

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i1.286>

## **Factores estresores en pacientes COVID – 19 en unidad de cuidados intensivos, revisión sistemática**

Stress Factor in Covid-19 Patients in the Intensive Care Unit,  
Systematic Review

**Karen Lisseth Chandi Ortiz**

kchandio@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-2752-5838>

**Carmen Lisbeth Verdezoto Michuy**

cverdezotom@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-4570-5325>

**Gabriela Natalia Matute Plaza**

gmatutep@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-0057-4082>

**Shirley Vanessa Betancourt Zambrano**

sbetancourtz@uteq.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-0869-5367>

**Carrera de Enfermería**

Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Técnica Estatal de Quevedo

Quevedo – Ecuador

Artículo recibido: día 14 de diciembre de 2022. Aceptado para publicación: 30 de enero de 2023.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### **Resumen**


El COVID-19 no solo cambió la forma de vivir, sino también la forma de morir; una persona en unidad de cuidados intensivos es vulnerable al estrés por la asistencia altamente instrumental y el uso de fármacos que afectan la vigilia y la agudeza mental; además, la presencia de ambientes monótonos y rutinas de cuidado que irrumpen los ritmos circadianos; el temor ante lo desconocido conlleva al límite de una conducta estresante, que entorpece la recuperación del paciente, prolongando su estancia hospitalaria, y con ello el deterioro de su calidad de vida, pudiendo incluso equipararse con empeorar su enfermedad. La investigación pretende identificar los principales factores estresores presentes en pacientes con COVID – 19 en la unidad de cuidados intensivos, de carácter descriptivo, exploratorio, con abordaje cualitativo; sustentada en la revisión bibliográfica de literatura científica disponible. Posterior a la revisión se concluye que los factores estresores frecuentes como; el dolor, ruido, la dificultad para comunicarse, inmovilidad, ausencia de autocontrol, la incertidumbre, la desorientación temporo-espacial, ausencia de un familiar cercano, la limitación por presencia de dispositivos invasivos en pacientes COVID-19 que permanecen en la UCI.

*Palabras clave:* covid, factores estresores, cuidados intensivos, proceso de enfermería, humanización, cuidados, paciente

## Abstract

COVID-19 not only changed the way of living, but also the way of dying; a person in an intensive care unit is vulnerable to stress from highly instrumental care and the use of drugs that affect alertness and mental acuity; in addition, the presence of monotonous environments and care routines that disrupt circadian rhythms; Fear of the unknown leads to the limit of stressful behavior, which hinders the recovery of the patient, prolonging their hospital stay, and with it the deterioration of their quality of life, and can even be equated with worsening their disease. The research aims to identify the main stressors present in patients with COVID - 19 in the intensive care unit, of a descriptive, exploratory nature, with a qualitative approach; supported by the bibliographic review of available scientific literature. After the review, it is concluded that frequent stressors such as; pain, noise, difficulty communicating, immobility, lack of self-control, uncertainty, temporal-spatial disorientation, absence of a close family member, limitation due to the presence of invasive devices in COVID-19 patients who remain in the ICU.

*Keywords:* covid, stressors, intensive care, nursing process, humanization, care, patient

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons . 

Como citar: Chandi Ortiz, K. L., Verdezoto Michuy, C. L., Matute Plaza, G. N., & Betancourt Zambrano, S. V. (2023). Factores estresores en pacientes COVID – 19 en unidad de cuidados intensivos, revisión sistemática. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4(1), 693-703. 10.56712/latam.v4i1.286

## **INTRODUCCIÓN**

La pandemia por COVID-19, “no solo cambió la forma de vivir, sino también la forma de morir”(UNICEF, 2020); provocando múltiples cambios en las distintas esferas de la vida del ser humano, lo que ha implicado modificaciones desde el punto de vista físico, social, cultural, emocional, cognitivo, económico, espiritual, y por supuesto sanitario.

El COVID-19 fue declarado una epidemia por la Organización Mundial de la Salud el 30 de enero de 2020. Durante la emergencia sanitaria en Ecuador según el Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública (MSP), ha reportado hasta julio del 2022; 954 844 casos confirmados; y de ellos 82 000 personas a escala nacional recibieron atención psicológica (Médica, 2020); en este sentido, la crisis sanitaria por COVID-19 ha generado situaciones con elevada carga emocional y estrés colectivo no solo para los profesionales de la salud, sino también para los pacientes COVID y especialmente en aquellos que permanecieron en unidades de cuidados intensivos.

