Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Análisis de factores influyentes en el cuidado en las Unidades de Cuidados Intensivos durante la Pandemia por COVID-19. Revisión sistemática.

Analysis of influencing factors in care at the Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. Systematic Review.

Yolanda Ceballos Palomera

ycp725@alumnos.unican.es

Directora: María Madrazo Pérez

Facultad de Enfermería – Universidad de Cantabria

Mayo 2022

A todas aquellas personas que vivieron el horror de la pandemia en primera persona, a los sanitarios que cogían la mano de quienes se iban solos, los que empezaron su trayectoria en este contexto y los que cargaron con la responsabilidad de enseñar a otros.

A María Madrazo, por la paciencia, por entender y no desistir en un proceso tan largo.

A Brezo por acompañarme, apoyarme y hacer más cálidos los días fríos de pandemia.

ÍNDICE

RESUMEN/PALABRAS CLAVE 1
ABSTRACT/KEYWORDS 2
INTRODUCCIÓN 3
Antecedentes y estado actual del tema 3
1. COVID-19: Evolución histórica y clínica de la enfermedad. 3
2. Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos 5
Justificación de estudio 7
Objetivo 7
METODOLOGÍA 8
Estrategia de búsqueda bibliográfica 8
Selección de estudios 8
Resultados de la revisión 9
LIMITACIONES 25
DISCUSIÓN 26
BIBLIOGRAFÍA 27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Líneas estratégicas Proyecto de investigación HU-CI.

Tabla 2: Artículos seleccionados y sus características más relevantes: año y mes de publicación, diseño del estudio, país, año de datos, perspectiva y objetivo principal del estudio.

Tabla 2.2: Aspectos metodológicos de los artículos: variables recopiladas y limitaciones.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de selección de bibliografía.

Figura 2: Variables de estudio.

RESUMEN/PALABRAS CLAVE

Contexto: La pandemia provocada por el coronavirus conlleva a una crisis sanitaria, la tasa de ingresos por esta enfermedad dispara el requerimiento de atención por parte de los hospitales, principalmente en las unidades de cuidados intensivos. Estas han de reformular tanto la gestión como la atención a los pacientes a causa del desconocimiento hacia la nueva enfermedad y la falta de recursos disponibles. Son muchos los estudios que analizan segmentariamente factores influyentes, sin embargo, escasas las revisiones que engloben la notable respuesta en el cuidado.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática de la literatura para identificar y analizar los principales estudios relacionados con la atención a pacientes con COVID en unidades de cuidados intensivos, para poder comparar así las distintas metodologías utilizadas y tratar de discernir los procesos de atención implicados.

Método: Se buscaron en PubMed y SCOPUS estudios comprendidos entre los meses de octubre y noviembre de 2021, que dieran respuesta a frases de búsqueda con los términos "COVID-19" OR "SARS-CoV-2", "Intensive Care Units", "relativ*" OR "family" y "communication". Como criterios de inclusión se acogieron aquellos artículos originales o revisiones que cumplieran estas condiciones; desarrollo de metodología, identificación de variables y fuentes de datos, la población a estudio como pacientes o familias en unidades de intensivos con covid-19 y que valoraran entre las variables temáticas, la restricción de visitas, la comunicación o el efecto sobre los sanitarios y sobre los pacientes.

Resultados: Se analizaron un total de 24 publicaciones con diferentes metodologías, tanto cuantitativas como cualitativas. La mayoría de los estudios se encuadran en el groso de tres variables, en función del análisis de influencia sobre el hospital o sistema sanitario, sobre el personal y sobre las familias o pacientes. Entre los factores identificados los más destacados por sus repercusiones en la humanización del cuidado han sido la restricción de visitas sobre los pacientes ingresados, la política de personal deficiente para hacer frente a la situación, y la gestión cortoplacista de los recursos utilizados.

Conclusiones: La enfermedad provocada por el Covid-19, causante de un gran número de ingresos en las unidades de cuidados intensivos, ha hecho que repasemos los ítems a cumplir para lograr una atención sanitaria centrada en el paciente, debido a que previa a la pandemia muchas unidades estaban en camino a ello y tras esta se han deteriorado notablemente. Es por ello por lo que debemos reorientar el cuidado y la atención en esta meta para dar una respuesta positiva tanto a los pacientes como al equipo sanitario que conforma la atención, como protagonistas en el resultado final.

Palabras clave: Revisión sistemática, infecciones por coronavirus, unidad de cuidados intensivos, comunicación, trastornos por estrés post-traumatico.

ABSTRACT/KEYWORDS

Context: The pandemic caused by the coronavirus leads to a health crisis, the rate of admissions for this disease triggers the need for care by hospitals, mainly in intensive care units. These have to reformulate both management and patient care due to the lack of knowledge about the new disease and the lack of available resources. There are many studies that analyze influential factors segmentally, however, few reviews encompass the remarkable response in care.

Objective: The objective of this work is to carry out a systematic review of the literature to identify and analyze the main studies related to the care of patients with COVID in intensive care units, in order to compare the different methodologies used and try to discern the processes of care involved.

Method: PubMed and SCOPUS were searched for studies between the months of October and November 2021, which responded to search phrases with the terms "COVID-19" OR "SARS-CoV-2", "Intensive Care Units", “relativ*” OR “family” and “communication”. Original articles or reviews that met these conditions were accepted as inclusion criteria; development of methodology, identification of variables and data sources, the population under study as patients or families in intensive care units with covid-19 and who will assess, among the thematic variables, the restriction of visits, communication or the effect on the health workers and about patients.

Results: A total of 24 publications were analyzed with different methodologies, both quantitative and qualitative. Most of the studies fall into the category of three variables, depending on the analysis of the influence on the hospital or health system, on the staff and on the families or patients. Among the factors identified, the most outstanding for their repercussions on the humanization of care have been the restriction of visits to admitted patients, the deficient personnel policy to deal with the situation, and the short-term management of the resources used.

Conclusions: The disease caused by Covid-19, causing a large number of admissions to intensive care units, has led us to review the items to be met in order to achieve patient-centered health care, because prior to the pandemic many units were on their way to it and after this they have deteriorated noticeably. That is why we must reorient care and attention on this goal to give a positive response to both patients and the healthcare team that makes up the care, as protagonists in the final result.

Keywords: Systematic review, coronavirus infections, intensive care unit, communication, stress disorders post-traumatic.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

1. COVID-19: Evolución histórica y clínica de la enfermedad.

El 31 de diciembre de 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene por primera vez constancia de la existencia del virus llamado SARS-CoV-2 causante de la enfermedad COVID-19. La primera noticia de este virus tiene origen en Wuhan, China, con una amplia y rápida expansión al resto del mundo. En marzo de 2020 el brote es declarado como pandemia mundial (OMS, 2020).

En España, se declara el Estado de Alarma el 14 de marzo de 2020 con el objetivo de restringir la movilidad ciudadana y controlar la transmisión y expansión del virus y poder reforzar la salud pública (La Moncloa. Gobierno de España, 2020).

Las medidas tomadas son en base al conocimiento hasta la fecha sobre el SARS-CoV-2. Se produce por transmisión aérea, a través del contacto de la mucosa de las vías respiratorias o las conjuntivas de la persona susceptible con las secreciones respiratorias de la persona que presente una infección activa (Ministerio de Sanidad, 2020b).

El contagio de la enfermedad se produce en los dos días previos a la manifestación de los síntomas, disminuyendo esta capacidad durante los 7 días posteriores, es decir se suele establecer el periodo de 10 días post- sintomatología como el tiempo de contagiosidad a partir de ahí se considera intransmisible. Por esta razón, se establecen los tiempos de cuarentena desde salud publica en nuestro país (Gil et al., 2021).

La enfermedad COVID-19, produce un conjunto de síntomas que, en caso de manifestarse, suelen ser de índole respiratoria, aunque hay algunos signos de otra naturaleza. Entre los síntomas generales están la fiebre, fatiga, y los escalofríos, pero tienen mayor implicación a nivel sistémico (Ministerio de Sanidad, 2021):

- Manifestaciones pulmonares, disnea, tos, expectoración e incluso dolor torácico.
- Manifestaciones osteomusculares: artralgia, mialgia, cefalea.
- Manifestaciones otorrinolaringológicas: congestión, anosmia (síntoma muy específico de COVID-19), disgeusia, odinofagia.
- Manifestaciones gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, anorexia
- Manifestaciones neurológicas: cefalea, confusión, pérdida de memoria, trastornos del sueño…
- Hematológico: fenómenos trombóticos como infarto cerebral, isquemia cardiaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda. También se observa una mayor incidencia de sangrados.
- Dermatológicas: Rash cutáneo, erupciones urticarianas vesiculosas.

