

Experiencias de hospitalización por Covid-19 en personas adultas, desde una mirada humanizada

Autoras/es:

Silvana Castillo-Parra. PhD. Enfermera, Profesora Asociada (D) Departamento de Enfermería. Universidad de Chile.

Mail de correspondencia: scastillo@uchile.cl

Verónica Rojas Jara. Msc. Enfermera, Unidad de Paciente Crítico, Departamento Medicina Interna. Universidad de Chile

Christian Caamaño Flores. Licenciado en enfermería, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Sebastián Oyarce Olate. Licenciado en enfermería, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Sharon Roca Alemán. Licenciado en enfermería, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Sophia Rojas Jara. Licenciado en enfermería, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Valentina Salazar Fernández. Licenciado en enfermería, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Trabajo derivado de Tesis para optar al grado de licenciado/a en Enfermería

Financiamiento: No se contó con ningún tipo de financiamiento

Conflicto de interés: No existen conflictos de interés

Recibido: 26 de enero de 2022

Aceptado: 07 de junio de 2022

DOI: <https://doi.org/10.22370/bre.71.2022.3282>.

› Resumen

Introducción: La pandemia por COVID-19 y la alta demanda de camas en unidades críticas, significó cambios en la organización de equipos y servicios hospitalarios, siendo los profesionales de enfermería fundamentales para gestionar cuidados humanizados y garantizar derechos relacionados con la atención de salud. **Objetivo:** Explorar las experiencias de hospitalización por COVID-19 de personas adultas en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital universitario, desde una perspectiva de la humanización de la atención. **Método:** Investigación cualitativa tipo estudio de caso, aprobada por Comité de ética. Se realizan entrevistas semiestructuradas a 7 pacientes ingresados por COVID-19 en un hospital universitario en Santiago de Chile entre 2020 - 2021, previa firma del consentimiento informado. Se realiza análisis de contenido, aplicando criterios de rigor de Guba. **Resultados:** A pesar de lo complejo de la experiencia, los pacientes perciben positivamente la atención, destacando el contacto con la familia, las condiciones del entorno y la comunicación cercana con el personal de salud a pesar del cansancio y la presión asistencial. **Conclusiones:** Este estudio aporta al conocimiento y práctica para una enfermería más humanizada en contexto pandemia, abriendo posibilidades de ampliar estudios desde la perspectiva familiar y del personal sanitario.

› **Palabras claves:** Enfermería, Infección por Coronavirus, Hospitalización, Humanización de la Atención, Unidades de Cuidados Intensivos (DeCS- BIREME).

Covid-19 hospitalization experiences in adult people from a humanized approach

› Abstract

Introduction: The COVID-19 pandemic and the high demand for beds in critical units, meant changes in the organization of hospital equipment and services, nursing professionals being essential to manage humanized care and guarantee rights related to health care. **Objective:** To explore the experiences of hospitalization for COVID-19 of adults in the Intensive Care Unit of a university hospital, from a perspective of the humanization of care. **Method:** A Qualitative case study. Used Semi-structured interviews to 7 patients admitted for COVID-19 in a university hospital in Santiago de Chile between 2020 - 2021, after signing the informed consent. Content analysis is performed, applying Guba's rigorous criteria. This study was approved by the Ethics Committee. **Results:** Despite the complexity of the experience, the patients perceive the care positively, highlighting the contact with the family, the environmental conditions, and the close communication with the health personnel despite fatigue and care pressure. **Conclusions:** This study contributes to knowledge and practice for a more humanized nursing in a pandemic context, opening up possibilities to expand studies from the perspective of family and health worker.

› **Keywords:** Nursing, Coronavirus Infections, Hospitalization, Humanization of Care, Intensive Care Units (DeCS – BIREME).