Pandemia que permitió evidenciar la limitada capacidad hospitalaria, insuficientes camas, escasos equipos de respiración artificial, insumos, medicinas y personal para la atención sanitaria reducido, y el hecho de que los pacientes con COVID-19 “no solo mueren porque estén biológicamente más susceptibles, sino por la desprotección social y emocional”. El personal de enfermería ha sido uno de los actores principales del sistema de salud para hacer frente a los requerimientos de atención durante la emergencia sanitaria (OIT, 2021); sin embargo, “el temor ante lo desconocido pudo haber conllevado al límite de una conducta agresiva y discriminatoria”(Pérez & Doubova, 2020).

Entre los cuidados de enfermería durante la crisis sanitaria han imperado las normas de bioseguridad que conllevan a la colocación de equipos de protección individual (mascarilla, bata impermeable, guantes, gafas o pantalla facial), así como el distanciamiento social; siendo barreras para el proceso de acompañamiento emocional y espiritual a pacientes con COVID-19.

Un estudio piloto muestra que el síndrome post cuidado intensivos (SPCI) y trastornos de estrés postraumático (TEPT); incluyen: factores estresores, comunicación limitada y trato poco humanizado; trastornos que aparece después de una enfermedad crítica y persiste tras cuatro a seis semanas del alta hospitalaria; además, el mismo estudio afirma que seis de cada diez pacientes hospitalizados por COVID-19 presentaron estas alteraciones (Yordi & Ramos, 2020).

Una persona en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es vulnerable al estrés debido al carácter altamente instrumental del cuidado, el entorno complejo, la sobreutilización de recursos tecnológicos y el uso de fármacos que pueden afectar la vigilia y la agudeza mental (Bernal et al., 2018); además, la presencia de ambientes monótonos y rutinas de cuidado que irrumpen en los ritmos circadianos y crean una nueva forma de vida.

El estrés continuo y prolongado generado por la condición de pacientes críticos entorpece su recuperación y/o rehabilitación, prolonga su estancia hospitalaria, deteriora su calidad de vida y ocasiona disconfort, pudiendo incluso equipararse con empeorar su enfermedad; menciona también que la presencia de un mayor número de síntomas de estrés en Unidad de Cuidados Intensivos se asocia con el deterioro del funcionamiento cognitivo de los pacientes hasta doce meses después del alta hospitalaria, presentando al menos una morbilidad psiquiátrica. (Palacio, 2020).

## **MÉTODOLÓGIA**

Estudio descriptivo, exploratorio, con abordajes cualitativos; sustentado en la revisión bibliográfica, con síntesis de literatura científica disponible. Los buscadores de datos seleccionados con orientación en ciencias de la salud fueron ScienceDirect, PubMed, SciELO y la Biblioteca Cochrane Plus. Se ha considerado como criterios de búsqueda palabras clave en función de los requisitos de cada buscador, enmarcándose en: unidad de cuidados intensivos, factores estresores, paciente crítico, síndrome de cuidados intensivos, inmovilización, problemas

comunicación, dolor, sueño, ruido, cuidados y paciente crítico. Además, se han utilizado documentos (guías y protocolos) obtenidos desde páginas web oficiales como el Ministerio de Salud Pública. Como criterios de inclusión se ha considerado aquellos artículos científicos orientados al abordaje de paciente crítico COVID-19 en unidad de cuidados intensivos; como criterios de exclusión se ha considerado aquellos estudios que abordan el cuidado y alojamiento del paciente en áreas de hospitalización como medicina interna o áreas en los que dispensaron de la intubación mecánica invasiva.

## **RESULTADOS**

Entre los factores estresores frecuentes en pacientes Covid-19 que permanecen en la unidad de cuidados intensivos, se identifican: el dolor, ruido, la dificultad para comunicarse, la inmovilidad, ausencia de autocontrol, la incertidumbre, la desorientación temporo-espacial, ausencia de un familiar cercano, trato poco humanizado, la presencia de dispositivos invasivos y limitación por su presencia (Gómez-Carretero et al., 2007); además, entre los factores estresores menos relevantes descritos como poco frecuentes se encontraban: frío, sed y pesadillas (Palacio, 2020).