Según sintomatología puede presentarse en 3 niveles; leve, moderada y grave, estas dos últimas son la principal causa de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. La manifestación más grave es la neumonía, caracterizada por fiebre, tos, disnea y opacidades pulmonares bilaterales. La neumonía bilateral grave genera insuficiencia respiratoria, lo que potencialmente puede degenerar en shock, necesidad de ventilación mecánica o en última instancia fallo multiorgánico (Gil et al., 2021). Sin embargo, no es la más frecuente, y cursar con fiebre, tos y disnea. El 20-30 % de los pacientes que son hospitalizados con neumonías bilaterales han requerido ingreso en UCI, en estos casos, la inflamación pulmonar extensa puede provocar un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), con una linfopenia profunda, alteración de las pruebas hepáticas y de coagulación, incremento de las proteínas reactantes de fase aguda y una supresión de interferón que puede activar una respuesta inflamatoria aberrante que incluye la producción exagerada de citocinas (Brito-Zerón et al., 2020) (Gil et al., 2021).

El ingreso en UCI permite una atención más exhaustiva sobre el paciente, su llegada puede ser desde unidades de emergencia móviles, urgencias o servicios de planta. La causa principal, ya mencionada, es la neumonía moderada o grave que evolucione a un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) (Ministerio de Sanidad, 2020a).

El primer paso en esta unidad es la selección de medidas de oxigenoterapia son necesarias en base al estado del paciente, pudiendo comenzar con mascarillas con reservorio, como último escalón en la oxigenoterapia de bajo flujo. Lo siguiente son las cánulas nasales de alto flujo o las mascarillas de alto flujo (BIPAP/CPAP), si este aporte no fuera suficiente, se pasaría a la ventilación mecánica invasiva (VMI) que implica la intubación y sedación del paciente (Ministerio de Sanidad, 2020a).

Otra maniobra habitual en el tratamiento de estos pacientes es el decúbito prono, con indicación cuando la Pa/FIO2 es menor a 150, en esta posición el paciente hade ser ventilado un mínimo de 16 horas. Esta actividad ayuda al intercambio de gases en las bases pulmonares (Ministerio de Sanidad, 2020a).

2. Humanización de la Unidad de Cuidados Intensivos

La tendencia de los últimos paradigmas evoluciona desde la atención al paciente exclusivamente hacia un sistema centrado en el paciente, familiares y profesionales como forma de abordar la atención. Desde el año 2014, el Proyecto de Investigación Internacional "Humanizando los Cuidados Intensivos" (HU-CI), es pionero en la manifestación de esta necesidad. (Rojas, 2019)

El Proyecto HU-CI se materializa a través de la creación de 8 líneas estratégicas, formulando para cada una de ellas objetivos e indicadores, esto constituye el marco, sin embargo, este ha de adecuarse y matizarse dejando espacio a la incorporación de variables propias de la cultura donde será implementada, para así establecer un modelo que perdure en el tiempo y no como respuesta a una tendencia (Rojas, 2019).

Tabla 1: Líneas estratégicas Proyecto de investigación HU-CI

1. UCI de puertas abiertas	Implica una flexibilización de los horarios de visita y una menor restricción en estas.
2. Comunicación	Se basa tanto en la comunicación entre profesionales como con los familiares: - Entre profesionales, la utilización de tecnología y la minimización y estandarización de relevo en turnos facilita a cometer menos errores. - Entre familiares-clínicos, facilitar una comunicación comprensible y actualizable a la demanda de las familias.
3. Bienestar del paciente	Incorporación de paquete de medidas de sedación, con la intención de reducir el miedo y dolor en estos pacientes, para la reducción del impacto del síndrome post-UCI.
4. Presencia y participación de familiares	Implica inclusión de los familiares en tareas sencillas del cuidado del paciente, mejorando el acompañamiento.
5. Cuidados al personal	Mejorar el entorno de trabajo, promoviendo la actitud y habilidades de comunicación, participación y liderazgo, así como mejoras laborales con el fin de alimentar la autoestima de los profesionales.
6. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-UCI	Estrategias de analgesia y sedación, prevención de delirium, movilización precoz, atención centrada en la persona y familia y formación permanente del equipo interprofesional.
7. Infraestructura humanizada	La mejora implicaría espacios de luz natural, que ayudan a la orientación tiempo espacio, salas con espacios para visitas y dotar de intimidad al paciente con espacios propios, alejándonos de espacios abiertos.
8. Cuidados al final de la vida	Creación de protocolos locales de cuidados de fin de vida, para asegurar una muerte libre de dolor y sufrimiento, respetando además las preferencias del paciente y familia.

Fuente: Rojas, 2019. Elaboración propia.

Durante la pandemia los hospitales han tenido que aumentar las unidades de críticos, adecuándose espacios de reanimación, quirófanos y unidades intermedias a salas de UCI, que no solo requieren provisión de material sino de personal cualificado para ellas. Esto implica una saturación del sistema, ya que se ha visto colapsado en varias ocasiones, con el transcurso de las diferentes olas, desplazando la actividad asistencial habitual para dejar paso a pacientes críticos de coivd-19 (Delgado, 2021).

Es por ello por lo que, la ocupación de las unidades de intensivos se ha utilizado como indicador de riesgo por comunidades, y por ello también se habla de la tasa de ocupación de camas, partiendo de base que el 100% de estas camas se utilizaba con actividad habitual, con estos nuevos datos siempre se ha de hablar de una sobreocupación (Delgado, 2021).

Las UCI-COVID han sido unidades muy versátiles que han pasado a albergar una cantidad muy superior a la habitual de pacientes, lo que se ha traducido en nuevas formas de trabajo, gestión y formas de cuidado. Esta situación paralelamente ha conllevado al abandono de medidas que aun estaban en proceso de adaptación, como son las estrategias y fórmulas de humanización del cuidado.

Entre las políticas de los hospitales una de las más hegemónicas ha sido la restricción de visitas a familiares, distando de las famosas UCIs de puertas abiertas. Este tipo de restricciones estrictas han supuesto un fuerte impacto tanto para los familiares como para el propio profesional sanitario (Klop et al., 2021). Han sido varias las propuestas para reducir tanto este impacto, como el síndrome de estrés postraumático y el síndrome post-UCI (Zante et al., 2021), entre estas destacan las videollamadas periódicas como sustitutiva de las visitas (Rose et al., 2021).

Entre otros de los factores estudiados a partir de la pandemia y que influyen intrínsecamente en la pérdida de humanización está el cuidado al personal, en definitiva, la salud de este, tanto mental como física. Siendo la fatiga y el estrés protagonistas de esta pandemia (Stocchetti et al., 2021), derivando en un deterioro en el cuidado al paciente.

Entre lo relacionado con los profesionales, las políticas de personal han sido estudiadas debido al número de tareas que previas al COVID podían realizarse y al aumentar el ratio-enfermera paciente entre otros estas tareas quedaban sin hacer (Stocchetti et al., 2021).

En contraposición, un criterio que facilita la conservación del cuidado humanizado en las unidades a estudio ha sido la creación de grupos de apoyo, facilitadores durante el proceso de ingreso tanto para la comunicación con los profesionales como para conllevar la situación clínica del familiar (Klop et al., 2021).

Debido al contexto, se puede decir que el paradigma de la humanización del cuidado ha sufrido un fuerte golpe en su implementación en las unidades de intensivos, que progresivamente van adaptándose a la nueva rutina causada por la situación excepcional, y es por ello que potencialmente el cuidado a pacientes con COVID-19 se irá adaptando a ser de nuevo una asistencia sanitaria centrada en el paciente, la familia y los profesionales.

Justificación de estudio

La pandemia ha provocado una crisis sanitaria, desde la gestión de recursos en una situación novedosa como en el establecimiento de criterios de priorización a todos los niveles, desde la actividad asistencial de los centros de salud y hospitales, como las propias unidades clínicas han cambiado para dar cobertura a lo considerado más prioritario. Esto ha supuesto vislumbrar las brechas en los cimientos del que creíamos que era uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

El ánimo de este estudio es saber la capacidad de resiliencia que tiene nuestro sistema, en concreto a nivel hospitalario y a nivel de las unidades de cuidados intensivos como protagonistas en estos tiempos para amortiguar tanto la situación como asegurar la calidad asistencial. Por ello se ha considerado la humanización del cuidado, o la pérdida de esta, como indicador ideal, debido a que es un gran hito en estas unidades clínicas. Sin embargo, en pleno proceso de crisis es lo primero que se ha desatendido y lo que más difícil parece recuperar.

