recollida de dades	Pág. 13
3.6. Anàlisi de dades: tipus d'anàlisi i programa informàtic	Pág. 14
4. Aspectes ètics	Pág. 15
5. Criteris de qualitat i rigor	Pág. 15
6. Dificultats i limitacions	Pág. 15
7. Aplicabilitat i utilitat pràctica	Pág. 16
8. Pressupost	Pág. 17
9. Cronograma	Pág. 18
10. Bibliografia	Pág. 19
11. Annexos	Pág. 24

RESUMEN

Introducción: El impacto psicológico por el COVID en las enfermeras es incuestionable. El 79,5 % sufre ansiedad, el 53 % de los profesionales presentan sintomatología compatible con estrés postraumático, y el 40 % se sienten emocionalmente agotados.

Objetivo: Comprender la experiencia vivida por las enfermeras en la atención al paciente oncológico con COVID durante el periodo de pandemia

Ámbito de estudio: Se desarrollará en el Hospital Clínic de Barcelona.

Metodología: Proyecto de metodología cualitativa y paradigma constructivista.

Diseño: fenomenológico hermenéutico de Heidegger. Participantes: enfermeras que han ofrecido y ofrecen cuidados al paciente oncológico con COVID durante el periodo de pandemia. Muestreo intencional teórico. Recogida de información: entrevistas semiestructuradas. Análisis de la información: análisis del discurso, llegando a tejer una explicación más amplia de la importancia teórica o práctica. Se utilizará el programa informático NVivo12Pro. Se seguirán las consideraciones éticas de la investigación clínica y los criterios de rigor pertinentes.

Implicaciones para la práctica: Este estudio ayudará a conocer mejor el impacto emocional y proponer sistemas de apoyo usados para disminuir la sobrecarga emocional secundaria a la pandemia por COVID.

Palabras clave (Criterios de DECS): COVID-19; Cuidado enfermero; Enfermera oncológica; Pandemia, Fenomenología, Malestar emocional, Sistema de apoyo psicosocial.

ABSTRACT

Introduction: There is no question about the psychological impact of COVID on nurses, 79.5% suffered from anxiety, 53% presented post-traumatic stress, and 40% feeling emotionally exhausted.

Objective: To understand how nurses experienced the caring process for cancer patients with COVID during the pandemic period.

Scope of study: It will be conducted at the Hospital Clínic de Barcelona.

Methodology: Qualitative methodology and the constructivist paradigm. Design: Heidegger's phenomenological hermeneutical. Participants: nurses on care of cancer patients with COVID during the pandemic period. Theoretical intentional sampling. Data recruitment: semi-structured interviews. Data analysis: discourse analysis, coming to create a broader explanation of the theoretical or practical importance. NVivo12Pro software will be used. The ethical considerations of clinical research and the pertinent criteria of rigor will be followed.

Implications for practice: This study will help to minimize the emotional impact and understand the support systems used to reduce emotional overload secondary to the COVID pandemic.

Keywords (MeSH Criteria): COVID-19; Nursing care; Oncology nurse; Pandemic; Phenomenology; Emotional distress; Psychosocial support systems.

1. INTRODUCCIÓN

A primeros de diciembre de 2019 se produjo en China un brote infeccioso ocasionado por un nuevo tipo de coronavirus (SARS-CoV-2), el cual se propagó rápidamente a otros países provocando consecuencias sanitarias y sociales (1). Fue declarado una emergencia de salud pública de importancia internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 30 de enero de 2020 y a nivel de pandemia mundial el 11 de marzo de 2020 (2).

En España, la primera semana de marzo apenas había varios cientos de pacientes infectados y escasos pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), dato que fue incrementándose (3). El 2 de abril de ese año, 123.000 pacientes requirieron ingreso hospitalario, 11.000 de ellos en servicios críticos y más de 40.000 profesionales sanitarios se contagiaron de COVID-19 durante este periodo de los cuales más de 50 fallecieron (4).

A lo largo de la pandemia, de duración de más de un año hasta la actualidad, se están adaptando los procesos asistenciales del paciente con COVID-19 a las nuevas necesidades, sin perjudicar la seguridad de los pacientes y profesionales de la salud que no están infectados (5). En esta necesidad de adaptación a la crisis sanitaria destacan dos dimensiones fundamentales: por un lado, la asistencia médica en Occidente nunca ha afrontado en la época contemporánea una emergencia sanitaria de estas características, por otro lado, la velocidad a la que nos adaptarnos a un cambio constante, el volumen de pacientes infectados, el conocimiento y el manejo clínico (6).

Desde el punto de vista oncológico, se está observando dificultades en el acceso a la atención de estos pacientes debido a las interrupciones y los retrasos en el tratamiento que afectan a la evolución y pronóstico del paciente oncológico, así como deteniendo las visitas clínicas no esenciales y priorizando las que realmente lo son, fomentando las llamadas telefónicas (7).

El porcentaje de pacientes oncológicos ingresados con infección por coronavirus respecto al total de pacientes ingresados por este motivo es del 16% del total. Es una cifra de importante valor y relevancia (8). Pudiera ser que

realmente estén sufriendo menos infecciones por un más estricto y temprano confinamiento social que la población general. Pudiera ser que la inmunosupresión inherente al cáncer y secundaria a la mayoría de sus terapias se comporte como factor protector (9). Hay que tener en cuenta, que el paciente oncológico aparece en la mayor parte de la literatura como una población concreta y donde no es lo mismo haber padecido un tumor sólido en algún momento de la vida, el haberlo padecido en los últimos cinco años, el estar en tratamiento activo con quimioterapia o radioterapia (10).

El tumor más frecuente en los ingresados por COVID es el cáncer de pulmón, seguido del cáncer de colon, el cáncer de mama y el cáncer de próstata. Entre el 55-60% eran hombres de una media de edad de 70 años. (11). La presencia de comorbilidades en estos pacientes aparecía aproximadamente en el 40%, siendo los factores de riesgo cardiovascular los más habituales. La sintomatología ha sido la habitual, destacando la disnea como el principal síntoma que define a los enfermos graves. Los pacientes oncológicos presentan más anemia e hipoproteinemia y se encuentra relación con más gravedad en aquellos pacientes que presentan más elevación de la enzima lactato deshidrogenasa (LDH) y de interleuquina-6 (Il-6). La media de días desde el inicio de síntomas al ingreso hospitalario fue seis días (12).

En cuanto a la gravedad de la infección en los pacientes oncológicos, se observa que alrededor del 20% de los pacientes requirió ingreso en UCI. La complicación más habitual fue el distrés respiratorio, que aparece en un 30% de los pacientes aproximadamente (13). El riesgo de intubación es mayor globalmente en población oncológica que en población general, pero, al estratificar por edad, sólo está incrementado en el grupo de edad entre 66 y 80 años (14). Cerca del 30% de los pacientes oncológicos ingresados por coronavirus fallecieron durante el ingreso, tras una media de 16 días de ingreso (15).

Durante una pandemia, el mundo se enfrentó a un cierre de las actividades diarias, fomentando el distanciamiento social para reducir las interacciones entre las personas (16), mientras los profesionales de la salud van en dirección

contraria. Debido al aumento exponencial de la demanda de atención médica, se enfrentan a turnos de trabajo prolongados, a menudo con pocos recursos e infraestructura precaria (17), con la necesidad de usar Equipos de Protección Individual (EPI). Además, muchos profesionales pueden no estar preparados para llevar a cabo la intervención clínica de pacientes infectados por un nuevo virus, del que se sabe poco y para el que no existen protocolos clínicos o tratamientos bien establecidos (18).

Hay pocas dudas de que la pandemia y las medidas tomadas para combatirla han tenido sobre las personas un claro impacto psicológico: ansiedad, depresión insomnio, negación, angustia y miedo. Los efectos psicológicos se atribuyen a efectos directos e indirectos de la propia enfermedad y del confinamiento. Un estudio preliminar con profesionales de la salud en la Comunidad de Madrid informa que el 79,5 % sufre ansiedad, y de estos, un 21,2 % trastorno de ansiedad severo. El 53 % de los profesionales presentan sintomatología compatible con estrés postraumático, y el 40 % se sienten emocionalmente agotados (19).

Según una investigación llevada a cabo en Corea, durante el brote de síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003, del 18% al 57% de los profesionales de la salud experimentaron problemas emocionales graves y síntomas psiquiátricos durante y después del evento (Lee, 2018). En 2015, durante el brote de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), también causado por coronavirus, se observó disforia, estrés por falta de comunicación y absentismo en los profesionales sanitarios, y retrasos en los tratamientos de los pacientes, entre otros. También se demostró que los profesionales de primera línea tenían un mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático, que persistió incluso después de un período de ausencia del trabajo (20).

Debido a que lidian con estos eventos traumáticos y situaciones urgentes, no tienen suficiente tiempo para recuperarse, lo que las somete a un estrés persistente. Como resultado, experimentan un desgaste mucho mayor y aparece el agotamiento como consecuencia a largo plazo de la exposición

prolongada a determinadas exigencias laborales. Es un síndrome de agotamiento físico, mental y emocional que incluye una actitud de trabajo negativo y un interés reducido por los pacientes. El síndrome de Burnout también fue informado por profesionales de la salud que asistieron durante la epidemia de MERS (21). Suele establecerse de manera longitudinal y se relaciona con factores organizacionales (como clima institucional, acoso moral, carga laboral excesiva, bajos salarios, entre otros), la gravedad de la pandemia puede desencadenar agotamiento emocional. Los principales síntomas son pérdida de apetito, fatiga, deterioro físico, trastornos del sueño y de la atención, irritabilidad, entumecimiento, miedo y desesperación, mostrando niveles más altos de ansiedad en mujeres y enfermeras en comparación con hombres y médicos, respectivamente. Esto puede explicarse por el hecho de que las enfermeras tienen turnos de trabajo más prolongados y un contacto más cercano con los pacientes, lo que puede provocar fatiga y tensión fácilmente (22).

Los sanitarios que asisten a pacientes con COVID-19 positivo o con sospecha, se vuelven más vulnerables a la infección (23). Ante este escenario, es fundamental que las autoridades de salud identifiquen a los grupos con alto riesgo de desarrollar problemas emocionales (24). En algunos casos, los sanitarios ponemos en marcha mecanismos de protección como deshumanizar el dolor y el sufrimiento, lo que puede conducir a la despersonalización propia y la deshumanización de los pacientes, es decir desconectar de las emociones. Y es que la transmisión de la enfermedad causa miedo, ansiedad, impidiendo nuestro funcionamiento psicológico normal porque la vivencia no se ha procesado (25). Además, existe el miedo a contagiarse, así como la posibilidad de contagiar el virus a sus familiares, amigos o compañeros. Esto puede llevarlos a aislarse de su familia nuclear o extendida, cambiar su rutina y acotar su red de apoyo social (26).

Estos factores emocionales pueden resultar en diferentes niveles de presión psicológica, que pueden desencadenar sentimientos de soledad e impotencia, o una serie de estados emocionales como estrés, irritabilidad, fatiga física y mental y desesperación. La sobrecarga laboral y los síntomas relacionados con

el estrés hacen que los profesionales de la salud sean especialmente vulnerables al sufrimiento psicológico (27).

Una tendencia durante el COVID-19 es dar a los profesionales de la salud un estatus de superhéroes, y si por un lado agrega valor, por otro lado, tiene una presión adicional, porque los superhéroes no fallan, no se rinden ni se enferman. Esto puede ser reforzado por los medios de comunicación debido al carácter sensacionalista de un evento con proporciones mundiales, demarcando la necesidad de apoyo emocional, estímulo y aprecio (28).

El sufrimiento moral, caracterizado por impotencia, culpa, frustración, ansiedad, incertidumbre, temor basándose en la propia elección moral, también puede conducir a situaciones como el colapso del sistema de salud, impidiendo que los profesionales de la salud tomen decisiones adecuadas por presiones internas jerárquicas y se vean incapaces de afrontar el sufrimiento, bien por falta de recursos y apoyo de otros servicios o por falta de comunicación (29).

Actualmente, existen pocos estudios científicos que aborden datos epidemiológicos y modelos de intervención enfocados en la salud mental de los profesionales sanitarios involucrados en la asistencia a pacientes con COVID-19. La mayoría de estos estudios disponibles se han realizado en China, por lo que, estos datos no pueden generalizarse a otros lugares con diferentes características socioculturales.

Conociendo esta alta incidencia de estrés y ansiedad en enfermeras y médicos involucrados en el tratamiento de COVID-19 es fundamental saber que necesitan y de tal manera que se identifiquen factores psicosociales secundarios que potencialmente pueden generar estrés, por ejemplo, profesionales con enfermedades crónicas, convivencia con niños pequeños o familiares mayores.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo se ha sentido y ha afrontado la enfermera de hospitalización los factores estresantes en relación al cuidado del paciente oncológico con COVID-19?

¿Cuáles han sido los sistemas de apoyo para la enfermera en relación a los factores estresantes experimentados con el cuidado del paciente oncológico con COVID-19?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Comprender la experiencia emocional vivida de la enfermera en la atención al paciente oncológico con COVID durante el periodo de pandemia en el Hospital Clínic de Barcelona.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Describir el sentido otorgado por la enfermera al cuidado del paciente oncológico con COVID en la situación de pandemia.
- 2 Identificar el impacto psicoemocional de la pandemia en la enfermera.
- 3 Explorar los factores estresantes manifestados por la enfermera.
- 4 Conocer los sistemas de apoyo vividos por las enfermeras que han atendido a paciente oncológico con COVID.

3. METODOLOGÍA CUALITATIVA

3.1 POSICIÓN PARADIGMÁTICA

Este proyecto de investigación pretende comprender la experiencia vivida de la enfermera en la atención al paciente oncológico con COVID. Esta investigación se enmarca en la metodología cualitativa que se caracteriza por ser contextual, emergente e interpretativa (30).

Según la dimensión ontológica se plantea la existencia de múltiples realidades que son construidas localmente por las personas en base a lo social y la vivencia, y enmarcadas en un contexto y tiempo determinado.

Desde la dimensión epistemológica, la investigadora y la enfermera investigada estarán vinculadas durante el proceso, y el conocimiento será creado al avanzar la investigación.

En el plano metodológico, se entiende que las construcciones individuales se explicitarán mediante la interacción entre investigadora e investigada; y será a través de métodos hermenéuticos y de la dialéctica que la investigadora pueda interpretar el discurso de la informante para llegar a una construcción consensuada. Desde este paradigma, se considera que los valores de la investigadora son no sólo inevitables, sino necesarios durante la investigación. La ética también se encuentra intrínseca al paradigma (31).

Durante la investigación, cada enfermera ofrecerá el discurso de su experiencia personal en la atención al paciente oncológico con COVID, pudiendo aparecer diferentes realidades. A partir de la interacción de la investigadora con las enfermeras, por medio del diálogo, se irá definiendo el conocimiento y la realidad de los sistemas de apoyo en los que cada una de ellas se ha basado a lo largo de la investigación.

3.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El presente proyecto se desarrollará con un diseño de Fenomenología Interpretativa Hermenéutica de Heidegger. La fenomenología de Heidegger muestra como el ser humano trasciende hacia la comprensión de la existencia humana, a través de la interpretación de los fenómenos (32) entendidos como aquello que se muestra y sale a la luz (33).

Para Heidegger, el mundo es dado por nuestra cultura, determinada por el contexto socio-histórico y expresado a través del lenguaje, lo que hace posible el entendimiento de nosotros mismos y de los demás (34). Los fenómenos se manifiestan incluyendo presuposiciones previas de las personas dependientes de la realidad histórica en la que están inmersas.

A través de la hermenéutica, la investigadora establecerá una relación de diálogo con las informantes, en la que las enfermeras narrarán su experiencia vivida en la atención al paciente oncológico con COVID.

Este diseño fenomenológico es adecuado en investigaciones enfermeras, ya que busca desvelar el significado esencial de la vivencia humana, en este caso con el fin de comprender mejor a la persona (35).

3.2.1 Posicionamiento del investigador

Destacar que, como enfermera de oncología, la investigadora interacciona con las personas que son compañeras y son investigadas a la vez. No sólo está presente en el fenómeno, sino que reflexiona, experimenta y se siente inmersa en el fenómeno estudiado a nivel profesional (36). Asimismo, en un plano personal, la investigadora también tiene vivencias en el ámbito, puesto que ha trabajado con pacientes oncológicos afectados de COVID durante la pandemia.

3.3 ÁMBITO DEL ESTUDIO

Este estudio será desarrollado en el Hospital Clínic y Provincial de Barcelona. Este hospital pertenece a la red hospitalaria pública de Cataluña y atiende a una población de 540.000 habitantes. Es un hospital terciario y de alta complejidad.

El hospital se organiza en 10 institutos y dos centros diagnósticos. Concretamente se realizará en el Instituto Clínico de Enfermedades Hemato-Oncológicas (ICMHO, las siglas están en catalán) y estará comprendido por la unidad de oncología, hospital de día de oncología, unidad de ensayos clínicos de oncología y la unidad de atención domiciliaria de oncología.

3.4 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Enfermeras que han ofrecido y ofrecen cuidados al paciente oncológico con COVID durante el periodo de pandemia en el Hospital Clínic de Barcelona.

3.4.1 Características de los participantes

Criterios de inclusión: enfermeras hospitalarias de los turnos mañana, tarde y noche, fija o suplente.

Criterios de exclusión: Enfermeras que han trabajado en el hotel, recurso proporcionado por la institución para descongestionar camas de hospital destinadas a pacientes en estado agudo, enfermeras coordinadoras y gestoras.

Criterio de retirada: Según voluntad del participante

3.4.2 Técnica de muestreo

Se empleará un muestreo teórico intencional, caracterizado por su gran apertura y flexibilidad, para que así la muestra sea más representativa.

El tamaño de la muestra inicialmente estimada será de al menos 30 enfermeras. El muestreo de la investigación se plantea como un proceso emergente y circular por lo que la investigadora toma nuevas decisiones durante todo el proceso de la investigación para seleccionar aquellos participantes que mejor puedan responder a las preguntas de investigación y que posibiliten comprender el fenómeno con amplitud y profundidad (37).

Se seleccionarán: Dos enfermeras de más de 40 años y dos enfermeras de entre 20 y 25 años (edad). Dos enfermeras que lleven más de 2 años en el servicio, dos enfermeras que lleven menos de 2 años trabajando en el servicio y dos estudiantes de 4º Grado de enfermería contratadas como auxilio sanitario (experiencia). Habrán mínimo 4 hombres para representar la muestra (género). Dos enfermeras de la mañana, dos de la tarde, dos de la noche y dos de fines de semana (turnos de trabajo). Dos enfermeras serán de la unidad de hospitalización de oncología, dos de hematología, dos de la unidad de ensayos clínicos y dos de la hospitalización domiciliaria (unidades).

La recogida de datos finalizará al alcanzar la saturación de datos, es decir, cuando la información que aporten los participantes sea repetida y no aporte nuevos conceptos. La saturación implica realizar simultáneamente técnicas y análisis y no permite especificar el número de entrevistas necesarias hasta completar el proyecto (38).

A raíz de la bibliografía consultada y de la reflexión de partida de la investigadora se determinarán inicialmente una serie de dimensiones a

estudiar, que por tanto, aparecerán en el guión de la entrevista. Podrían contener aspectos como el miedo físico a enfermar, el miedo a la pérdida, sentimiento de responsabilidad, la falta de apoyo y la incertidumbre respecto al futuro a corto y medio plazo.

3.4.3 Reclutamiento - Procedimiento

Tras conseguir los permisos del CEIC y de la dirección de centro se realizarán reuniones en cada turno de trabajo de 5 a 10 minutos con el equipo de enfermeras de cada unidad para informar de los objetivos del estudio y se les invitará a participar mediante un documento detallado (ANEXO 1) que se les hará llegar en papel ese mismo día y mediante correo electrónico y de la misma manera podrán confirmar su participación. Se les pedirá un teléfono de contacto y un correo electrónico para que la investigadora pueda ponerse en contacto con cada enfermera. Se les recordará el día y la hora concertados según disponibilidad de las participantes.

3.5 TÉCNICAS OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN Y RECOGIDA DE DATOS

Se realizarán entrevistas semiestructuradas como técnicas de obtención de información y será de ayuda un diario de campo como herramienta de observación y de recogida de datos.

Las **entrevistas semiestructuradas** contienen preguntas generalmente abiertas previamente definidas en un guión de entrevista, pero tanto la secuencia, como su formulación pueden variar en función de cada enfermera que sea entrevistada. Es decir, puede que tenga la necesidad para profundizar en alguna idea que pueda ser relevante, realizando nuevas preguntas (39). Considerando que cada una de las enfermeras puede haber manifestado emociones diferentes y haber requerido un sistema de apoyo distinto es el motivo por el cual se ha elegido una técnica individual que facilita un clima privado y de confianza. La investigadora creará un ambiente relajado que propicie un clima de confianza y una interacción positiva (40).

Antes de empezar la entrevista, cada enfermera participante, después de ser informada y resueltas las dudas, deberá firmar el consentimiento informado.

(ANEXO 2). Se recogerán previamente los datos sociodemográficos de las participantes (ANEXO 3).

La entrevista tendrá una duración de aproximada 40 a 45 minutos y será grabada en audio. El guion semiestructurado relacionado con las dimensiones a tratar y por lo tanto, con el objetivo de investigación están detallados en el ANEXO 4.

Se utilizará a lo largo de toda la investigación el diario de campo como herramienta de registro de las observaciones, reflexiones, intuiciones e interpretaciones sobre el fenómeno estudiado y lo que está ocurriendo.

Una vez finalizada la entrevista, se transcribirá en texto y se le devolverá una copia a cada participante para que puedan corroborar lo escrito.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizará el análisis de la información a la vez que la recogida de datos. Se utilizará el análisis del discurso propuesto por Íñiguez y Antaki (41). Dicho análisis deberá ser sistemático y seguir un orden. A medida que se avanza en el análisis de los datos, los temas y los conceptos se tejen en una explicación más amplia de importancia teórica o práctica que guiará el reporte final (42).

Este proceso se resumirá según Rubín en capturar la información a través de la grabación de voz con ayuda de notas metodológicas, descriptivas personales y teóricas tomadas en el diario de campo y ordenar finalmente la información.

Posteriormente se procederá a codificar la información. Se asignarán códigos a fragmentos de textos, frases o palabras. Una palabra clave, que sea fácil de recordar, será su etiqueta categorial de tal manera que será más fácil de organizar y consultar cualquier trozo del texto. Fragmentará las transcripciones en categorías separadas por temas, conceptos, estados para ayudar a determinar las aportaciones del análisis. El último paso será la verificación, que relacionará, mediante un análisis más profundo y detallado, las categorías obtenidas entre sí con fundamentos teóricos de la investigación.

Se utilizará el programa informático NVivo12Pro de manera que se podrá acceder a cualquier parte del texto rápidamente. El agrupar y desplegar los fragmentos condensados sentará las bases para poder elaborar las conclusiones. Una vez finalizada se le devolverá una copia a cada participante

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación será presentado al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) para que apruebe su desarrollo antes de iniciarse (ANEXO 5). Posteriormente se solicitará permiso para llevarlo a cabo al centro hospitalario y se contactará con la Directora de Enfermería del Hospital Clínic y la directora de enfermería del ICMHO para pedir permiso (ANEXO 6) para realizar el estudio, y finalmente comunicar el estudio a cada coordinadora de servicio

El estudio se realizará de acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y las enmiendas posteriores. se garantizará la confidencialidad de los datos siguiendo los principios de la ley orgánica vigente 3/2018 y se les informará con la hoja informativa del estudio y verbalmente antes de realizar la entrevista. Una vez decida su voluntad de colaborar en el estudio, las participantes firmarán libremente la hoja de consentimiento informado con la copia correspondiente de cada documento. El material de estudio será almacenado de forma adecuada por el investigador, al menos 5 años.

5. CRITERIOS DE CALIDAD Y RIGOR

Se seguirán los criterios propuestos por Lincoln y Guba donde se asegurará la credibilidad a través de la triangulación de las fuentes de información, de investigadoras y de técnicas. Asimismo, se ha explicitado la posición de la investigadora, reconociendo que esta perspectiva puede influir en los resultados. Para asegurar la transferibilidad se ha descrito detalladamente el contexto de la investigación, así como el tipo de muestreo. En cuanto a la dependencia, se han descrito detalladamente las técnicas de análisis y la recogida de datos en diferentes informantes. Para la confirmabilidad, se utilizarán transcripciones textuales que recojan también la comunicación no verbal. A lo largo de la investigación se utilizará el diario de campo para detallar la toma de decisiones y reflejar la reflexividad (43). La relevancia está

relacionada con la búsqueda de un aumento del conocimiento y de dar voz a las enfermeras en su experiencia en el cuidado del paciente oncológico con COVID.

6. DIFICULTADES Y LIMITACIONES

El estudio presenta las limitaciones propias del tipo de diseño, motivo por el cual, los resultados no son generalizables a toda la población. Existe sesgo de muestreo. Tener en cuenta la previsión de abandonos y minimización de las pérdidas de seguimiento. Sesgo de complacencia de los participantes ya que son compañeros de trabajos y colegas y puede que contesten lo que yo quiero que digan.

El tiempo parece ser una variable importante en la experiencia de este fenómeno, por lo que la investigación debe continuar durante y después la pandemia.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA

Las enfermeras tenemos la capacidad y las aptitudes requeridas para liderar muchas estrategias de cuidados que permiten dar una respuesta eficiente a las necesidades de los pacientes y sus familias, pero la bibliografía refleja la obligatoriedad de minimizar el impacto emocional de la epidemia en la enfermera. Es por ello que sería de gran utilidad práctica invertir en formación y realizar sesiones a enfermeras para que puedan adoptar herramientas eficaces para conseguir un buen autocuidado emocional. También sería de utilidad este estudio en la creación de un tríptico informativo y la elaboración de protocolos claros de soporte emocional para dar a conocer los sistemas de apoyos usados para disminuir la sobrecarga emocional secundaria a la pandemia, donde el apoyo emocional recae sobre la enfermera. Considero imprescindible que las instituciones enfatizen la necesidad protección de la enfermera, pues no se puede olvidar que para cuidar hay que cuidarse.

8. PRESUPUESTO

Recursos Humanos		
Transcripción	Transcripción – ayuda de transcriptor	500€
	Bibliografía	500€
	Traductor	800€
Subtotal		1800€
Recursos Materiales		
No fungible / Inventariable		
	Grabadora	30€
	Licencia del programa informático NVIVO	500€
	Disco extraíble	100€
Fungible		
	Material oficina: Libretas, bolígrafos, fotocopias	200€
Trabajo de Campo		
	Agua y refrigerios	100€
	Desplazamiento participante	200€
	Imprevistos	150€
Subtotal		1280€
Difusión del estudio		
	Publicación	1200€
	Inscripción a 1 congreso, jornadas	400€
	Desplazamiento	300€
Subtotal		1900€
TOTAL		4980€

9. CRONOGRAMA

Actividades	2021						2022							
	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
Presentación del proyecto a la dirección del centro														
Aprobación CEIC														
Sesión informativa en las unidades e envío de emails.														
Selección de participantes enfermeras														
Recogida de información														
Análisis de los datos e interpretación														
Informe final														
Difusión de resultados														

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Zhu N, Hang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727-33.
2. World Health Organization. Novel coronavirus (2019-nCoV) situation reports. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. ISCIII. Informe nº 33. Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España a 29 de mayo de 2020.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Actualización nº123. Enfermedad por coronavirus (COVID-19). Situación en España. [Consultado 2 nov 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_123_COVID-19.pdf
5. De Oliveira Marins TV, Gomes Crispim C, Da Silva Evangelista D, Do Carmo Neves K, Azevedo Fassarella BP, Alves Ribeiro W, et al. Nurse on the front line to COVID-19: The experience of the lived reality. RSD [Internet]. 2020Jul.30 [cited 2021Feb.10];9(8):e710986471. Disponible en: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6471>
6. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720.
7. Saab R, Obeid A, Gachi F, Boudiaf H, Sargsyan L, Al-Saad K, et al. Impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on pediatric oncology care in the Middle East, North Africa, and West Asia region: A report from the Pediatric Oncology East and Mediterranean (POEM) group. Cancer. 2020 Sep 15;126(18):4235-4245.

8. Miyashita H, Mikami T, Chopra N, Yamada T, Chernyavsky S, Rizk D, et al. Do patients with cancer have a poorer prognosis of COVID-19? An experience in New York City. *Ann Oncol.* 2020 Aug;31(8):1088-1089.
9. Desai A, Sachdeva S, Parekh T, Desai R. COVID-19 and Cancer: Lessons From a Pooled Meta-Analysis. *JCO Glob Oncol.* 2020 Apr;6:557-559.
10. Zhang L, Zhu F, Xie L, Wang C, Wang J, Chen R, et al. Clinical characteristics of COVID-19-infected cancer patients: a retrospective case study in three hospitals within Wuhan, China. *Ann Oncol.* 2020 Jul;31(7):894-901.
11. Ma J, Yin J, Qian Y, Wu Y. Clinical characteristics and prognosis in cancer patients with COVID-19: A single center's retrospective study. *J Infect.* 2020 Aug;81(2):318-356.
12. Cortiula F, Pettke A, Bartoletti M, Puglisi F, Helleday T. Managing COVID-19 in the oncology clinic and avoiding the distraction effect. *Ann Oncol.* 2020 May;31(5):553-555.
13. Pietrantonio F, Garassino MC. Caring for Patients With Cancer During the COVID-19 Outbreak in Italy. *JAMA Oncol.* 2020 Jun 1;6(6):821-822.
14. Anil I, Arnold R, Benkwitz-Beford S, Branford S, Campton N, Cazier JB, et al. UK Coronavirus Cancer Monitoring Project team. The UK Coronavirus Cancer Monitoring Project: protecting patients with cancer in the era of COVID-19. *Lancet Oncol.* 2020 May;21(5):622-624.
15. Spicer J, Chamberlain C, Papa S. Provision of cancer care during the COVID-19 pandemic. *Nat Rev Clin Oncol.* 2020 Jun;17(6):329-331.
16. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med.* 2020 Mar 13;27(2):taaa020.

17. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020 Mar 20;38(3):192-195. Chinese.
18. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. Lancet Psychiatry. 2020 Mar;7(3):e14.
19. Luceño Moreno L, Martín García J. Sanicovid-19: Impacto Emocional Frente Al Trabajo por la Pandemia del Covid-19- En Personal Sanitario. Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad UCM. [Internet]. 2020 [consultado el 12 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.ucm.es/estudiolaboratorio-psicologia-trabajo>
20. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Compr Psychiatry. 2018 Nov;87:123-127.
21. Kim JS, Choi JS. Factors Influencing Emergency Nurses' Burnout During an Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus in Korea. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2016 Dec;10(4):295-299.
22. Gálvez Herrer M. Coronar la cumbre. Riesgos emocionales y cuidado del personal sanitario ante el COVID-19 [Internet]. Humanizando los cuidados intensivos. 2021 [citado 10 diciembre 2020]. Disponible en: <https://proyctohuci.com/es/coronar-la-cumbre-riesgos-emocionales-y-cuidado-del-personal-sanitario-ante-el-covid-19/>
23. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. Braz J Psychiatry. 2020;42(3):232-235.
24. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General

- Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729.
25. Cartwright J, Thompson A. Introducing psychological strategies for healthcare professionals during COVID-19: An overview of the FACE COVID intervention. *Dermatological Nursing* 2020.19(2):18-21
26. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):228-229.
27. Malta M, Rimoin AW, Strathdee SA. The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20? *EClinicalMedicine*. 2020 Mar 3;20:100289.
28. Cruz Valdés B, Austria Corrales F, Herrera Kienhelger L, Salas Hernández J, Vega Valero CZ. Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1. *Suma Psicológica*. 2011 Dic; 18;(2): 17-28.
29. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*. 2020 Mar 5;26:e923549.
30. Grosseohme DH. Overview of qualitative research. *J Health Care Chaplain*. 2014;20(3):109-22.
31. Icart M, Pulpón A, Garrido EM, Delgado MP. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. 1ª ed. Barcelona; 2012:31-41.
32. Wilson A. New roles and challenges within the healthcare workforce: a Heideggerian perspective. *J Health Organ Manag*. 2015;29(1):2-9.
33. Paley J. Heidegger, lived experience and method. *J Adv Nurs*. 2014 Jul;70(7):1520-31.

34. León EA. El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. Polis: Revista de la Universidad Bolivariana [En línea], 2009. Publicado el 08 abril 2012. Consultado el 11 diciembre 2020. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/2690>
35. Soto Nuñez C, Vargas Celis IE. La Fenomenología de Husserl y Heidegger. Cultura de los cuidados [Internet]. 2017: 43-50. [Citado 20 Ene. 2021];0 (48).
36. Guerrero-Castañeda RF, Menezes TM, Prado ML. La fenomenología en investigación de enfermería: reflexión en la hermenéutica de Heidegger. Esc. Anna Nery [Internet]. 2019 [Citado 20 Ene. 2021]; 23(4): e20190059.
37. Fernández García, L. (2016). El diseño de Investigación Cualitativa [Book Review]. Qualitative Research in Education, 5(3), 332-334.
38. Krueger RA, Casey MA. *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3th edition. Thousand Oaks: Sage; 2000.
39. Delgado MP. Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. 1^a ed. Barcelona; 2012:179-194.
40. Martínez-Salgado C. Qualitative inquiry with women in poverty in Mexico City. Reflections on the emotional responses of a research team. QSE. 2009;22(2):297-313.
41. Pizarro JA. El análisis de estudios cualitativo. Atención Primaria. 2000;25 (1):42-6.
42. Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Investigación y educación en enfermería. 2011; 29(3):500-514.
43. Guba, EG, Lincoln YS. (1989), *Fourth Generation Evaluation*, Newbury Park, Sage. 1989.

11. ANEXOS

ANEXO 1 Hoja de información al participante del estudio

Título del estudio: Vivencia de la enfermera oncológica frente al COVID en el Hospital Clínic de Barcelona.

Investigadora principal: Laura Doutres Cáceres

Servicio: Enfermera en el Institut Clínic de Malalties Hemato-Oncològiques del Hospital Clínic de Barcelona.

Objetivo: Comprender la experiencia vivida de las enfermeras en la atención al paciente oncológico con COVID durante el periodo de pandemia en el Hospital Clínic de Barcelona.

Desarrollo del estudio: Se realizarán entrevistas semiestructuradas con preguntas generalmente abiertas previamente definidas en un guión de entrevista, pero tanto la secuencia, como su formulación pueden variar en función de cada enfermera que sea entrevistada. La entrevista tendrá una duración aproximada de 40 - 45 minutos y será grabada en audio.

Posibles beneficios: aportar conocimiento sobre el impacto en la salud mental por la pandemia COVID-19 de la enfermera, proporcionando información necesaria para estimar las necesidades actuales de salud mental.

Introducción: Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el comité de ética de investigación.

Participación voluntaria: su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar, cambiar, oponerse y cancelar datos, y limitar el uso de los datos, solicitar una copia de los datos facilitados para el estudio.

Protección de datos: Todas las respuestas son estrictamente confidenciales. La comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los

sujetos participantes se ajustarán a lo dispuesto en la legislación en la Unión Europea (UE) sobre datos personales.

En concreto el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD), y la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código de manera que se mantenga su identidad en el anonimato y no se incluya información personal que pueda identificarle.

Contacto en caso de dudas: si durante su participación tiene alguna duda o desea más información, póngase en contacto con Laura Doutres Cáceres con e-mail: doutres@clinic.cat y teléfono: 666.666.666.

Gracias por su participación

ANEXO 2 Consentimiento informado para la participación en el estudio.

Título del estudio: **Vivencia de la enfermera oncológica frente al COVID en el Hospital Clínic de Barcelona.**

Yo (Nombre y apellidos)

con DNI/NIE

- He leído y comprendo la hoja de información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio y entiendo todo de manera clara y precisa.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio y mi consentimiento para el acceso y la utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

En, el de del 20.....