### **Dolor**

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, con sus siglas en inglés IASP, utiliza el dolor como una terminología para describir como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada, o similar a la asociada, con daño tisular real o potencial” (Gallardo et al., 2021); relaciona además este término como la incapacidad del paciente que permanece en la unidad de cuidados intensivos para expresar verbalmente su dolencia (Mayoral et al., 2020).

Diversos estudios analizados durante la Declaración de la 5ª Conferencia Internacional de Consenso en Cuidados Críticos, reflejan que el dolor no recibe la atención adecuada en las unidades de cuidados intensivos, ya que entre el 40 y 70% de los ingresados en estos servicios lo sufren, siendo manifestado como intenso por más de la mitad de los pacientes, aumentando la inestabilidad hemodinámica, el riesgo de sufrir alteraciones o trastornos mentales, incrementa el tiempo de estancia en este tipo de unidades; es decir, aumenta la probabilidad de una evolución desfavorable y la mortalidad (Carlet et al., 2004).

En las unidades de cuidados intensivos, el dolor no solo se manifiesta a consecuencia del padecimiento inherente a la enfermedad y de mecanismos diagnósticos; sino en procedimientos terapéuticos y de cuidado, que incluyen canalización vascular, intubación mecánica, toma de muestras analíticas de laboratorio y actividades propias de la unidad; como los cambios posturales, la higiene diaria o el aseo del paciente; como consecuencia el dolor tratado inadecuadamente genera estrés y angustia en el que lo padece; situaciones que generan una respuesta negativa y enlentece la recuperación del paciente. La elección del esquema terapéutico involucra al equipo sanitario multidisciplinar, paradójicamente el cuidado directo del paciente lo asume el profesional de enfermería, ya que son quienes tienen un contacto más estrecho y constante con los pacientes, lo que equivale a un enorme reto durante su seguimiento y cuidado; ya que es el dolor la experiencia más desagradable que los pacientes hospitalizados por COVID – 19 refieren al alta de la unidad de cuidados intensivos.

### **Deprivación o fragmentación del sueño y ruido**

El sueño favorece la adecuada evolución y recuperación en los enfermos graves. Las alteraciones del sueño afectan con frecuencia a los pacientes hospitalizados en la unidad de terapia intensiva, su causa es multifactorial y se asocia con alteraciones del sistema inmunitario, retardo en los procesos regenerativos, desorganización neurofisiológica, disfunción cognitiva, delirio, incremento en los días de hospitalización y mortalidad (Carrillo-Esper et al., 2017).

La Organización Mundial de la Salud, afirma que el descanso se alcanza con un ruido ambiental menor a 30 decibelios (dB) y con un máximo de 45 decibelios (dB); sin embargo, el promedio de ruido en la UCI es de 60-115 dB (Perea, 2006); generado por diferentes causas como las

conversaciones del personal de salud, la apertura de las puertas, las visitas de los familiares, el sonido generado por el teléfono, la radio, el televisor y los equipos de monitoreo utilizados (Johansson et al., 2012).

Además, la privación y/o fragmentación del sueño son causados por elevaciones abruptas de más de 10 dB, relacionados con las actividades del personal de salud, con un índice de 1,9 despertares por hora de sueño durante el día como en la noche; y se identifica que el 77,5% del ruido está relacionado con los timbres y las alarmas de los equipos monitores y ventiladores, y un 51% a las alarmas de las bombas de infusión; y el nivel de ruido máximo registrado fue de 102 dB (Calvete Vázquez et al., 2000).

Bajo este contexto, los profesionales sanitarios deben contribuir a promover el sueño del paciente identificando las fuentes generadoras de ruido y las actividades implícitas al cuidado, responsables de la perturbación del sueño; siendo de imperativa necesidad la adopción de la cultura del silencio, en la que incluya la modulación de la voz durante las conversaciones, la disminución del volumen de alarmas de monitores, equipos biomédicos y bombas de infusión; así como la estandarización de horarios encaminados a la administración de medicamentos, actividades de higiene del paciente, cambios posturales y monitoreo de constantes vitales; siempre que la condición clínica del paciente lo permita.