Dentro de esta revisión se pretender vislumbrar lo que ha caracterizado la pandemia, las horas extra por parte de los profesionales, la no gestión adecuada del personal, la distribución de espacios para mantener zonas COVID vs no COVID, entender el nivel de burnout entre profesionales, la comunicación con las familias y la intimidad del propio paciente.

Objetivo

El **objetivo principal** de este presente trabajo es identificar y analizar los estudios relacionados con la atención a pacientes con COVID en unidades de cuidados intensivos, a partir de una revisión narrativa de la literatura, para poder comparar así las distintas metodologías utilizadas y tratar de discernir los procesos de atención implicados.

Los **objetivos específicos** de esta revisión son:

- Analizar la influencia de las políticas de personal en el desarrollo de forma adecuada del trabajo.
- Facilitar herramientas para acercar a las familias a los cuidados intensivos, para mejorar la atención centrada tanto en el paciente como su entorno.
- Mejorar la comunicación del equipo tanto internamente como con los pacientes y familias.

METODOLOGÍA

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Los estudios fueron identificados y seleccionados a partir de la realización de una búsqueda bibliográfica utilizando lenguaje controlado en dos bases de datos electrónicos: PubMed y SCOPUS.

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo entre los meses de octubre y noviembre de 2021, se basó en la utilización de términos combinados que se incluyen dentro del tesauro de la Nacional Librery of Medicine de Estados Unidos (Medical Subject Headings- MeSH) y en la Biblioteca Virtual de Salud (Descriptores en Ciencias de la Salud – DeCS).

La primera y más amplia búsqueda fue a través de la construcción de una frase más general para poder recuperar todos los estudios publicados con esta temática en estos dos últimos años. Fueron utilizados términos como "COVID-19" OR "SARS-CoV-2", "Intensive Care Units", "relativ*" OR "family" y "communication" en los campos de título o resumen. No han sido necesarios filtros por año de publicación debido al carácter novedoso de la enfermedad estudiada, quedando recogidos estudios de 2020 y 2021. Las publicaciones fueron limitadas al inglés y español. Los resultados fueron complementados con una búsqueda con lenguaje libre en Google Académico que aporto 15 resultados nuevos.

Selección de estudios

Los criterios de inclusión fueron una revisión sistemática o investigación original donde se cumplieran estas condiciones:

1. Comunicación con las familias, restricción de visitas, síndrome post-UCI, efecto de la pandemia sobre profesionales sanitarios.
2. Desarrollo de la metodología empleada para su elaboración.
3. Identificación de información sobre fuentes de datos y variables estudiadas
4. En la población estudiada se incluyeron familiares o pacientes con la enfermedad a estudio en la unidad asistencial de estudio: Covid-19 en UCI.

Tras la identificación de los documentos que pudieran ser relevantes, se realizó una selección primaria, revisándose el texto completo de todos los estudios. Siguiendo las bases que propone la Guía PRISMA se expone a continuación el diagrama de selección de artículos. Figura 1.

Figura 1. Diagrama de selección de bibliografía.

IDENTIFICACIÓN	N.º de registros o citas identificadas en la búsqueda n: 159	N.º de registros o citas adicionales en otras fuentes n: 15
	Nº de registros o citas duplicadas o eliminadas n: 102	
CRIBADO	N.º total de registros o citas únicas cribadas n: 72	N.º total de registros o citas eliminadas por temática n: 42
ELEGIBILIDAD	Nº total de artículos a texto completo revisados en profundidad n: 30	Nº total de artículos a texto completo excluidos por deficiencias metodológicas n: 6
INCLUSIÓN	Nº total de estudios incluidos en la revisión sistemática n: 24	

Fuente: Elaboración propia

Resultados de la revisión

Aspectos metodológicos de los estudios incluidos

Los estudios seleccionados en esta revisión sistemática presentan los siguientes diseños: cualitativo fenomenológico (n=9), cuantitativo (n=10); que se desglosa en estudio transversal (n=4), estudio de cohortes (n=2), estudios descriptivos/observacionales (n=2), ensayo clínico aleatorizado (n=1), estudio casos y controles (n=1); metodología mixta (n=4) y revisión sistemática (n=1).

En la tabla 2 se describen los artículos seleccionados y sus características más relevantes: mes y año de publicación, diseño del estudio, país, meses de recolección de los datos, objetivo principal del estudio.

En la tabla 2.2 se describen los aspectos metodológicos de los artículos: principales variables recopiladas y las limitaciones principales de los estudios para su recopilación.

Análisis de variables de estudio/descripción de las variables

Entre los estudios analizados, debido a sus diferentes metodologías y diseños se recogen una gran amplitud de variables de estudio. El análisis de estas, por tanto, variará en función del estudio, siendo más específicas en función del objetivo de este.

Variables sociodemográficas:

Pacientes/familias: edad, sexo/género, área geográfica, nacionalidad, raza/etnia, nivel educativo, estatus civil, situación laboral, contexto cultural.

Situación clínica paciente: comorbilidades, diagnóstico clínico, número de días de ingreso, necesidad de ventilación mecánica, número de días intubado

Personal sanitario: rol clínico, dificultades de adaptación, unidad profesional previa a la pandemia, años de experiencia, tiempo de experiencia en UCI, número de convivientes, contagio por causa laboral, fuerza de trabajo.

Hospitales: número de hospitales con capacidad de intensivos, número de camas de UCI habilitadas, numero de ingresos, características del espacio de unidades de intensivos, calidad del traje de protección.

Temas abordados en profundidad:

Entre los estudios revisados los temas abordados de forma profunda ya sea de cuantitativa o cualitativamente se pueden identificar tres agentes a estudio; el hospital/sistema sanitario, los pacientes o familiares y profesionales de salud.

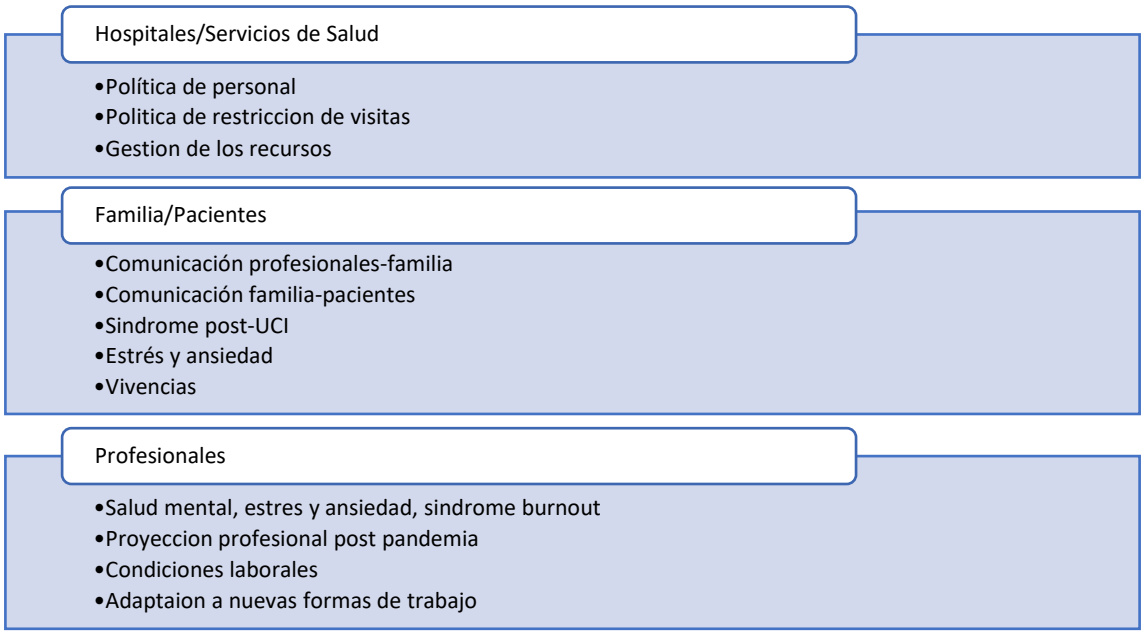
Los hospitales como sujeto de estudio analizan variables como la política de restricción de visitas llevadas a cabo durante las primeras olas del COVID, la gestión de personal, y disponibilidad de los recursos.

Entrelazado con esta última, encontramos la repercusión de la pandemia sobre los profesionales, las variables estudiadas son la afectación de la ratio enfermera paciente sobre la carga de trabajo, las condiciones laborales, la salud mental y repercusión del burnout, estrés y ansiedad, la proyección de los profesionales tras la pandemia, la adaptación a nuevas formas de trabajo.

Por último, el eje de estudio sobre las familias y pacientes aborda temas como la preocupación derivada de la comunicación de forma telemática tanto paciente-familiar como familiar-profesional, se estudia cómo ha

sido esta atención a los familiares, el estrés, y el síndrome de estrés postraumático, la vivencia en si de los pacientes y el síndrome post UCI, beneficios de las visitas telemáticas.