› Introducción

La enfermedad por el virus SARS-COV-2, desde su propagación internacional y conversión en pandemia, ha generado un gran aumento en la demanda de camas críticas debido a la variedad de sus síntomas y la complejidad del cuadro clínico que puede desencadenar (1). Es así como en junio de 2021, se reportaban en la red hospitalaria chilena 3.287 pacientes internados en camas UCI por Covid-19 (2). Esta sobredemanda hizo que los sistemas de salud hayan modificado su estructura, provisión de servicios, composición de equipos y carga laboral. Es importante considerar que con el transcurso del tiempo, algunos de los problemas iniciales han ido siendo resueltos y si bien al inicio de la pandemia los problemas de abastecimiento de elementos de protección personal, desconocimiento de vía de transmisión y ausencia de vacunas, significaron en el equipo de salud un elevado riesgo biológico, actualmente y luego de 2 años el riesgo se concentra principalmente en aspectos laborales asociados a de sobrecarga de trabajo e impacto en la salud mental y bienestar emocional producto de la mayor exposición a la muerte. (3,4,5).

La pandemia ha significado un ingreso masivo de pacientes, saturando rápidamente las UCI, lo cual a su vez se tradujo en un aumento de turnos para el equipo de salud y la urgencia de formación en cuidados críticos que permitiera a personal sin experiencia asumir en estas unidades (6). Paralelamente las limitaciones propias del uso de elementos de barrera por parte del equipo y las restricciones de movilización de la población, fueron las principales razones por lo que la comunicación y entrega de la información se vieron afectadas (7). A causa de esto, se plantean sugerencias sobre cómo los equipos de atención clínica podrían ayudar a los pacientes y sus familias a adminis-

trar mejor sus experiencias hospitalarias en el contexto del COVID-19. Sus principales estrategias son: priorizar la comunicación, mantener un compromiso activo con los pacientes y sus familias, y mejorar la relación con el uso de la tecnología. El estudio de Shead (8), menciona las dificultades comunicacionales que han enfrentado las UCI durante la pandemia, tales como el uso de mascarillas y escudos faciales que al ser barreras físicas, inhiben la proyección de la voz y omiten las expresiones faciales de afecto; la restricción de visitas y por consiguiente el temor familiar de que el paciente muera solo, el resentimiento al equipo de salud antes de la comprensión, el uso obligado de datos móviles más costosos para tener conexión, y la creación de un entorno adecuado que permita establecer el contacto entre usuarios, familiares y el equipo de salud.

La creación de las unidades intensivas, han contribuido en la disminución de la mortalidad a nivel mundial y han aumentado el acceso a tratamiento de pacientes críticos, mediante el uso de tecnología y evidencia actualizada (9), no obstante la literatura y la misma experiencia de pacientes y familias revelan aspectos vinculados a competencias no técnicas que aún son posibles de mejorar vinculadas a competencias no técnicas. En este último punto la aparición del Proyecto Humanizando los Cuidados Intensivos a proporcionado un marco teórico (10), que permite operacionalizar el concepto de manera objetiva y medible, a través de la propuesta de líneas estratégicas, las cuales son: UCI de puertas abiertas, presencia y participación de los familiares de los cuidados, comunicación, bienestar del paciente, cuidados al profesional, síndrome post cuidados intensivos, cuidados al final de la vida e infraestructura humanizada.

La investigación realizada el año 2020 por Maciel et al (11) donde se buscan conocer los aspectos

favorables y desfavorables de la humanización a partir de las percepciones de los pacientes posterior a UCI, destacó que el cuidado humanizado con miras a la recuperación física y emocional fue un aspecto que contribuyó a la resignificación de la posibilidad de vivir de los pacientes.

Para conocer sobre la importancia que los profesionales de enfermería atribuyen a la entrega de cuidados humanizados, un estudio realizado en Brasil demostró que los enfermeros perciben que entregar cuidado humanizado influye en el tratamiento y la recuperación del paciente (12). Otro estudio enfocado también en enfermería realizado por Monje et al. (13), determinó que el 86% de pacientes afirmó recibir siempre tratos humanizados por enfermeros, en considerable contraste al 0,6% que nunca percibió este tipo de cuidados.

Si bien, han transcurrido más de 2 años desde la declaración de la OMS de la pandemia por COVID-19, esta continúa siendo nueva, por lo que la evidencia científica relacionada a su impacto y como la atención humanizada podría ser un elemento protector o como puede mantenerse pese a las restricciones existentes.

Los equipos de enfermería tienen como prioridad el cuidado de las necesidades del paciente y sus familias, mediante su rol asistencial, de gestión, educación e investigación. Conocer las experiencias de estadía hospitalaria de las personas afectadas por COVID-19 desde las perspectivas de los usuarios, permite visibilizar situaciones y valoraciones individuales que aporten a la práctica clínica reflexiva y al desarrollo de labores clínicas que contribuyan en la satisfacción de los usuarios, el resguardo de su bienestar y su derecho a recibir una atención en salud humana y digna.

De esta forma, la influencia del COVID-19 en las condiciones de la atención hospitalaria, en la pre-

sión asistencial de las personas que entregan los cuidados, así como en la salud de quienes reciben dichos cuidados, conducen a preguntarse qué ha sucedido acerca de la humanización de la atención en salud en este contexto nacional. Para responder esta pregunta, se diseñó este estudio cuyo objetivo fue explorar la experiencia de las personas que vivenciaron una hospitalización por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intensivos en el hospital universitario, desde una mirada de la humanización de la atención, siendo esta una oportunidad de profundizar desde sus perspectivas en lo que significa una atención en salud humanizada.

› Material y Método

El estudio utilizó un método de investigación cualitativa, con paradigma post positivista y diseño tipo estudio de caso. (14).

Se respetaron los siete requisitos éticos planteados por Ezekiel Emanuel (15) y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), respaldando el consentimiento informado firmado por cada participante.

Se incluyeron como criterios de inclusión personas mayores de 18 años, que estuvieron hospitalizadas en la UCI de un Hospital universitario entre 2020 y 2021 a causa del COVID-19 y habían sido incorporadas en el protocolo de seguimiento a pacientes con riesgo de Síndrome Post UCI del Hospital (16). Se determinaron como criterios de exclusión personas con daños neurológicos, incapacidad de comunicarse verbalmente o que no hablaran español.

Los participantes fueron seleccionados por muestreo intencionado y correspondieron a 7 personas entre 56 y 76 años con periodos de hospitalización

de 14 a 88 días. Los datos se recolectaron entre octubre y diciembre de 2021, mediante entrevistas semiestructuradas a través de videollamadas en plataformas online, cuya duración aproximada fue de una hora. Cada entrevista contó con dos investigadores, en labores de entrevistar y tomar notas de campo. Las entrevistas fueron grabadas en audio con previo consentimiento de los participantes, siendo anonimizadas y con acceso exclusivo de los investigadores del estudio.

Para analizar la información obtenida, se utilizó el método Análisis de Contenido. Se realizó transcripción literal de cada entrevista, donde se identificaron alfanuméricamente unidades de significado que permitieron la generación de 23 códigos, los cuales fueron definidos y agrupados de acuerdo a la interpretación de relaciones en 3 categorías. Además se incorporaron notas interpretativas y notas conceptuales. Todo lo antes mencionado dio origen a la meta-categoría *Experiencias de hospitalización por COVID-19*, cuyos resultados se presentan en la presente publicación. Este proceso contó con triangulación de datos por parte de los investigadores y la aplicación de los criterios de rigor definidos por Guba & Lincoln (17).

› Resultados

Las experiencias de hospitalización por COVID-19, fueron analizadas desde tres perspectivas asociadas a sus categorías, las cuales corresponden en primer lugar, a las vivencias de hospitalización de los pacientes, que incluye aspectos personales vinculados a su cuadro clínico, así como reflexiones y emociones en torno a dicha experiencia, a su bienestar y a la relevancia de la familia durante su hospitalización; la segunda categoría se refiere al entorno del paciente, que considera los cuidados recibidos, las condiciones ambientales de la Unidad y la interacción con el personal de salud;

y la tercera categoría está vinculada con las condiciones post alta de los pacientes, que incluye cambios a nivel físico, anímico y de adaptación.

1. Vivencias durante la hospitalización desde el enfoque personal del paciente

1.1 Síntomas de la enfermedad

La mayoría de los entrevistados relató que sus principales síntomas previos a la hospitalización fueron cansancio y malestar, dificultad respiratoria, dolor de cabeza, de estómago, tos y fiebre. Todos consultaron en la red de urgencias una vez que existió percepción de gravedad en su estado de salud. Durante la hospitalización, los síntomas físicos que experimentaron incluyeron problemas respiratorios de vía aérea alta y baja, insomnio, pérdida de fuerza y masa muscular, dificultad para moverse o caminar y dolores corporales. Algunos participantes además vivenciaron momentos que percibieron como críticos en su salud y con riesgo de muerte, presentando síntomas graves que requirieron intubación.

“yo grave en el hospital, así yo a más no poder, eh...cada día me fue complicando más, [...] Entonces ya no podía, me llegó un momento que no me podían seguir ventilando porque se iba reventar el pulmón y me iba a morir. P2US11

1.2 Desconexión con el medio y alteración de consciencia

Si bien no todos los participantes vivieron situaciones de desconexión con el medio, aquellos que lo experimentaron refirieron alteración de la percepción de realidad mediante períodos de desorientación, alucinaciones, alteraciones de memoria y sueños recurrentes, atribuyendo como principal causa el efecto de fármacos y situaciones fisiopatológicas como fiebre o dificultades en la ventilación. Por su parte, un grupo de pacientes señaló alteración o pérdida de conciencia total o parcial durante asociado al período de intubación

endotraqueal, perdiendo la noción del tiempo.

“Estuve inconsciente hartos días también, estuve intubado como 12 o 13 días, entonces parte también de la hospitalización no tuve noción de ella”. P3US38

1.3 Evolución positiva del estado de salud

A lo largo de la hospitalización, los participantes experimentaron una paulatina recuperación de su salud como producto de las intervenciones del equipo sanitario, identificando momentos en que volvieron a tener las capacidades que habían disminuido o perdido durante la enfermedad, y que tuvieron un impacto positivo en ellos mismos, en el equipo y en sus familias.

“El tema es que gracias a Dios, lo pasé bien, pude aguantar esa máquina y pasar todos esos meses, esos dos meses y logré recuperarme, cuando ya me recuperé, desperté [...] y ahí abrí los ojos y reconocí [...] ellos [la familia] me dicen que los reconocí, que les levanté la mano, que ellos hablaban, que movían la cabeza, que sí sabía quiénes eran, y yo decía que sí. Así que no, ahí dice el doctor que todos felices, había despertado bien, y ahí me fui recuperando poco a poco con ayuda de kinesiólogo”. P2US17

1.4 Mantención del bienestar

Los participantes dieron a conocer las sensaciones que marcaron la atención y su experiencia durante la hospitalización, encontrándose entre ellas dos sensaciones fuertemente marcadas y contradictorias. La mayoría de los pacientes visibilizó una sensación de bienestar en la atención, entendiéndose esta como expresiones donde el paciente refiere haberse sentido “bien”, “tranquilo”, “relajado” o “cómodo”. Sin embargo, una parte de los participantes declaró, en menor medida, haber sentido malestar en su hospitalización, asociada particularmente a las contenciones y posición decúbito dorsal mantenida.

“Me sentía muy muy [...] tranquila, relajada...” P1US40

“En el hospital tú sabes que es la única manera que estás siempre así de espalda, entonces eso me incomodaba mu-

cho porque como yo estaba amarrado, entonces no podía digamos darme vuelta, no podía ponerme de lado”. P3US23

1.5 Aspectos emocionales

Las personas participantes del estudio, expresaron haber sentido temores relacionados al desconocimiento, incertidumbre o empeoramiento de su salud, además de sentir preocupación por sus seres queridos y por lo que ellos sabían, pensaban o sentían respecto a su estado de salud. Algunos participantes sintieron miedo respecto a lo que podría ocurrir, particularmente surge el temor a morir.

“...yo no veía, escuchaba no más, pero no veía nada, y yo pensaba en ella [esposa], y pensaba ¿dónde estará ella? ¿Ella estará bien? ¿Ella estará en la casa? ¿qué estará pasando?, pero yo sin saber el tiempo que llevaba”. P2US63

“Me daba miedo dormirme, pensaba que me iba a morir, [que] si me quedaba dormido, no iba a despertar al otro día”. P2US30.

Por su parte, algunos participantes expresaron que sus deseos de salir del hospital y regresar con sus familias, sirvió de motivación para colaborar en sus planes de cuidado y acelerar su proceso de recuperación.

1.6 Impacto de la experiencia en su vida

La experiencia hospitalaria generó en los participantes oportunidades de realizar reflexiones profundas en relación al impacto que produjo esta enfermedad en sus vidas, y particularmente en la necesidad de generar cambios radicales por la situación límite experimentada. Por otro lado, se menciona una importante crítica a la responsabilidad que le compete al Estado respecto a las personas que enfermaron por COVID-19 y los altos gastos que la enfermedad significó.

“[...] siento que si pasó un evento en que estas “muerto, muerto” y te vuelves a la vida, y eso no te hace reflexionar, no hay un cambio radical en tu vida, entonces no te sirve de nada. A mí me cambió”. P3US69.

1.7 Afrontamiento de situaciones límites

Existieron situaciones particulares en las que tanto el personal de salud, la familia y la persona se vieron enfrentadas a momentos críticos, y en donde el abordaje del personal médico y las decisiones fueron diversas. Por un lado, hubo mención de variadas situaciones en las que los pacientes reconocen que las decisiones tomadas por parte del equipo de salud frente a la situación de gravedad, fueron del todo pertinentes tanto desde la perspectiva médica como afectiva, con el objetivo de recuperar la salud.

“Aparte, como te digo, falleció mi papá y mi mamá y yo no tenía idea. Entonces también ella fue preparándome, [...] Porque... se pusieron de acuerdo ahí, en el hospital, con los otros doctores y especialistas que me estaban tratando, que no me dijeran que mis papás habían fallecido. Porque si me decía así como yo estaba en la gravedad, me iba a ir abajo”. P2US41

Sin embargo, también se describen experiencias donde los pacientes califican las acciones del equipo médico como injustificadas o erróneas, como por ejemplo la indicación a los familiares de dar una despedida final al paciente, sin que éste se sintiera grave.

1.8 Familia como un pilar fundamental

Las personas refirieron que alejarse de sus hogares producto de la hospitalización les provocó nostalgia y anhelo por ver a sus familias. Por lo tanto, el acompañamiento mediante la presencia física o a través del contacto indirecto con dispositivos tecnológicos, pudo mejorar su estado de ánimo y disminuir la sensación de soledad. La participación de los seres queridos presencial o a distancia constituye un pilar fundamental para la mejoría en su estado de salud. Por su parte, los pacientes percibieron una comunicación efectiva entre profesionales y familiares, lo que permitió mayor acercamiento con sus seres queridos, ya

que los mantuvieron informados sobre su estado de salud, además de permitir la toma de decisiones en conjunto.

“Yo vi todos los días a mi señora. Y gracias a eso, yo creo que salí adelante, de la forma que salí. Si ella no hubiera estado ahí presente, al lado mío, yo quizás no hubiera salido tan rápido como lo hice. Porque ella me ayudaba. Imagínate, estaba mal, en el suelo, deprimido, sin ganas de nada, no quería nada, y llegaba ella a verme. [...] Y me decía tantas cosas que cuando se iba yo quería puro salir después. Y al otro día hacía con más ganas los ejercicios [...] Yo creo que eso me ayudó mucho. P2US37

2. Experiencias relacionadas al entorno del paciente

2.1 Cuidados requeridos durante la hospitalización

Los participantes refieren haber recibido múltiples cuidados relacionados a las necesidades respiratorias, mediante el uso de dispositivos de oxigenoterapia, incluida la ventilación mecánica invasiva. Sobre las necesidades de nutrición, destacaron la entrega de hidratación oral y la utilización de fleboclisis; mientras que los cuidados para conservar el equilibrio actividad-reposo fueron esenciales para la rehabilitación.

“Con el kinesiólogo todos los días haciendo ejercicio con el tema, entonces de ahí de a poco cada día a día iba recuperando, hasta que logramos, lograron hacerme parar”. P2US21

Además, las personas mencionaron recibir otros cuidados, como uso de elementos de protección personal, colchón antiescaras, mantenimiento de la higiene, administración de fármacos y otras medidas que requirieron intervención recurrente del personal.

“Me inyectaban todo el día el antibiótico, me cambiaban las bolsas del suero, y todo eso, fue harto”. P1US54

2.2 Condiciones ambientales

Los participantes de este estudio, recuerdan aspectos que influyeron en su comodidad durante el

período de hospitalización, como por ejemplo la cama, la iluminación natural y eléctrica, la presencia de otros pacientes en la sala, el ruido, la temperatura ambiental y la presencia o no de baños individuales. En cuanto a los problemas reconocidos, se mencionan camas percibidas como incómodas debido a la poca costumbre de dormir en otras posiciones, estar en una habitación con su máxima capacidad de pacientes, lo cual aumentaba el ruido ambiental, además de la ausencia de aire acondicionado y timbres para pedir asistencia. A pesar de lo anterior, se destaca la buena disposición del personal para adaptar las condiciones para bienestar del paciente.

“Pero bien, las luces buenas, por ejemplo decía siempre que me bajarán un poco la luz porque en la UCI las luces son como muy fuertes, así que me bajaban las luces, me dejaban unas tenues y ni un problema, ni un problema... P1US32

2.3 Percepciones sobre el personal de salud

Los entrevistados reconocieron las labores, actitudes y estado de ánimo del equipo de salud. En su relato reflejan sobrecarga y agotamiento en ellos, pero también mencionan la amabilidad en la atención, el compromiso con los pacientes y su trabajo, y el cumplimiento de sus deberes como personal de salud.

“Igual los notaba muchas veces agotados, porque yo cuando caí en esa fecha era, yo creo que la peor, una de las fechas más altas con personas que eran de COVID. Es que los turnos [eran] muy largos, de 18 o 24 horas [...] yo los escuchaba hablar a ellos, estaban cansados, pero así y todo ellos siempre hicieron su pega bien igual, porque estaban ahí y se entregaban por entero a lo que había que hacer, y uno notaba esa fuerza, esas ganas que tenían”. P2US75

3. Experiencias post alta

Los participantes refirieron notar cambios en su salud luego del alta, principalmente físicos, destacando el cansancio, pérdidas del equilibrio, del tono muscular y la fuerza, dolores y palpitaciones

cardíacas. Estos síntomas alteraron su capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria y desplazarse, siendo más propensos a sufrir accidentes. Aún así, gran parte de los participantes reconoce haber tenido una recuperación progresiva desde el alta.

Otro aspecto destacado por los participantes se refiere a cambios anímicos luego de la hospitalización, reconociéndose más sensibles ante situaciones emotivas y más propensos al llanto y estados de tristeza; además de otros sentimientos, como el miedo a accidentarse, miedo a la muerte o afectación al oír noticias sobre la enfermedad. Al contrario, otros participantes afirman tener cambios positivos en la forma de querer vivir la vida, pues la situación de enfermedad por COVID-19 les hizo reflexionar y estar más agradecidos.

“[Las emociones] te dejan en bajada. Yo cambié mucho mi carácter, de esa forma. Tú tienes sentimientos -espero que nadie los viva- realmente. Te angustias mucho. Sientes angustia, te deja mucho dolor. [...] No podía ver noticias del COVID porque me afectaba. Te deja muy sensible... Te deja muy a flor de piel este asunto.” P4US76

› Discusión

Acercas de la experiencia de hospitalización por COVID-19, existen aspectos que revelan puntos de encuentro en los hallazgos de este estudio con otros estudios internacionales.

En cuanto a las percepciones de hospitalización y post-hospitalización en cuidados críticos, el proyecto de Maciel et al (11), muestra resultados similares a los nuestros sobre la percepción de los pacientes respecto a recibir buenos cuidados en su atención de salud, lo cual influyó en su autorreflexión y posterior mirada a la hospitalización.

Además los hallazgos de este estudio se acercan a los descritos en la revisión sistemática realizada por Kean et al (18), centrado en las experiencias de

sobrevivencia a las unidades de cuidado intensivo, tanto del paciente como de sus familias, en ambos trabajos los aspectos personales, familiares y del sistema de salud impactan en la sobrevida.

Una revisión sistemática (19) agrupa los riesgos para presentar Síndrome Post-UCI (PICS) en 2 categorías: relacionados a aspectos personales y de la propia UCI (20). Esto coincide con las categorías determinadas en nuestro estudio, al caracterizar los aspectos de la experiencia de hospitalización y reconocer la influencia que estos tienen en la salud del paciente y como este puede recuperar su condición basal no sólo desde lo físico, sino como una persona. Permitiendo identificar aspectos de organización, infraestructura y equipo de salud con el potencial de ser mejorados y junto con ello contribuir en los desenlaces alejados de pacientes y familias. Desde esta perspectiva implementar una atención digna centrada en los pacientes y en sus preferencias y valores, podría ser un factor protector frente al riesgo de experimentar PICS; esto mediante la utilización de protocolos basados en la evidencia y con pertinencia local, usando la tecnología y potenciando el trabajo multidisciplinario, lo que se traduce en una mejora de la calidad y seguridad de la atención hospitalaria en las unidades de cuidados críticos (21).

Además, en el estudio de Shead (8), se expone que las restricciones establecidas en las UCI por COVID-19 limitaron el establecimiento del contacto entre el usuario y sus seres cercanos, experimentando más miedo y ansiedad. Esto concuerda con lo expuesto en nuestros resultados, y se evidencia que permitir comunicación con los familiares contribuye en la regulación de la ansiedad que la separación produce, así como de la incertidumbre por el desconocimiento del lugar donde su familiar está siendo atendido y el equipo de salud responsable de su cuidado.

Por otro lado, un estudio cualitativo desarrollado en España, por Venturas (22), también señala, al igual que nuestro estudio acerca del proceso de adaptación de los pacientes a las condiciones hospitalarias y la gratitud hacia el trabajo realizado el equipo de salud.

Limitaciones

Nuestro estudio fue realizado en un contexto de restricciones sanitarias para la prevención del COVID-19. Esto empujó a la búsqueda de métodos de comunicación a distancia, con la pérdida de la presencialidad en las entrevistas, lo que amenazó con afectar la profundidad comunicativa lograda, en cuanto a la observación del lenguaje no verbal y fluidez de la conversación, sumando además los riesgos de una conexión inestable. No obstante, y a fin de mitigar estas potenciales barreras, las entrevistas fueron realizadas por 2 personas.

› Conclusiones

La incertidumbre generada por el COVID-19 hace necesario aportar a la investigación desde distintos puntos de vista, y considerando aspectos propios de la disciplina de enfermería, con el fin de potenciar la gestión del cuidado en personas hospitalizadas en UCI por esta enfermedad.

El estudio permitió , explorar la experiencia de hospitalización en UCI de personas con COVID, describiendo situaciones desde un enfoque personal y ambiental, encontrando en su mayoría relatos positivos, bien valoradas por los participantes y que aportaron a su recuperación. Además, se evidenció que entre los factores influyentes de la experiencia positiva de hospitalización, destaca fuertemente la incorporación y presencia de la familia, además del compromiso y disposición del personal sanitario con el bienestar del paciente.

Es necesario generar más investigaciones en en-

fermería asociadas al COVID-19, pues es una temática con gran relevancia sociosanitaria, y que requiere de una mirada integradora y de continuidad de cuidados, al impactar biopsicosocialmente a los pacientes, familias y equipo de salud.

► Referencias Bibliográficas

1. Saldías Peñafiel F, Peñaloza Tapia A, Farías Nesvadba D, Farcas Oksenberg K, Reyes Sánchez A, Cortés Meza J, et al. Manifestaciones clínicas y predictores de gravedad en pacientes adultos con infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020;148(10):1387–97. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020001001387>
2. Radio Uchile. Reporte Covid-19: positividad y ocupación de camas críticas se mantiene en números peligrosos [Internet]. *Diario y Radio Universidad Chile*. 2021 [cited 2022 Jan 23].: <https://radio.uchile.cl/2021/06/12/reporte-covid-19-positividad-y-ocupacion-de-camas-criticas-se-mantiene-en-numeros-peligrosos>
3. Colegio Médico. El impacto de Covid19 en el Sistema de Salud y propuestas para la reactivación [Internet]. *Colegiomedico.cl*. [cited 2022 Jan 23]. Disponible en: <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2020/08/reactivacion-sanitaria.pdf&ved=2ahUKEwinyOyu7sj1AhWCG7kGHVZvBaYQFnoECAQBg&usg=AOvVaw2GobQC6f5srf9SLEDDGOaA>
4. Tullo JE, Lerea MJ, López P, Alonso L. Impacto de la COVID-19 en la prestación de los servicios de salud esenciales en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2020;44:1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2020.161>
5. Colegio Médico. El impacto de la pandemia de Covid-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud [Internet]. *Colegiomedico.cl*. [cited 2022 Jan 23]. Disponible en: https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2021/04/4to-informe.pdf&ved=2ahUKEwjh_riy7Mj1AhXGJbkGHRS_BvcQFnOECAQBg&usg=AOvVaw2ia11S2dcfsU8eazUFaO4O
6. Castellanos A. Así están trabajando las UCI en el centro de la tormenta de la COVID-19. *Agencias Sinc*, 2020. Disponible en: <https://www.agenciasinc.es/Opinion/Asi-estan-trabajando-las-UCI-en-el-centro-de-la-tormenta-de-la-COVID-19>
7. Rosenbluth G, Good BP, Litterer KP, Markle P, Baird JD, Khan A, et al. Communicating effectively with hospitalized patients and families during the COVID-19 pandemic. *J Hosp Med* [Internet]. 2020;15(7):440–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12788/jhm.3466>
8. Shead DC, Ahmed N, Davids RA. Let's talk about it: What COVID-19 has taught a south African intensive care unit about communication. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2021;40(3):135–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0000000000000474>
9. Clínica Alemana. UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Clínica alemana. 2021 <https://www.clinicaalemana.cl/especialidades/uci>
10. Rojas V. HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS INTENSIVOS. *Rev médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2019;30(2):120–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
11. Maciel DO, Freitas KDO, Paixão dos Santos BR, Costa Torres RS, Tuma dos Reis DS, Vasconcelos EV. Percepções de pacientes adultos sobre a unidade de terapia intensiva. *Enferm em Foco* [Internet]. 2020;11(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n1.2071>
12. Dos Santos EL, De Araújo Dórea SN, De Souza Maciel M da PG, Ferreira Dos Santos LK, Da Silva

- MB, Lins Moraes MG. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA. *Rev Baiana Enfermagem* [Internet]. 2018;32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.23680>
13. Monje V. P, Miranda C. P, Oyarzún G. J, Seguel P. F, Flores G. E. Percepción De cuidado humanizado De enfermería desde la perspectiva De usuarios hospitalizados. *Cienc enferm (Impresa)* [Internet]. 2018;24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>
 14. Yin, R. Investigación sobre estudios de casos: Diseño y métodos. *Applied Social Research Methods Series, Volume 5*. 1989. Recuperado en 03 de julio de 2021, de: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN%20ROBERT%20.pdf>
 15. Emanuel, E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. 1999. Recuperado en 10 de julio 2021, de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-299739>
 16. Rojas, V. Impacto de la fragilidad pre-admisión a la unidad de cuidados intensivos (UCI) en el desarrollo del Síndrome Post-UCI en pacientes adultos. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. 2018.
 17. Rojas X, Osorio B. Criterios de Calidad y Rigor en metodología cualitativa. *Gaceta de pedagogía* N° 36. 2017. Recuperado en 10 de julio de 2021, de: https://www.researchgate.net/publication/337428163_Criterios_de_Calidad_y_Rigor_en_la_Metodologia_Cualitativa
 18. Kean S, Donaghy E, Bancroft A, Clegg G, Rodgers S. Theorising survivorship after intensive care: A systematic review of patient and family experiences. *J Clin Nurs* [Internet]. 2021;30(17–18):2584–610. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.15766>
 19. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* [Internet]. 2020;33(3):287–94. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.004>
 20. Rattray J, Johnston M, Wildsmith JAW. The intensive care experience: development of the ICE questionnaire. *J Adv Nurs* [Internet]. 2004;47(1):64–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03066.x>
 21. Cabrini L, Landoni G, Antonelli M, Bellomo R, Colombo S, Negro A, et al. Critical care in the near future: patient-centered, beyond space and time boundaries. *Minerva Anesthesiol*. 2015.
 22. Venturas M, Prats J, Querol E, Zabalegui A, Fabrellas N, Rivera P, et al. Lived experiences of hospitalized COVID-19 patients: A qualitative study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(20):10958. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph182010958>