### **Dificultad para la comunicación e incertidumbre**

Según la Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas, refiere que aproximadamente el 14% de los pacientes infectados desarrollan la forma grave de la enfermedad, requiriendo hospitalización y soporte respiratorio; y el 5% de los pacientes infectados son críticos y requieren admisión a la unidad de cuidado intensivo (UCI); y que en estos pacientes, la infección por COVID-19 puede asociarse con un síndrome de dificultad respiratoria aguda, choque séptico y falla multiorgánica, que incluye la falla renal y cardíaca (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

Los pacientes críticos que permanecen en unidades de cuidados intensivos experimentan dolor, ansiedad, pánico, miedo y otras formas de estrés relacionado con las intervenciones realizadas y procedimientos como la ventilación mecánica invasiva (VMI), y su uso afecta enormemente al habla y al proceso comunicativo, lo que les imposibilita comunicarse y hacerse entender, generando un impacto negativo en la calidad de vida de la persona, en su funcionamiento psicológico y en el proceso de atención (Ortega-Chacón & Martínez Díaz, 2017).

Además, el aislamiento orientado al control de infecciones, constituye una barrera en la comunicación efectiva de los pacientes y el personal sanitario, al disminuir la interacción; lo que genera situaciones de angustia y preocupación; convirtiéndose en uno de los factores estresores más comunes durante la estancia del paciente en las unidades de cuidados intensivos; bajo esta premisa, los pacientes refieren sentirse satisfechos con los cuidados de enfermería recibidos cuando la enfermera establece una comunicación verbal y comunicación no verbal adecuada, generando sentimientos de tranquilidad, bienestar y humanización

Para promover la comunicación verbal el personal de enfermería puede emplear mecanismos como saludarle y llamarlo al paciente por su nombre, indicarle los horarios de visita, alimentación y baño, informar sobre las actividades y procedimientos que se le van a realizar, establecer diálogo con frecuencia informando sobre su situación si lo desea y dar respuesta a las inquietudes que exprese el paciente (Gómez et al., 2016).

En aquellos pacientes con los que la comunicación verbal sea difícil se recomienda establecer un método de comunicación efectivo como el uso de gestos, movimientos de cabeza, escritura, tarjetas de letras, palabras, frases o imágenes, incluso el uso de dispositivos electrónicos (Celis-Rodríguez et al., 2013). En relación con la comunicación no verbal los pacientes describen como prioritarios los abrazos, las sonrisas, la mirada y los gestos amables de la enfermera hacia ellos



(Romero-García et al., 2013); ya que incrementa la tranquilidad y seguridad del paciente, favoreciendo en su proceso de recuperación.

### **Desorientación temporo-espacial**

La desorientación temporo - espacial se considera multifactorial; en primer lugar se relaciona con la iluminación artificial permanente, ruido constante y monótono, la presencia de personas durante las 24 horas del día, la ausencia de ventanas que provean luz natural y relojes; situaciones que generan incertidumbre en el paciente al no saber la hora del día, no saber qué día es; traduciéndolo como desorientación temporal y en sincronía con la desorientación espacial, al no saber el paciente en dónde está; significaron situaciones recordadas como una de las más estresantes por el grupo de pacientes diagnosticados de delirio (Ayllón Garrido et al., 2007).

Además, el COVID - 19 no solamente ocasiona insuficiencia respiratoria con acompañamiento de tos, fiebre, disnea e infiltrados intersticiales en el parénquima pulmonar; que se asocia a la hospitalización del paciente en unidades de cuidados intensivos y uso de ventilación mecánica; sino también puede acompañarse de afectaciones al sistema nervioso central, incluyendo el síndrome de confusión aguda o el delirio en los pacientes, ocasionando desorientaciones temporo – espaciales (Abenza-Abildúa et al., 2020).

Según estudios epidemiológicos indican que al menos el 75% de los pacientes con COVID - 19 que han requerido ventilación mecánica en la unidad de cuidados intensivos padecen de delirio en algún momento de su estancia (Arévalo Nuñez, 2021); y el tipo de delirio predominante en estos pacientes es la hiperactividad, caracterizada por una agitación anormal durante la suspensión los sedantes, y, en ocasiones, provocando la auto extubación (Giménez-Esparza Vich et al., 2022).

La desorientación temporo - espacial de los pacientes críticos inciden en su estado emocional; ocasionando ansiedad, temor, angustia, depresión, miedo al encontrarse lejos de sus familiares; sumado a la afectación del sistema nervioso característico por la patología; los clasifica a los pacientes como altamente vulnerables a desequilibrios emocionales. Es fundamental que desde fases tempranas se adopten medidas en relación con la identificación, prevención y tratamientos oportunos que permitan brindar al paciente una mejor calidad de vida durante y después de su hospitalización; por consiguiente, la intervención de la atención integral mediante el equipo multidisciplinar sanitario es primordial en la recuperación del paciente.