Figura 2. Variables de estudio



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Artículos seleccionados y sus características más relevantes: año y mes de publicación, diseño del estudio, país, año de datos, perspectiva y objetivo principal del estudio.

Artículo	Mes y año de publicación	Diseño	País	Meses y años de recolección de datos	Objetivo principal
(Sharma et al., 2021)	Septiembre 2020	Estudio cuantitativo transversal	Estados Unidos	Abril-mayo 2020	Evaluar el impacto de la Covid-19 en los profesionales sanitarios a nivel global, sin embargo, se restringe a Estados Unidos.
(Sasangohar et al., 2020)	Septiembre 2020	Estudio cualitativo fenomenológico	Estados Unidos	Abril 2020	Encontrar a través de entrevistas dirigidas con familiares de pacientes de unidades de cuidados intensivos, tres categorías; sentimientos sobre la experiencia durante la visita a su familiar; barreras, preocupaciones y oportunidades al usar las visitas virtuales; y mejoras y oportunidades de estas.
(Kennedy et al., 2021)	Noviembre 2020	Estudio cualitativo fenomenológico	Pensilvania	Abril 2020	Explorar las experiencias, perspectivas y actitudes de los familiares de pacientes y los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos respecto a llamadas telefónicas e interacciones por video durante las restricciones de visitas por el Covid-19.
(Rose et al., 2021)	Febrero 2021	Estudio cuantitativo transversal	Reino Unido	Junio 2020	Entender como la comunicación entre las familias, pacientes, y el equipo de cuidados intensivos estuvo habilitado en pandemia.
(Beck et al., 2021)	Mayo 2021	Estudio de cohorte	Suiza	Marzo-junio 2020	Evaluar el malestar psicológico en pacientes con Covid-19 y sus familiares 30 días después del alta hospitalaria.
(Aparecida Conz et al., 2021)	Mayo 2021	Estudio cualitativo fenomenológico	Brasil	Julio- septiembre 2020	Entender las experiencias vividas por las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos de Covid-19.

Artículo	Mes y año de publicación	Diseño	País	Meses y años de recolección de datos	Objetivo principal
(Hoogendoorn et al., 2021)	Junio 2021	Estudio descriptivo multicéntrico	Países Bajos	Marzo-julio 2020	Describir las diferentes formas de organización del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos en el periodo de Covid-19 frente al reciente periodo sin Covid-19.
(Kentish-Barnes et al., 2021)	Junio 2021	Estudio cualitativo fenomenológico	Francia	Agosto-noviembre 2020	Entender mejor las experiencias por los miembros de las familias afligidas que murieron en la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia por Covid-19, desde la admisión en el hospital hasta después del fallecimiento del paciente.
(Stocchetti et al., 2021)	Junio 2021	Estudio cuantitativo transversal	Italia	Enero 2021	Investigar la prevalencia de estrés (síntomas de ansiedad, depresión e insomnio), síndrome de burnout y resiliencia en los trabajadores sanitarios durante la pandemia por Covid-19 y detectar los potenciales factores asociados con su respuesta psicológica.
(Bisesti et al., 2021)	Junio 2021	Estudio cuantitativo transversal de prevalencia	Italia	Junio 2020	Evaluar la prevalencia del síndrome de burnout en dos subunidades de cuidados intensivos de Covid-19 en el eje central de la región de Lombardía en Milán.
(Hugelius et al., 2021)	Junio 2021	Revisión sistemática	Suiza y Japón	2020	Explorar las consecuencias de la restricción de visitas en los servicios de salud durante la pandemia por Covid-19.
(Fiest et al., 2021)	Junio 2021	Estudio cuantitativo casos y controles	Canadá	Pre-covid, 5 al 7 de mayo 2020 y 1 al 30 de junio 2020	Describir el grado de variación y fluctuación de las políticas canadienses respecto a las visitas en las unidades de cuidados intensivos de adultos, antes y durante la primera ola de la pandemia por Covid-19.

Artículo	Mes y año de publicación	Diseño	País	Meses y años de recolección de datos	Objetivo principal
(Roberts et al., 2021)	Junio 2021	Estudio mixto	Reino Unido	Mayo-junio 2020	Identificar y caracterizar los problemas auto informados que exacerban o alivian las preocupaciones de las enfermeras de áreas respiratorias durante la primera ola de la pandemia por Covid-19.
(Chen et al., 2021)	Julio 2021	Estudio cualitativo fenomenológico	Nueva York	Mayo-agosto 2020	Explorar las experiencias y la necesidad de apoyo de las familias de pacientes con ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos.
(Shariati et al., 2021)	Julio 2021	Ensayo clínico aleatorizado Estudio cuantitativo	Irán	Mayo-agosto 2020	Identificar el efecto de la comunicación online entre enfermería y familiares de un paciente con Covid-19 sobre su estrés percibido.
(Wendlandt et al., 2021)	Julio 2021	Estudio mixto	Estados Unidos	Junio 2020	Obtener información sobre como las restricciones de visitas de familiares durante la pandemia de Covid-19 han impactado en la experiencia de los médicos y enfermeras en las unidades de intensivos.
(Bartoli et al., 2021)	Agosto 2021	Estudio cualitativo fenomenológico	Italia	Enero-febrero 2021	Describir la experiencia vital de las familias de pacientes admitidos en unidades de cuidados intensivos de Covid-19.
(Hochendoner et al., 2021)	Agosto 2021	Estudio fenomenológico cualitativo	Estados Unidos	Febrero-junio 2020	Entender las experiencias de los familiares de pacientes críticos con Covid-19 en la distancia de sus seres queridos y explorar la forma de apoyo que ejercen los sanitarios.
(Hu et al., 2020)	Agosto 2021	Estudio cualitativo fenomenológico	China	Abril-mayo 2020	Examinar la experiencia de las enfermeras de pacientes Covid-19 en unidades de cuidados intensivos, y entender mejor sus experiencias diarias en el manejo del paciente.
(Castro-Ávila et al., 2021)	Agosto 2021	Estudio mixto de cohortes	Alemania	Octubre 2020, abril 2021	Determinar el impacto de la pandemia por el Covid-19 en la salud, mental, física y cognitiva de los supervivientes, de la experiencia de sus familiares y su trato con los profesionales.

Artículo	Mes y año de publicación	Diseño	País	Meses y años de recolección de datos	Objetivo principal
(Lie et al., 2021)	Septiembre 2021	Estudio de cohorte	Noruega	Mayo– julio 2020	Sondear los antecedentes y las experiencias de los profesionales de salud en el trabajo con pacientes de Covid-19 en unidades de cuidados intensivos durante la primera ola de la pandemia de Covid-19 en Noruega.
(Zante et al., 2021)	Septiembre 2021	Estudio observacional	Suiza	Marzo-mayo 2020	Explorar los síntomas de estrés postraumático en el familiar más cercano de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos durante la pandemia por Covid-19.
(Moreno-Mulet et al., 2021)	Septiembre 2021	Estudio Mixto	España	Junio-noviembre 2020	Explorar el impacto de los cuidados aplicados por los profesionales de la salud en las unidades de cuidados intensivos a los pacientes con Covid-19.
(Klop et al., 2021)	Octubre 2021	Estudio cualitativo	Países bajos	Marzo- junio 2020	Examinar la experiencia de los familiares con Equipo de Apoyo a Familiares en dos Unidades de Cuidados Intensivos del Centro Médico universitario Dutch y evaluarlas estrategias de trabajo.

Tabla 2.2. Aspectos metodológicos de los artículos: variables recopiladas y limitaciones

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Sharma et al., 2021)	N=2706	Datos sociodemográficos: sexo, edad, área geográfica. Temas en profundidad: disponibilidad de recursos, preocupaciones de los trabajadores sanitarios, factores asociados con el estrés emocional y el burnout, factores asociados con otras preocupaciones.	La forma de recabar la muestra, al ser a través de sociedades científicas se limita a intensivistas cuando durante la pandemia otros profesionales ejercieron de ello, como cirugía y anestesia. Los resultados no pueden extenderse a todas las zonas, como por ejemplo las regiones rurales. La muestra es recogida de forma transversal durante dos semanas por lo que si hubo cambios mas adelante no se recogen.
(Sasangohar et al., 2020)	N=230	Temas en profundidad: sentimientos y emociones en general, barreras, preocupaciones y oportunidades, mejoras potenciales de las visitas virtuales.	No se recogen datos sociodemográficos de las familias participantes. EL acceso y manejo de las tecnologías suponen un potencial sesgo de las familias que tienen posibilidades. El feedback fue abrumadoramente positivo, sin embargo, puede suponerse que esto es resultado por la larga espera a las visitas. Se necesita más estudio sobre la experiencia de las familias en diferentes puntos en el tiempo. Los investigadores tenían poca experiencia en la investigación cualitativa lo que hizo que las entrevistas fueran más cortas y con diferente calidad.
(Kennedy et al., 2021)	N=35	Datos sociodemográficos: género, raza, nivel educativo, comodidad con la tecnología, rol clínico. Temas en profundidad: Efectividad de las comunicaciones a través del teléfono y videollamadas, beneficios y limitaciones a través del teléfono y videollamadas, estrategias de comunicación y perspectivas discordantes clínicos vs familiares.	El estudio se desarrolla en un hospital que no fue el epicentro del desarrollo del covid-19. Estudio no generalizable, poca variabilidad de la muestra, que se reduce a unas características sociodemográficas concretas. No se consigue unas perspectivas diferentes en función de las disciplinas clínicas.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Rose et al., 2021)	N=117	Características de los hospitales: país, numero de uci, numero de ucis durante el pico de Covid-19. Temas en profundidad: cambio en las políticas de visita y prácticas de comunicación durante la pandemia, visitas virtuales, beneficios y barreras de las visitas virtuales.	Sesgo de deseabilidad, debido a que las personas que responden son aquellas que muestran un interés por el formato de distribución de la encuesta. Falta la descripción de la perspectiva de las familias de supervivientes, por lo que se esta realizando otro estudio complementario. Resultado son generalizables fuera del país.
(Beck et al., 2021)	N=279	Datos sociodemográficos: edad, género, ciudadanía, contexto cultural, afiliación religiosa, estatus civil, descendencia y situación laboral. Variables recolectadas durante la estancia hospitalaria: factores relacionados con la enfermedad, factores psicológicos. Variables recolectadas treinta días después del alta hospitalaria: factores relacionados con la enfermedad, factores psicológicos, factores relacionados con el hospital. Síntomas de estrés postraumático y estrés psicológico.	Barreras debido al lenguaje, la muerte y las restricciones de accesibilidad no pudieron incluir a todos los pacientes y familiares. Debido a las circunstancias clínicas y el incremento de casos en marzo de 2020 no se podía acceder a ellos durante el ingreso, sino que tuvieron que preguntar tras el alta hospitalaria.
(Aparecida Conz et al., 2021)	N=20	Datos sociodemográficos: edad, genero, estudios, y actividades profesionales. Temas en profundidad: adaptación a la nueva forma de prestar cuidados en la uci, estar alrededor de situaciones que interfieren en la salud física y mental, proyección profesional tras el covid-19.	Resultados no generalizables fuera del grupo de enfermeras que participo en el estudio, debido a que pueden diferir en experiencias y expectativas.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Hoogendoorn et al., 2021)	N=3994	Variables sociodemográficas: Escala de actividades enfermeras, edad de los pacientes, tipo de pacientes, comorbilidades, ventilación mecánica, duración del ingreso, etc. Variables cuantitativas: ratio enfermera paciente, pre-COVID y durante el COVID (estudio de las actividades enfermeras en función de número de pacientes)	El desconocimiento sobre el proceso evolutivo del COVID probablemente suponga limitaciones a la hora de saber actividades a pie de cama necesarias, que podrían influir en el estudio. No ha sido estudiado la influencia de enfermeras de otros servicios que han participado como enfermeras de UCI aunque fuera en tareas menos específicas.
(Kentish-Barnes et al., 2021)	N=19	Datos sociodemográficos: edad, sexo. Temas en profundidad: La dificultad para entablar una relación con los clínicos de la UCI lidiando con la experiencia de la solicitud: las experiencias de los miembros de las familias tuvieron dificultad en establecer simpatía y vinculación con el equipo de la uci al igual que para entender los términos médicos. La separación de las familias y pacientes durante el ingreso en uci se relacionó con sentimientos de abandono, soledad, e irrealidad. El tercer tema, referencia a los rituales al final de la vida, por incredulidad y generar duelos más complicados.	Resultados no generalizables. Muestra intencionada por lo que pueden ser discursos no representativos de otras personas. Las experiencias relatadas son de familiares de fallecidos durante la primera ola.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Stocchetti et al., 2021)	N=136	Datos sociodemográficos: profesión, edad, sexo, número de personas con el que convive, preocupaciones sobre transmisión del virus a las personas con las que vives, años de experiencia laboral, área de trabajo previa a la pandemia, dificultades en la adaptación al nuevo ambiente de trabajo, comparativa entre la fuerza de trabajo (número de personal) antes y después de la pandemia, comparación antes de la pandemia sobre oportunidades para tomar decisiones importantes en grupos, sensación de protección durante el trabajo. Temas en profundidad: Salud mental entre los trabajadores, factores asociados al burnout.	La muestra de trabajadores es propia de un hospital concreto pudiendo no generalizarse. La encuesta realizada da respuesta a un conjunto de síntomas no a un diagnóstico concreto. Al ser un estudio transversal es una foto fija de un momento concreto que no ha sido comparado con la situación previa a la pandemia.
(Bisesti et al., 2021)	N=105	Datos demográficos: edad, sexo, profesión y años de experiencia. Medición del burnout: intensidad y frecuencia de los efectos y percepción de los síntomas y emociones trabajando.	No existe un estudio previo a la pandemia con el que compararlo. No fueron recogidos datos sociodemográficos suficientes. En el estudio fueron excluidos profesionales como fisioterapeutas que podían haber aportado más experiencias y puntos de vista.
(Hugelius et al., 2021)	N=17	Temas recogidos: consecuencias de salud en los pacientes, consecuencias en la salud de los familiares, consecuencias en la relación con las familias, consecuencias en la provisión de cuidados.	La mayoría de los estudios de esta revisión son cuantitativos debido a la no posibilidad de entrevistar cara a cara. Al ser un fenómeno de estudio tan reciente no pueden compararse con muchos estudios previos.
(Hugelius et al., 2021)	N=257	Datos recogidos: hospital, numero de ingresos covid-19, numero de ingresos en uci. Temas en profundidad: razones de la restricción de visitas, excepciones en las políticas de visita, políticas de visita y expectativas, cuidado centrado en la familia y paciente, transparencia.	No todos los hospitales dan de forma publica la información sobre sus políticas de visitas. Los datos fueron recogidos en tres momentos diferentes aun no considerándose continuo.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Roberts et al., 2021)	N=225	Datos sociodemográficos: edad, género, etnia, años de cualificación, región de Reino Unido, cambio de rol durante la pandemia, situación de con quien vive. Temas en profundidad: preocupaciones sobre el ambiente de trabajo, preocupaciones sobre el impacto del rol clínico en el hogar del encuestado, provisión de servicios de salud mental, redes de apoyo informal, apoyo adicional del equipo de gestión.	El estudio fue anunciado a través de redes sociales y sociedades profesionales lo que limitó el número de la muestra. También se explicita la limitación por el estrés propio de la situación, como complicación para que la gente participe en el estudio. El tiempo de estudio era limitado debido a que quería plasmar el comienzo de la pandemia. Otra limitación es que el estudio se limitó a las enfermeras de áreas respiratorias.
(Chen et al., 2021)	N=10	Datos sociodemográficos: edad, estancia en uci, genero, raza, situación de empleo, religión. Temas en profundidad: reacción al diagnóstico, el covid-19 como elemento desestabilizador en la unidad familiar, efectos del duelo por el covid-19, búsqueda desesperada de información, necesidades de los miembros familiares, sentimientos conflictivos sobre las videollamadas, apreciación del cuidado.	Primer estudio que aporta conocimiento cercano sobre la experiencia de los miembros familiares que no pudieron visitar a sus seres queridos. Muestra pequeña, propia de los estudios cualitativos, de un solo hospital. No pudieron entrevistar a personas no anglosajonas pudiendo quedar fuera personas. No todas las personas hicieron la segunda entrevista, por lo que la cronicidad en el duelo no ha podido ser estudiada.
(Shariati et al., 2021)	N=67	Datos sociodemográficos: genero, estado civil, educación, estado laboral, relación con el paciente, edad. Estrés percibido entre el grupo de intervención y el grupo control.	Muchos factores afectan a las respuestas de los profesionales sanitarios, especialmente las preguntas personales y emociones. Las características psicológicas propias de los sanitarios pueden afectar al desarrollo de síntomas de burnout.
(Wendlandt et al., 2021)	N=74	Datos sociodemográficos (cuantitativas): edad, sexo, rol, años de experiencia, participación directa con pacientes covid-19. Variables cualitativas: Espacio del paciente, creación de nuevas formas de visitas, el tiempo, los cambios de uso de las tecnologías, cambio en los roles de responsabilidad dentro del equipo, vuelta de los familiares, tensión interna.	Probable muestra no representativa de la población, por un sesgo de respuesta. El equipo que conformaba las entrevistas era puramente medico quedando excluidos temas enfermeros. Se pregunta por la comunicación posteriormente pero no durante. Resultados no generalizables.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Bartoli et al., 2021)	N=14	Datos sociodemográficos: relación familiar, edad, sexo. Datos personales: experiencias previas en la uci, confinamiento domiciliario, número de visitas al familiar. Temas en profundidad: temor, desapego, "vida en espera", convivencia familiar en la uci, eventos inesperados.	Resultados no generalizables (se trata de un estudio cualitativo). Muestra recogida de una región concreta de Italia y de un solo hospital. El hecho de que muchas notas de campo relacionadas con el entorno y la situación estaban circunscritas porque, la única forma de anotarlo era a través de imágenes de una cámara
(Hochendoner et al., 2021)	N=74	Variables cualitativas: estrés derivado de tener un ser querido crítico con covid-19, comportamientos de los profesionales sanitarios asociados a incremento de estrés, contextos destacados en la pandemia.	Estudio no generalizable por ser una muestra probablemente poco representativa por no recoger género, raza edad etc. No existe comparativa con antes de la pandemia por lo que ampliaran la investigación
(Castro-Ávila et al., 2021)	N=13	Variables sociodemográficas: edad, tiempo de experiencia, primeros turnos en la unidad, contagio mientras trabajaban. Temas en profundidad: respuesta inicial, adaptación, desesperación y el "aguantar y sobrevivir".	Las entrevistas se realizaron a través de un chat online impidiendo a los entrevistadores ver las expresiones faciales de las enfermeras, lo que hubiera podido aportar más información.
(Castro-Ávila et al., 2021)	N=450	Variables sociodemográficas: edad, genero, índice de masa corporal, nivel educativo, diagnóstico médico, duración de la ventilación mecánica, duración de la estancia hospitalaria, número de días intubado y asistencia máxima mecánica recibida. Variables estudiadas: cronograma de alistamiento y seguimiento del impacto del COVID durante la estancia en UCI, a los 3 meses tras el alta y a los 6 meses. Cuestiones cuantitativas abordadas: estado de empleo, supervivencia, comportamientos sedentarios y actividad física. Cuestiones cualitativas abordadas: entrevistas a personas o familiares cercanos, entrevistas al personal de la UCI, viabilidad del seguimiento.	Al tratarse de un proyecto, las limitaciones que presenta son en base a las restricciones vigentes en las que se desarrolle el estudio, la posibilidad de hacer las entrevistas y cuestionarios cara a cara o teniendo que ser online. Además, en el seguimiento a los 3 y 6 meses la capacidad física quiere ser medida a través de test que han de realizarse en persona con el entrevistador, no pudiendo ser posible en función del estado de la pandemia en probables ocasiones. Tercera limitación, por parte del tiempo que ha de ser razonable con el compromiso de los profesionales de salud que han vivido la pandemia.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Lie et al., 2021)	N=484	Datos sociodemográficos pre-COVID: edad, sexo, antecedentes personales, personas con las que viven, profesión, años de experiencia laboral, experiencia previa en la UCI. Temas en profundidad: experiencia en la información del líder de la UCI-COVID, condiciones laborales en la UCI-COVID, rol del profesional de salud en la UCI-COVID, miedo a infectarse de covid-19, síntomas experimentados por los profesionales sanitarios de la UCI-COVID, experiencias de los encuestados con la cooperación y la comunicación en UCI- COVID.	Poca precisión en la inclusión de los participantes debido a su distribución masiva entre hospitales. Otra limitación es el no registro oficial de los trabajadores de salud que están trabajando en las UCI durante el estudio.
(Zante et al., 2021)	N=62	Variables demográficas sobre pacientes y sobre familiar más cercano. Variables cuantitativas: Puntuación en la escala de la fisiología aguda y la salud crónica (APACHE II), puntuación en la escala simplificada de fisiología aguda (SAPS II). Resultado positivo en COVID, necesidad de ventilación mecánica, tiempo de ingreso, y muerte en la UCI.	El estudio es de diseño mono céntrico con limites en el tamaño de la muestra por lo que se reduce la validez externa especialmente en los conceptos sobre el cuidado centrado en la familia. Han de ser tenidos en cuenta que hay datos que no fueron recogidos para el estudio, como el apoyo social de los familiares previamente a esta situación o si el género por ejemplo afecta a la forma de hacer frente a la situación.
(Moreno-Mulet et al., 2021)	N=800	Variables sociodemográficas, características del espacio laboral, calidad del equipo de protección. Variables cuantitativas: estrés psicológico, calidad de vida del profesional, autocuidado de los profesionales. Variables cualitativas: impacto de la primera y segunda ola en la clínica y en la vida personal de los profesionales.	Muestra recogida muy pequeña debido al formato de entrevista vía email, muchos de los trabajadores a los que se quería acceder no utilizan el email corporativo. Esto puede afectar a la generalización de los resultados del estudio. Identifican como otra deficiencia la ausencia de covariables sociodemográficas como el estado civil o el apoyo social de los trabajadores. El estudio investiga sobre la percepción y sensaciones de los trabajadores en el contexto de UCI-COVID, pero no ofrece comparativa con el estado natural del contexto de trabajo.

Artículo	Tamaño del estudio	Variables recolectadas	Limitaciones del estudio
(Klop et al., 2021)	N=21	Variables sociodemográficas: tipo de familiar, genero, edad del paciente, número de llamadas, paciente fallecido. Variables cualitativas: los pilares de los grupos de apoyo a las familias: transparencia sobre la situación de los pacientes, atención sobre el bienestar y emociones e los familiares, predicción y certeza en la información.	El estudio se centra en los familiares de primer contacto, excluyendo a otros familiares o al personal sanitario de la UCI. Otra limitación puede ser el criterio de inclusión en los equipos de apoyo a familiares, que pueden haber dejado excluidos a familiares que también recibieron apoyo por parte de profesionales por la situación personal.

Análisis de los resultados

En primer lugar, cabe destacar la actualidad del tema tratado en esta monografía, y por tanto la variabilidad de estudios tanto metodológica como temáticamente que conforman esta revisión. La pandemia como se ha visto reflejado durante el trabajo, ha supuesto un antes y un después en la práctica clínica y en todos los aspectos envolventes, es por ello que numerosos investigadores han querido reflejar el impacto y el tratamiento de esta sobre el actor principal: los pacientes, sus familias y, en definitiva, la sociedad.

Los hospitales han reformulado unidades de atención, principalmente las unidades de cuidados intensivos debido a dos factores: la gran demanda y la nueva forma de trabajo a causa de la forma de transmisión del COVID. Esto por tanto ha influido estrechamente en la ratio enfermera paciente, las políticas de personal y las actividades asistenciales.

En cuanto a las familias y pacientes debido a estas dos premisas se vio modificada la política de visitas, la mayoría de los estudios que conforman esta revisión han analizado el impacto de este cambio tanto en los pacientes, en las familias como en los profesionales de salud.

Rose et al. en su estudio refleja que el 100% de los hospitales hicieron un cambio en su política de visitas, siendo la restricción la más frecuente a excepción de situaciones concretas, en respuesta a esto, el 50% de los hospitales recurrían a herramientas como la creación de grupos de comunicación a las familias o formas diversas, en su mayoría telemáticas de comunicación.

La principal conclusión de esta política restrictiva es un fuerte impacto en la salud mental de los agentes implicados. Para los pacientes ha significado un aumento claro del síndrome Post-UCI, mientras que en los profesionales ha originado problemas de estrés, ansiedad y burnout en el trabajo.

Hugelius et al. analiza como la restricción supuso un decrecimiento en la mejora de la salud de los pacientes del hospital, tanto a nivel físico como mental, y no solo incluyendo a pacientes con patología COVID sino en un planto más general, debido a que refleja el impacto de las restricciones en pacientes con otras enfermedades o causa de ingreso. A nivel de salud mental esta política se ve asociada directamente con mayores niveles de ansiedad y depresión, así como una recuperación enlentecida.

Aún con la corta vida de estas investigaciones, los estudios clarifican la aparición de diagnósticos como el estrés post traumático entre los profesionales dedicados al cuidado de pacientes en intensivos por COVID. Así como un cambio en cuanto a la proyección profesional post pandemia entre la enfermería.

Sharma et al. identifica diferentes fuentes de estrés entre el personal sanitario, entre las principales preocupaciones están el contagio a sus seres queridos y a la comunidad, la propia ansiedad generada por la situación, y su propia salud. Entre los factores estresores que aumentan el burnout, están identificados; la gestión de la supervisión, la preocupación por falta de recursos y la falta de seguridad en el trabajo por parte de los hospitales.

Stocchetti secunda estas causas, identificadas a través de síntomas como falta de motivación, ansiedad, estrés, insomnio, falta de proyección profesional, etc. Bisesti et al. también incide en la exhaustación emocional que sufren las enfermeras, como agente principal.

Moreno-Mulet et al. en su estudio en España, muestra no solo el burnout y el estrés entre los sanitarios, identifica en sus entrevistas la falta de motivación en el trabajo de los participantes a partir de la primera y segunda ola a consecuencia de la deshumanización del cuidado debido al cambio en la forma de trabajo derivado a ser similar a "*una planta de montaje*". Además de asociar a la forma de trabajar, a jornadas de mayores horas, a turnos extra, y a la fatiga física y emocional.

Por otro lado, los estudios no solo se han centrado en el impacto y consecuencias de la falta de visitas, muchos estudian la forma de comunicación durante el ingreso hospitalario entre familias y profesionales, dejando en manifiesto tanto carencias como fortalezas. Herramientas como los grupos de apoyo a familiares, como intermediarios entre personal médico y el familiar que recibe la información, o videollamadas programadas tanto durante el ingreso como al final de la vida; han sido valoradas positivamente por todos los agentes implicados.

Klop et al. estudian la experiencia de los familiares con estas alternativas comunicativas, existe el sentir general de gratitud y bienestar con las medidas, aunque se concluye que para las familias sigue siendo una fuente de malestar y ansiedad, que mejora con las visitas presenciales. Además, manifiesta como la información transmitida, carece en ocasiones de continuidad durante el proceso de enfermedad, y una vez se produce el alta o el fallecimiento del paciente, se limita absolutamente esta comunicación y apoyo.

A su vez, se ha vislumbrado una dicotomía en cuanto a las vivencias de los profesionales frente a las familias, estas últimas describen una situación de ansiedad y fuente de estrés el no conocimiento sobre el estado de sus familiares por falta de comunicación efectiva. Chen et al. vislumbran que la amplia mayoría de las llamadas telefónicas suelen ser insuficientes para un conocimiento real del estado del paciente, así como la influencia de conocimientos previos influye en la aceptación y entendimiento de la propia información, estos además reparan en la influencia de los medios de comunicación y la desinformación como agentes disruptivos en estas comunicaciones.

Respecto a los profesionales, los estudios profundizan en la afectación sobre la salud mental, no solo afectada por temas trabajados anteriormente sino teniendo en cuenta variables aún más específicas como el tiempo de experiencia en las unidades de intensivos, experiencia laboral previa, preocupación por la disponibilidad de los recursos, la calidad de los trajes de protección (EPI), la preocupación de contagio a familiares convivientes y la adaptación a formas de trabajo diferentes.

LIMITACIONES

En cuanto a forma, la mayoría de los estudios presentan limitaciones con la muestra, tanto la recogida como el tamaño, no pudiendo ser generalizables a la población general los resultados por la dificultad de recolección y análisis de participantes.

Otro factor a tener en cuenta de las muestras es sin duda la intencionalidad de los estudios. Los cualitativos, como es su esencia, aspiraran a muestras más pequeñas. Los cuantitativos han conseguido participantes en la mayoría de ocasiones a través de vías como email o redes sociales lo cual implica también un sesgo de interés por parte de quienes deciden participar en el estudio.

Por otro lado, este tipo de medios para realizar investigaciones presenta también limitaciones para los estudios cualitativos que pierden información valiosa al no poder tener un feedback adecuado como puede darse en entrevistas presenciales o al menos con posibilidad de conocer las expresiones faciales de los entrevistados.

Otra limitación explicitada implica al grupo promotor de la investigación, algunos de los estudios solo contaban con una corporación médica excluyendo de estos a otros profesionales sanitarios y sus potenciales aportaciones.

Así bien, otros agentes han sido excluidos en algunos de los estudios como variables a tener en cuenta como puede ser la influencia de los familiares de los pacientes ingresados o los propios profesionales al cuidado, provocando una visión limitada al paciente exclusivamente con notable falta de información.

Por otro lado, es recurrente la preocupación por el límite que supone que muchos de los estudios que hablan sobre el burnout y la salud mental de los profesionales tras la pandemia no tiene capacidad de comparativa con previa a la pandemia, debido a que no se ha hecho u estudio de esto. En la línea de esto, se trabaja sobre si puede haber influencia por predisposición psicológica por parte de profesionales hacia la situación de burnout.

En último lugar, otra de las limitaciones más importantes hace referencia a la falta de comunicación pública, es decir transparencia, de los hospitales y organismos con las políticas tanto de visitas como de personal que han sido llevadas a cabo, lo que dificulta la investigación y la comparación. Además, la implicación de varios centros sanitarios u hospitales ha implicado que los estudios masivos puedan tener sesgos de falta de información.

Pese a estas imitaciones, entre la que no podemos olvidar el constante cambio en un tema de tan vigente actualidad, se dibuja una silueta bastante precisa de como han sido estos meses para la salud de los pacientes y de los profesionales con todo lo que ello implica.

DISCUSIÓN

La pandemia provocada por el coronavirus aún tras dos años después de su inicio supone una situación de excepcionalidad para los sistemas sanitarios, los cuales aún se enfrentan a desafíos clínicos y gestores para dar la mayor atención tanto a pacientes con esta afección como al resto de enfermedades que indirectamente han sido desplazadas.

Tras la revisión de los veinticuatro artículos seleccionados se puede concluir que las unidades de cuidados intensivos, protagonistas en la atención a los pacientes con distrés respiratorio, lejos de conseguir sus objetivos previos a la pandemia en lo que a humanización se refiere, han dado pasos hacia atrás. Lo que supone una nueva meta ahora la recuperación de estos ítems.

El síndrome de estrés post traumático ha sido tratado tanto en pacientes como en los sanitarios. Siendo los sanitarios de unidades de intensivos protagonistas por describir unos altos niveles de ansiedad y burnout, identificando incluso esto como fuente de desencanto con la profesión.

La humanización del cuidado nace desde la intención de recrear un espacio hostil como son las unidades de intensivos para la familia y el paciente. El objetivo es convertirlo en una unidad centrada en el paciente, en sus necesidades y adecuándolo en una participación activa de este y su entorno.

El coronavirus puso en jaque este tipo de atención debido a dos grandes factores, el desconocimiento y el miedo. Es por ello que los hospitales cambiaron sus políticas de visita, optando por la restricción en su mayoría y elaborando nuevas y escasas formas de estas.

Durante la revisión podemos concluir el nefasto resultado de estas políticas, como causantes de problemas de salud mental relacionados con el duelo y la pérdida. La comunicación con las familias supone un factor clave en el éxito de una atención sanitaria, y así bien las visitas telemáticas supusieron un refuerzo positivo en las vivencias de la enfermedad para las familias y una disminución del síndrome post-UCI en los pacientes.

Pese a los múltiples estudios que demuestran la importancia de la presencia de familiares durante el proceso, a día de hoy, tras dos años completos son muchos los hospitales que aun deniegan esta participación y continúan teniendo unidades herméticas. Un paso imprescindible en las nuevas políticas sanitarias es el acceso a la sanidad, y una buena forma es el acercamiento de las unidades de intensivos a la población.

Por otro lado, otro factor de importancia, para conseguir unidades cálidas, es el personal que la conforma y por tanto su actitud ante el trabajo y su profesión. Las políticas de personal, o la falta de ellas, es decir los refuerzos de plantilla, el cambio de unidades asistenciales y la formación de este personal entre los factores ya comentados favorecen a un desánimo general, a un aumento de sensaciones de burnout y estrés e incluso a un replanteamiento de la proyección personal. Esto sin duda afecta negativamente a la humanización y en consecuencia a la mejora de las unidades clínicas.

Aún parece que la pandemia no ha tocado realmente a su fin, siendo los hospitales el último escalón en la normalización de la enfermedad y adaptación completa a la nueva situación, sin embargo, si la sociedad ha sabido reinventarse y readaptarse continuamente, el sistema sanitario tiene la responsabilidad de hacer lo mismo.

BIBLIOGRAFÍA

Aparecida Conz, C., Souza Braga, V. A., Vasconcelos, R., Ribeiro da Silva Machado, F. H., Pinto de Jesus, M. C., & Barbosa Merighi, M. A. (2021). Experiences of intensive care unit nurses with COVID-19 patients. *Revista Da Escola de Enfermagem USP*, *55*.

Bartoli, D., Trotta, F., Simeone, S., Pucciarelli, G., Battista, G., Acampora, O., Di Muzio, M., Capitella, C., & Rocco, M. (2021). The lived experiences of family members of Covid-19 patients admitted to intensive care unit: A phenomenological study. *Heart & Lung*, *50*, 926–932.

Beck, K., Vicent, A., Becker, C., Keller, A., Cam, H., Schaefert, R., Reinhardt, T., Sutter, R., Tisljar, K., Bassetti, S., Schuetz, P., & Hunziker, S. (2021). Prevalence and factors associated with psychological burden in COVID-19 patients and their relatives: A prospective observational cohort study. *PLOS ONE*, *16*(5).

Bisesti, A., Mallardo, A., Gambaza, S., Binda, F., Galazzi, A., Pazzaglia, S., & Laquintana, D. (2021). Facing COVID-19 Pandemic in a Tertiary Hospital in Milan: Prevalence of Bournout in Nursing Staff Working in Sub-Intensive Care Units. *International Journal of Enmironment Research and Public Health*, *18*.

Brito-Zerón, P., Conangla Ferrín, L., Kostov, B., Moragas Moreno, A., Ramos-Casals, M., Sequeira Aymar, E., & Sisó Almirall, A. (2020). *Manfestaciones persistentes de la COVID-19 . Guía de práctica clínica*. https://www.semfyc.es/?download_file=68268&key=aaa72d43c9f3dbb321de7d6a2f4de882&free=1

Castro-Ávila, A. C., Merino-Osorio, C., González-Seguel, F., Camus-Molina, A., & Leppe, J. (2021). Impact on Mental, Physical and Cognitive functioning of a Critical Care Stay during the COVID-19 pandemic (IMPACCT COVID-19): protocol for a prospective, multicentre, mixed-methods cohort study. *BMJ Open*, *11*.

Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., & Chang, Y.-P. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, *38*(7), 869–876.

Delgado, A. (2021). *Radiografía de la ocupación en UCI después de un año de pandemia*. https://www.datadista.com/coronavirus/radiografia-de-la-ocupacion-en-uci-despues-de-un-ano-de-pandemia/

Fiest, K. M., Krewulak, K. D., Hiploylee, C., Sean Bagshaw, C. M., A Burns, K. E., Cook, D. J., Fowler, R. A., Kredentser, M. S., Niven, D. J., Olafson, K., Kuljit Parhar, K. S., Patten, S. B., Fox-Robichaud, A. E., Rewa, O. G., Rochwerg, B., Spence, K. L., Sharon Straus, M. E., Spence, S., West, A., … G Rewa, Á. O. (2021). An environmental scan of visitation policies in Canadian intensive care units during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Can J Anesth/J Can Anesth*, *68*, 1474–1484. https://doi.org/10.1007/s12630

Gil, R., Bitar, P., Deza, C., Dreyse, J., Florenzano, M., Ibarra, C., Jorquera, J., Melo, J., Olivi, H., Parada, M. T., Rodríguez, J. C., & Undurraga, Á. (2021). *Cuadro Clínico del COVID-19*. *32*(1), 20–29.

Hochendoner, S. J., Amass, T. H., Curtis, J. R., Witt, P., Weng, X., Toyobo, O., Lipnick, D., Armstrong, P., Cruse, M. H., Rea, O., & Van Scoy, L. J. (2021). Voices From the Pandemic: A Qualitative Study of Family Experiences and Suggestions Regarding the Care of Critically Ill Patients. *American Thoracic Society Journals*.

Hoogendoorn, M. E., Brinkman, S., Bosman, R. J., Haringman, J., de Keizer, N. F., & Spijkstra, J. J. (2021). The impact of COVID-19 on nursing workload and planning of nursing staff on the Intensive Care: A prospective descriptive multicenter study. *International Journal of Nursing Studies*, *121*.

Hu, F., Ma, J., Ding, X.-B., Li, J., Zeng, J., Xu, D., Pei, J., Luo, D., Yang, B. X., Zhang, H., Zhu, X.-P., & Chen, J. (2020). Nurses´experiences of providing care to patients with COVID-19 in the ICU in Wuhan: a descriptive phenomenological research. *BMJ Open*, *11*. http://ci.nii.ac.jp/naid/40003663162/

Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictios during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *121*.

Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., Nigra, K., & Elmer, J. (2021). Perspectives on Telephone and Video Communiation in the Intensive Care Unit during COVID-19. *American Thoracic Society Journals*, *18*(5).

Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., Souppart, V., Pochard, F., & Azoulay, E. (2021). Lived Experiences of Family Members of Patients With Severe COVID-19 Who Died in Intensive Care Units in France. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *4*(6).

Klop, H., Nasori, M., Klinge, T., Hoopman, R., de Vos, M. A., du Perron, C., Zuylen, L., Steegers, M., ten Tusscher, B. L., Abbink, F., & Pasman, R. W. (2021). Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative evaluation study into experiences of relatives. *BMC Health Services Research*, *21*.

La Moncloa. Gobierno de España. (2020). *Estado de Alarma*. https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx

Lie, I., Stafseth, S., Skogstad, L., Hovland, I. S., Hovde, H., Ekeberg, Ø., & Ræder, J. (2021). Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: Preparedness and working conditions: A cohort study. *BMJ Open*, *11*(10). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135

Ministerio de Sanidad. (2020a). Documento técnico Manejo clínico del COVID-19 : unidades de cuidados intensivos. 1–16.

Ministerio de Sanidad. (2020b). Preguntas y respuestas sobre el nuevo coronavirus (COVID-19). *Secretaria General de Sanidad*, 1–6. https://coronavirus.sergas.es/Contidos/Preguntas-COVID19?idioma=es#:~:text=Cuando una persona se infecta,los síntomas de la enfermedad

Ministerio de Sanidad. (2021). INFORMACIÓN CIENTÍFICA-TÉCNICA COVID-19. 1–34.

Moreno-Mulet, C., Sansó, N., Carrero-Planells, A., López-Deflory, C., Galiana, L., García-Pazo, P., Borrás-Mateu, M. M., & Miró-Bonet, M. (2021). The Impact of the COVID-19 Pandemic on ICU Healthcare Professionals: A Mixed Methods Study. *International Journal of Enmironment Research and Public Health*, *18*, 1–17.

OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/es

Roberts, N. J., Kelly, C. A., Lippiett, K. A., Ray, E., & Welch, L. (2021). Experiences of nurses caring for respiratory patients during the first wave of the COVID-19 pandemic: an online survey study. *BMJ Open Respiratory Research*, *8*.

Rojas, V. (2019). Humanization of intensive care. *Rev Med Clin Condes*, *30*(2), 120–125. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-humanizacion-de-los-cuidados-intensivos-S0716864019300240

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey. *American Thoracic Society Journals*, *18*(10), 1685–1689.

Sasangohar, F., Dhala, A., Zheng, F., Ahmadi, N., Kash, B., & Masud, F. (2020). Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis. *BMJ Quality Safety*, *30*, 715–721.

Shariati, E., Dadgari, A., Talebi, S., Shan, G. R., & Ebrahimi, H. (2021). The Effect of the Web-Based Communication between a Nurse and a Family Member on the Perceived Stress of the Family Member of Patients with Supected or Confirmed COVID-19: A Parallel Randomized Clinical Trial. *Clinical Nursing Research*, *30*(7), 1098–1106.

Sharma, M., Creutzfeldt, C. J., Lewis, A., Patel, P. V., Hartog, C., Jannotta, G. E., Blissitt, P., Kross, E. K., Kassebaum, N., Greer, D. M., Curtis, J. R., & Wahlster, S. (2021). Health-care Professionals' percepctions of Critical Care Resource Availability and Factors Associated With Mental Well-being During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Results from a US Survey. *Clinical Infectious Diseases*, *72*(10).

Stocchetti, N., Segre, G., Zanier, E. R., Zanetti, M., Campi, R., Scarpellinii, F., Clavenna, A., & Bonati, M. (2021). Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Single Center Cross-Sectional Italian Study. *International Journal of Enmironment Research and Public Health*, *18*.

Wendlandt, B., Kime, M., & Carson, S. (2021). The impact of family visitor restrictions on healthcare workers in the ICU during the COVID-19 pandemic. *Intensive and Critical Care Nursing*, 103123. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103123

Zante, B., Erne, K., Grossenbacher, J., Camenisch, S. A., Schefold, J. C., & Jeitziner, M.-M. (2021). Symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in next of kin during suspension of ICU visits during the COVID-19 pandemic: a prospective observational study. *BMC Psychiatry*, *21*. https://elib.maruzen.co.jp/elib/html/BookDetail/Id/3000042106/