Firma del participante

Firma de la investigadora.

ANEXO 3 Formulario datos sociodemográficos

Nombre y apellidos:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Lugar de procedencia:

1. Edad:

2. Estado civil

 Soltero/a Casado/a Divorciado/a – Separado/a Viudo/a

3. Alguna vez alguna prueba (PCR, test rápido de anticuerpos u otras pruebas de laboratorio) ha confirmado que tenía coronavirus?

 Si Fecha aproximada: No

4. Núcleo familiar:

5. ¿Tiene hijos?

 Si Número de hijos:..... No

6. Estudios:

 Estudiante Estudios universitarios Estudios post grado - Máster Estudios de doctorado

7. Tiempo en el servicio:

8. Turno de trabajo:

 Mañana Tarde Noche Fines de semana

ANEXO 4 Guion semiestructurado de la entrevista.

1. Presentación y agradecimiento por su participación.
2. Entrega de documentación: hoja informativa de participación en el estudio, consentimiento informado y hoja de recogida de datos.
3. Antecedentes de problemas psicológicos antes de la pandemia.
4. Sentimientos y sensaciones experimentadas durante la pandemia.
5. Miedo a contagiar y/o ser contagiado
6. Aislamiento domiciliario.
7. Duelo por fallecimiento debido al COVID-19.
8. Impacto en la salud mental.
9. Requerimiento de sistemas de apoyo.
10. Formación sobre el COVID-19.
11. Clausura: agradecimiento y despedida. Informar que se les remitirá la entrevista transcrita para que la revisen y expresen su conformidad.

Duración aproximada de la entrevista: 40-45 minutos.

ANEXO 5 Solicitud Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)**SOLICITUD DE EVALUACIÓN ÉTICA DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN**

Registro:
Fecha:
Investigador principal:
Centro:
Servicio/unidad:
Domicilio:
NIF: Teléfono: Email:

EXPONE

1. Que deseando sea evaluado en sus aspectos éticos el estudio siguiente:
- En el centro del ámbito de este CEIC
 - En el centro TUTELADO:
 - Unicéntrico
 - Multicéntrico

Al objeto de: Obtención de beca Publicación Otro:

Título:
.....
.....

Nº código del investigador, si procede:

1. Que será realizado junto a los siguientes colaboradores:
- Nombre:
Servicio y centro:
Cargo:
- Nombre:
Servicio y centro:
Cargo:

En caso de estudio multicéntrico: Se adjunta hoja firmada con relación de los investigadores principales, con indicación de cada uno de nombre, centro, servicio, unidad, categoría, dirección, teléfono, e-mail.

2. Que el estudio se realizará tal y como se ha planteado y finalmente sea aprobado por el CEIC del Hospital Clínic de Barcelona, respetando la normativa legal aplicable y siguiendo los postulados éticos internacionalmente aceptados y específicamente la Declaración de Helsinki de la AMM y las Normas de Buena Práctica Clínica de la Unión Europea.
3. Si procede: para la consecución de ayudas, la versión del proyecto finalmente aprobada el CEIC coincidirá con la remitida en su momento al organismo

Por lo expuesto,

SOLICITA:

Sea evaluado por el CEIC del Hospital Clínic de Barcelona, para lo cual aporta la documentación requerida en sus Procedimientos Normalizados de Trabajo, y cuya relación se adjunta en una hoja firmada.

En, a de de 20.....

Firma



ANEXO 6 Autorización por el jefe de servicio

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO
POR EL JEFE DE SERVICIO / UNIDAD**

(en caso de coincidir investigador principal y jefe de servicio/unidad, deberá firmarlo otro jefe de especialidad afín)

El Dr D.
Jefe del Servicio / Unidad de
del centro

En relación al proyecto de investigación titulado:

Promotor N° EudraCT
Código del promotor Versión FechaCuyo Investigador principal es
cargo del Servicio/Unidad de
del centro**CERTIFICA:**

1. Que tras valoración del protocolo, está de acuerdo en que dicha investigación se lleve a cabo en el Servicio.
2. Que el investigador principal y los colaboradores por él propuestos reúnen las condiciones de idoneidad para realizarlo.
3. Que el Servicio y/o Centro cuenta con las instalaciones y equipamiento idóneos para realizarlo.
4. Que el proyecto puede realizarse sin detrimento de las tareas asistenciales que habitualmente tienen encomendadas el investigador principal y los colaboradores.

5. Que las pruebas y visitas que se realizarán a los pacientes, según el protocolo del proyecto:
 Son las habituales en pacientes con la misma enfermedad no incluidos en el estudio.
 No son las habituales en pacientes con la misma enfermedad no incluidos en el estudio, considerando como extraordinarias las siguientes:

Pruebas:

Otros (visitas, medicación, etc.):

(las pruebas extraordinarias se desglosarán por el investigador principal en la memoria económica en caso de realizarse en este Centro).

En a de de

(firma)

(Se entiende como ordinaria la realización de pruebas o actividades que sean práctica habitual o conveniente en este tipo de enfermos o patología, aún cuando no se realicen en un centro determinado en ese momento pero que sería recomendable que se realizaran (según la bibliografía). Cuando un centro no disponga in situ de equipamiento para realizar una prueba pero esta esté debidamente concertada, se considerará como propia del centro y práctica habitual de acuerdo a los protocolos al respecto)