Apostar por la infraestructura humanizada en las unidades de cuidados intensivos; es decir, aquella estructura hospitalaria que proporcione bienestar físico y ambiental mediante espacios funcionales, eficientes, ergonómicos, confortables, cálidos y amables; que aseguren la privacidad del paciente, bienestar ambiental del paciente, fomenten la orientación del paciente y la distracción del paciente; con control del ruido y disposición de iluminación natural (Gómez Tello & Ferrero, 2016). No existen razones suficientes para que la experiencia vivida durante la estancia en una unidad de cuidados intensivos sea la desagradable.

### **Inmovilidad y ausencia de autocontrol**

Entre las secuelas presentes en pacientes con infección por COVID -19, se identifican con mayor frecuencia: deterioro de la función pulmonar, debilidad muscular severa, rigidez articular, fatiga, limitaciones en la movilidad y habilidad para realizar actividades cotidianas, delirio y otros trastornos cognitivos, dificultad para deglutir y comunicarse, trastornos mentales con necesidad de apoyo psicológico (Ruíz Aguilar & Lara Domínguez, 2021); estas secuelas generan ausencia de autocontrol y limitaciones del movimiento en los pacientes, sumadas a los problemas de comunicación, representan factores que contribuyen a dar lugar a la inestabilidad psicológica del paciente crítico.

En este sentido, el estado de sentir ausencia de autocontrol y limitación por la presencia de dispositivos, como tubos o sondas, obligando al paciente a permanecer encamado y/o sentado durante todo el día, ha sido considerado como un importante factor estresante representando el 57,6% en la investigación desarrollada sobre la Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos (Gil et al., 2013).

La ausencia de autocontrol se encuentra considerablemente condicionada por la calidad de la información recibida; en términos generales la información debe ser clara, precisa y suficiente; de manera ordenada y con explicaciones adecuadas y comprensibles, sin aplicar tecnicismos médicos, que aborde sobre las condiciones de estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos y características generales de la unidad en cuanto a políticas de visitas, así como aquellos factores que motivaron su ingreso al área, procedimientos de tratamiento, terapéutica y cuidados planificados por parte del médico y equipo de enfermería; condicionantes que favorecen la implicación del paciente en su propia seguridad y autocuidado.

### **La ausencia de un familiar cercano**

En los pacientes críticos se ha podido comprobar que existe una búsqueda de proximidad con personas cercanas, siendo la familia un factor considerable de alivio del estrés (Alasad et al., 2015); pese a ello, predomina la cultura de unidad de cuidados intensivos cerrada y aislada, en la que los horarios de visitas son restringidos y la presencia de los familiares escasa.

Paradójicamente, los resultados de la investigación llevada a cabo por Alasad muestra que el 82,2% de los pacientes eran más conscientes de la presencia de una persona cercana a ellos, siendo capaces de reconocer a sus familiares con una frecuencia del 89% del tiempo; además demuestra que las visitas familiares contribuyen al bienestar del paciente, minimizando la experiencia traumática de la enfermedad y disminuyendo su ansiedad (Escudero et al., 2015).

No se puede descartar que exista un efecto de estrés a corto plazo originado por las medidas de aislamiento y el uso excesivo de equipos de protección personal durante la atención de un paciente con COVID – 19, que limitan la interacción del personal de salud; bajo esta premisa, estudios se focalizan en los efectos de la soledad, aislamiento crónico y sentido de abandono que sufren los pacientes por falta de interacción humana; demostrando que la soledad de estos pacientes no contribuye positivamente a su salud física y pronta recuperación. Ante la actual crisis sanitaria, el equipo de salud posee una oportunidad invaluable para reinventar y reconstruir el concepto del cuidado, mediante la promoción de la salud y la limitación del daño, mejorando el bienestar y la calidad de vida de las personas, y que el cuidar de otros, sea la expresión más sublime del humanismo.

### **CONCLUSIONES**

Posterior a la revisión bibliográfica se infiere que el paciente hospitalizado por COVID-19 en áreas críticas de la unidad de cuidados intensivos está sometido a altos niveles de estrés generados por diversos factores estresores como: el dolor, ruido, la dificultad para comunicarse, la inmovilidad, ausencia de autocontrol, la incertidumbre, la desorientación temporo-espacial, ausencia de un familiar cercano, trato poco humanizado, la presencia de dispositivos invasivos y limitación por su presencia; además se concluye que la intervención de enfermería es fundamental durante la identificación, prevención y abordaje de los factores estresores principalmente a través de su valoración, aplicación de medidas no farmacológicas y la adaptación ambiental mediante la implementación de una cultura organizacional del silencio, en la que incluya la modulación de la voz durante las conversaciones, la disminución del volumen de las alarmas de los monitores y bombas de infusión, la modificación de los horarios de la administración de medicamentos, al igual que la ejecución de medidas de confort como la higiene, la monitorización de constantes vitales y la toma de muestras para exámenes de laboratorio, representarían cambios favorables durante el descanso de los pacientes; por ello, es

de importancia establecer políticas y modelos de atención humanizados, en los que el cuidado se considere como la expresión más sublime del humanismo; con ello transformar positivamente la experiencia traumática del paciente.



## REFERENCIAS

Abenza-Abildúa, M. J., Ramírez-Prieto, M. T., Moreno-Zabaleta, R., Arenas-Valls, N., Salvador-Maya, M. A., Algarra-Lucas, C., Rojo Moreno-Arrones, B., Sánchez-Cordón, B., Ojeda-Ruiz de Luna, J., Jimeno-Montero, C., Navacerrada-Barrero, F. J., Borrue-Fernández, C., Malmierca-Corral, E., Ruíz-Seco, P., González-Ruano, P., Palmí-Cortés, I., Fernández-Travieso, J., Mata-Álvarez de Santullano, M., Almarcha-Menargues, M. L., ... Pérez-López, C. (2020). Complicaciones neurológicas en pacientes críticos por SARS-CoV-2. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 35(9), 621. <https://doi.org/10.1016/J.NRL.2020.07.014>

Alasad, J. A., Abu Tabar, N., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, 30(4), 859.e7-859.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.03.021>

Arévalo Nuñez, A. (2021). Síndrome confusional agudo en pacientes con Covid 19. Revisión teórica. Universidad Central Del Ecuador.

Ayllón Garrido, N., Álvarez González, M., & González García, M. (2007). Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 18(4), 159–167. [https://doi.org/10.1016/S1130-2399\(07\)74399-7](https://doi.org/10.1016/S1130-2399(07)74399-7)

Bernal, D., González, R., & Rojas, I. (2018). Factores estresores en pacientes en unidades de cuidado intensivo adulto. *Revista de Enfermagem*, IV(núm. 16), 63–72. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388256613007/html/>

Calvete Vázquez, R., García Arufe, M. B., Uriel Latorre, P., Fernández López, V., & Medín Catoira, B. (2000). El sueño de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y los factores que lo alteran. *Enfermería Intensiva*, 11(1), 10–16. <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-el-sueno-pacientes-ingresados-una-13008812>

Carlet, J., Thijs, L. G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., Hinds, C., Pimentel, J. M., Reinhart, K., & Thompson, B. T. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Medicine*, 30(5), 770–784. <https://doi.org/10.1007/S00134-004-2241-5>

Carrillo-Esper, R., Carrillo-Córdova, D. M., Carrillo-Córdova, C. A., & Bracho-Olvera, H. R. (2017). Alteraciones del sueño en el enfermo grave. Un evento de gran repercusión y poco tomado en cuenta. *Medicina Interna de México*, 33(5), 618–633. <https://doi.org/10.24245/mim.v33i5.1558>

Celis-Rodríguez, E., Birchenall, C., de la Cal, M. A., Castorena Arellano, G., Hernández, A., Ceraso, D., Díaz Cortés, J. C., Dueñas Castell, C., Jimenez, E. J., Meza, J. C., Muñoz Martínez, T., Sosa García, J. O., Pacheco Tovar, C., Pálizas, F., Pardo Oviedo, J. M., Pinilla, D. I., Raffán-Sanabria, F., Raimondi, N., Righy Shinotsuka, C., ... Rubiano, S. (2013). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de la sedoanalgesia en el paciente adulto críticamente enfermo. *Medicina Intensiva*, 37(8), 519–574. <https://doi.org/10.1016/J.MEDIN.2013.04.001>

Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Quindós, B., Espina, M. J., Forcelledo, L., López-Amor, L., García-Arias, B., del Busto, C., de Cima, S., & Fernández-Rey, E. (2015). Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(5), 243–250. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2015.06.002>

Gallardo, J., Córdova, P., Sánchez, M., Herrero, A., Claudio, E., & Lahoz, N. (2021). Manejo del dolor en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/manejo-del-dolor-en-pacientes-ingresados-en-unidades-de-cuidados-intensivos/>

Gil, B., Ballester, R., Gómez, S., & Abizanda, R. (2013). Afectación emocional de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 129–138. <https://doi.org/10.5944/RPPC.VOL.18.NUM.2.2013.12769>

Giménez-Esparza Vich, C., Alcántara Carmona, S., & García Sánchez, M. (2022). Delirium y COVID-19. Aspectos prácticos de una frecuente asociación Delirium in COVID-19. Practical aspects of a frequent association. *Medicina Intensiva*, 46, 336–340. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.12.013>

Gomez, L., Díaz, L., & Cortés, F. (2016). Cuidados de enfermería basados en evidencia y modelo de Betty Neuman, para controlar estresores del entorno que pueden ocasionar delirium en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*, 15(41). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100004)

Gómez Tello, V., & Ferrero, M. (2016). Infraestructura humanizada en las UCI. Un reto a nuestro alcance. *Enfermería Intensiva*, 27(4), 135–137. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2016.10.002>

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J., & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*, 31(6), 318–325. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Johansson, L., Bergbom, I., Wayne, K. P., Ryherd, E., & Lindahl, B. (2012). El entorno sonoro en la habitación de un paciente de la UCI: un análisis de contenido de los niveles de sonido y las experiencias de los pacientes. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(5), 269–279. <https://doi.org/10.1016/J.ICCN.2012.03.004>

Mayoral, V., Pérez, C., Pérez, J., & Canós, A. (2020). Sociedad Española del Dolor (SED). Recomendaciones asistenciales para unidades de dolor ante la normalización progresiva de la actividad durante la pandemia por COVID-19. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 27(3), 192–215. <https://doi.org/10.20986/RESED.2020.3821/2020>

Médica, E. (2020). Más de 82.000 personas han recibido atención en salud mental en la emergencia por CoVID19. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/gestion/-95964>

OIT. (2021). El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19. 1–7.

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Síntesis de evidencia y recomendaciones: Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas. *Guía Para El Cuidado de Pacientes Adultos Críticos Con COVID-19 En Las Américas*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.128>

Ortega-Chacón, V., & Martínez Díaz, D. (2017). Estrategias e instrumentos de comunicación con pacientes en ventilación mecánica invasiva. Revisión de la literatura. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 8(1), 92. <https://doi.org/10.20318/recs.2017.3608>

Palacio, M. (2020). El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Conocimiento Enfermero*, 3(07), 49–61. <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/94>

Perea, M. C. (2006). El silencio en la UCI. ¿Una utopía? *Evidentia*. <http://www.index-f.com/evidentia/n10/241articulo.php>

Pérez, R., & Doubova, S. (2020). Los desafíos del personal de salud ante el coronavirus. *Gente Saludable*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/desafios-personal-salud-coronavirus/>


Romero-García, M., de la Cueva-Ariza, L., Jover-Sancho, C., Delgado-Hito, P., Acosta-Mejuto, B., Sola-Ribo, M., Juandó-Prats, C., Ricart-Basagaña, M. T., & Sola-Sole, N. (2013). La percepción del

paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*, 24(2), 51–62. <https://doi.org/10.1016/J.ENFI.2012.09.003>

Ruíz Aguilar, Á., & Lara Domínguez, P. (2021). Cuidados al paciente COVID en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Enfermería Docente*, 113.

UNICEF. (2020). “El COVID-19 no sólo cambió nuestra forma de vivir, sino también la forma de morir” | UNICEF El Salvador. <https://www.unicef.org/elsalvador/historias/el-covid-19-no-sólo-cambió-nuestra-forma-de-vivir-sino-también-la-forma-de-morir>

Yordi, M., & Ramos, A. (2020). Reflexiones sobre la COVID 19, desde la perspectiva social TT - Reflections on the COVID 19, from the social perspective. *Humanidad. Med*, 20(2), 247–261.

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .