



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Estrategias de cuidado a pacientes hospitalizados por COVID-19: una revisión sistematizada

COVID-19 hospitalized patients healthcare strategies: A systematic review

Estratégias de cuidado a pacientes hospitalizados por COVID-19: uma revisão sistematizada

C. González-Nahuelquin^{a*}, M. Palma-Morales^b, S. Plaza-Acosta^c, A. Ruminot-Gana^d,
S. Vial-Vilugrón^e, H. Gálvez-Villalobos^f, N. González-Sanzana^g

ORCID

^a [0000-0002-7136-3971](https://orcid.org/0000-0002-7136-3971)

^e [0000-0002-9152-5448](https://orcid.org/0000-0002-9152-5448)

^b [0000-0001-9184-9023](https://orcid.org/0000-0001-9184-9023)

^f [0000-0002-5322-5911](https://orcid.org/0000-0002-5322-5911)

^c [0000-0002-5202-9433](https://orcid.org/0000-0002-5202-9433)

^g [0000-0001-6893-1897](https://orcid.org/0000-0001-6893-1897)

^d [0000-0002-2708-1651](https://orcid.org/0000-0002-2708-1651)

Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería, Viña del Mar, Valparaíso, Chile

*Autora para correspondencia. Correo electrónico: cibeles.gonzalez@uv.cl

Recibido: 15 diciembre 2021

Aceptado: 04 enero 2023

DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2022.2.1257>

Resumen

Introducción: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 generó una reestructuración de los cuidados de enfermería y de los servicios sanitarios. Es necesario conocer las estrategias de cuidado relevantes con el fin de fortalecer el quehacer de enfermería ante crisis sanitarias.

Objetivo: Identificar las estrategias de cuidado implementadas a personas enfermas de COVID-19 en los servicios hospitalarios para prevenir complicaciones.

Metodología: Revisión sistematizada. Se consultaron las bases de datos WOS, Scopus, CINAHL y BVS. La estrategia de búsqueda se realizó con los descriptores: *COVID-19, Coronavirus, Nursing care, Tertiary Care Center, Primary Health Care, Nurse y Nursing*. Se utilizaron los operadores booleanos AND y NOT, así como el cribado de título y resumen. Se realizó lectura crítica de los textos con apoyo de las guías del CASPe.

Resultados: Se obtuvo un total de 20 manuscritos: el 40 % fueron investigaciones originales, el 20 % de revisión y poco más del 30 % de documento. La evidencia permitió identificar las siguientes estrategias de cuidado: *cuidados visibles* (básicos y especiales), *cuidados invisibles* (sentimientos, comunicación y actitudes) y *cambios estructurales* (infraestructura y gestión hospitalaria).

Conclusiones: Diversas estrategias han demostrado ser efectivas en la prevención de complicaciones asociadas a COVID-19 en fase aguda. Las tres categorías descritas han sido observadas y estudiadas en su totalidad durante la pandemia; no obstante, llaman la atención los *cuidados invisibles*, donde los sentimientos, la comunicación y las actitudes son aspectos intangibles difíciles de evaluar.

Palabras clave: COVID-19; atención de enfermería; gestión clínica; reestructuración hospitalaria; estrategias de salud; Chile.

Abstract

Introduction: The SARS-CoV-2 virus pandemic led to the restructuring of nursing healthcare and other sanitary services. Therefore, it is necessary to design healthcare strategies which can strengthen the nursing tasks during a sanitary crisis.

Objective: In order to prevent and address possible complications, to identify healthcare strategies which can be implemented on persons with COVID-19.

Methodology: This is a systematic review. The WOS, Scopus, CINAHL and BVS databases were consulted. The searching terms were: "COVID-19", "Coronavirus", "Nursing care", "Tertiary Care Center", "Primary Health Care", "Nurse", and "Nursing". The boolean operators AND and NOT were used. The titles and abstracts of the articles were reviewed, and a critical reading was performed using the CASPe guides.

Results: 20 articles were selected; 40% were original researches, 20% were articles of review, and about 30% were documents. The analysis allowed the identification of the following categories related to the healthcare strategies: visible care (basic and special); invisible care (feelings, communications, and attitudes); and structural changes (infrastructure and hospital management).

Conclusions: Diverse strategies have demonstrated being effective in the prevention of COVID-19 associated complications during the acute face of the illness. Moreover, the three categories found in this study have also been described during the pandemic. Nevertheless, it is recommendable to study more thoroughly the category related to the feelings, the communications, and the attitudes as integral parts of the COVID-19 related healthcare.

Keywords: COVID-19; nursing care; clinical governance; hospital restructuring; health strategies; Chile.

Resumo

Introdução: A pandemia do vírus SARS-CoV-2 gerou uma reestruturação dos cuidados de enfermagem e dos serviços de saúde. É necessário conhecer as estratégias de cuidado relevantes para fortalecer o trabalho da enfermagem frente às crises sanitárias.

Objetivo: Identificar as estratégias de cuidado implementadas às pessoas adoecidas pela COVID-19 nos serviços hospitalares para prevenção de complicações.

Metodologia: Revisão sistematizada. Foram consultadas as bases de dados WOS, Scopus, CINAHL e BVS. A estratégia de busca foi realizada com os descritores *COVID-19, Coronavirus, Nursing care, Tertiary Care Center, Primary Health Care, Nurse* e *Nursing*. Foram utilizados os operadores booleanos AND e NOT, bem como triagem de título e resumo. Foi realizada leitura crítica dos textos com apoio dos guias do *CASPe*.

Resultados: Foram obtidos 20 manuscritos: 40 % eram pesquisas originais, 20 % eram revisões, e pouco mais de 30% eram documentos. As evidências permitiram identificar as seguintes estratégias de cuidado: *cuidados visíveis* (básicos e especiais), *cuidados invisíveis* (sentimentos, comunicação e atitudes) e *mudanças estruturais* (infraestrutura e gestão hospitalar).

Conclusões: Várias estratégias provaram ser eficazes na prevenção de complicações associadas à COVID-19 na fase aguda. As três categorias descritas foram observadas e estudadas na íntegra durante a pandemia. Com tudo, chamam a atenção os *cuidados invisíveis*, onde os sentimentos, a comunicação e as atitudes são aspectos intangíveis e de difícil avaliação.

Palavras chave: COVID-19; cuidados de enfermagem; governança clínica; reestruturação hospitalar; estratégias de saúde; Chile.

Introducción

La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 fue detectada a finales de 2019 en Wuhan, China; esta enfermedad ha impactado transversalmente a más de 200 millones de personas alrededor del mundo^{1,2}. Dicha situación volvió más complejo el cuidado realizado por los equipos de salud, lo que llevó a una reestructuración en los servicios sanitarios, los cuales, si bien fueron orientados a la atención clínica en una primera instancia, abarcaron cambios desde la modificación de las funciones del recurso humano hasta las políticas públicas y de gestión en salud en todos los países del mundo³. En este sentido, todos los países tuvieron que implementar planes de acción orientados a la disminución de la transmisibilidad del virus y reducción de la mortalidad ocasionada por este, pero manteniendo la continuidad de diversos procesos para usuarios y trabajadores de la salud⁴.

Dentro de la reestructuración en el sistema sanitario a nivel hospitalario, uno de los cambios más destacados fue en relación con la adecuación de la carga laboral, la cual aumentó debido a los cuidados específicos requeridos por los pacientes enfermos de COVID-19; en las unidades de cuidados intensivos, diversos estudios registraron un índice promedio de atención de enfermería por paciente de 1:1 (recomendable) hasta 1:2, según la gravedad del caso⁵⁻⁷. Otra estrategia emergente fue capacitar a los profesionales de enfermería, quienes tuvieron que adaptarse a nuevas formas de cuidado, al aprender diversas medidas de protección para disminuir el riesgo y propagación de la enfermedad, sin que esto afectara las acciones de cuidado específicas que requería el paciente⁸⁻¹¹.

Es así como la pandemia obligó a modificar de manera sustancial las acciones de cuidado en todo el sistema de salud, tal como evidenció el estudio realizado por Gold et al.¹², donde, mediante una revisión sistemática, revela que la organización y

planificación en los servicios hospitalarios fueron las acciones más relevantes realizadas durante el período álgido de la pandemia. Estas acciones provocaron un aumento sustancial en el gasto de salud de los países. En el caso de América Latina –al tener un sistema de salud frágil asociado al subfinanciamiento, fragmentación y segregación– se realizaron mayores esfuerzos para responder a las necesidades clínicas hospitalarias que exigía esta nueva enfermedad, en especial al ampliar la capacidad y los recursos en el área de cuidados intensivos, reflejando un aumento de 63 222 camas en estas unidades, lo que representó un incremento del 103 %¹³.

Dicho crecimiento trajo consigo la necesidad de contar con un mayor número de recurso humano capacitado; no obstante, se evidenciaron grandes problemas en este aspecto debido a la inexistencia de políticas gubernamentales para la contratación de profesionales de la salud, el aumento de los contagios en el personal sanitario, la capacitación insuficiente de los equipos de salud que se encontraban en la primera línea de atención durante la pandemia y la escasez de recursos económicos para la contratación temporal de nuevo personal¹⁴.

Frente a lo descrito es que surge la necesidad de investigar sobre la preparación de los sistemas sanitarios ante las constantes transformaciones del cuidado de los pacientes contagiados de COVID-19 en los servicios hospitalarios. La literatura disponible –si bien es amplia– hace referencia a conceptos generales de la enfermedad ocasionada por el SARS-CoV-2, pero no es lo suficientemente específica para los profesionales de enfermería; por lo que, en este artículo, se propone determinar cuáles son las estrategias de cuidado más recurrentes que el personal de enfermería ofrece a pacientes enfermos de COVID-19 durante la fase aguda para disminuir complicaciones en los servicios hospitalarios.

Metodología

Se realizó una revisión sistematizada derivada de un resumen estructurado de la literatura que responde a una pregunta de investigación específica con el fin de descubrir estados del fenómeno estudiado en ciencias humanas. Para ello se establece el *framework* S.A.L.S.A., que permite articular la evidencia con base en la búsqueda (*Search*), la evaluación (*Appraisal*), la síntesis (*Synthesis*) y el análisis (*Analysis*) de esta^{15,16}. Se estableció una pregunta basada en lo propuesto por Richardson et al.¹⁷, donde el *problema* es el desconocimiento de los cambios en las estrategias realizadas durante la pandemia, la *intervención* son los cuidados intrahospitalarios realizados a los pacientes durante la fase aguda de la enfermedad por COVID-19 y los *resultados* son la disminución de complicaciones en este tipo de pacientes. La pregunta quedó formulada de la siguiente manera: ¿cuáles son las estrategias de cuidado que el personal de enfermería ofrece a los pacientes contagiados de COVID-19 durante la fase aguda de la enfermedad para disminuir complicaciones en los servicios hospitalarios?

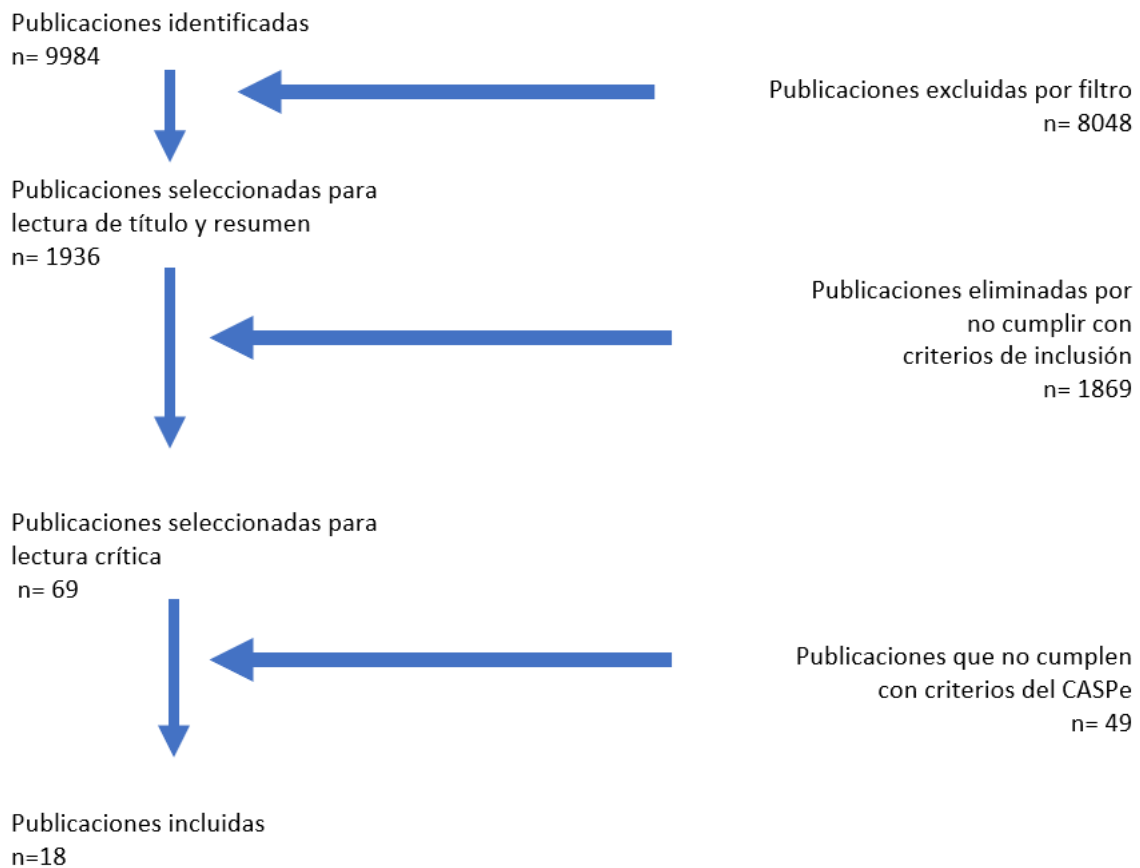
Para poder dar respuesta a la pregunta, se realizó una búsqueda de la literatura en cuatro bases de datos entre los meses de abril y mayo de 2021: Web of Science (WOS), Scopus, Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se emplearon siete términos especializados obtenidos del Medical Subject Headings (MeSH): *COVID-19*, *Coronavirus*, *Nursing Care*, *Tertiary Care Center*, *Primary Health Care*, *Nurse* y *Nursing*. Las estrategias de búsqueda incluyeron los operadores booleanos AND y NOT. Se establecieron dos expresiones: *COVID-19/Coronavirus AND Nursing Care* y *COVID-19/Coronavirus AND Tertiary Care Center NOT Primary Health Care*. Los filtros utilizados fueron años, tipo de artículo, idioma, texto completo y tema.

Una vez realizada la búsqueda, se efectuó tamizado por lectura de títulos bajo los siguientes criterios de inclusión: contener mínimo un descriptor, responder en el resumen a la pregunta de investigación planteada y ser un artículo científico. Se excluyeron los escritos que no cumplieran con los criterios descritos anteriormente, así como las editoriales, cartas al director, artículos de opinión, libros y capítulos de libros; o bien investigaciones que se habían realizado en contextos de atención ambulatoria.

Después, se dio lectura a los resúmenes considerando los siguientes criterios de elegibilidad: los artículos originales debían describir el tipo de diseño, metodología, consideraciones éticas y que la información respondiera a la pregunta de investigación.

Tras la aplicación de los criterios de elegibilidad por resumen, se realizó análisis crítico de los manuscritos basado en los instrumentos del *Critical Appraisal Skills Programme* español (CASPe)¹⁸. Por último, se seleccionaron aquellos artículos que cumplieron con las listas de comprobación (Figura 1); y, para determinar el nivel de evidencia de la investigación, se utilizaron las clasificaciones emitidas por el Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)¹⁹.

Figura 1. Diagrama de elegibilidad



Resultados

De las dos estrategias de búsqueda utilizadas se obtuvo un total de 9984 artículos. Al aplicar los filtros, según la base de datos, se recuperó un total de 1936 manuscritos; con el cribado por título se obtuvieron 368 artículos; y tras emplear los criterios de inclusión por resumen y eliminación de títulos duplicados, 140 artículos cumplieron con los criterios señalados. En una segunda revisión de los títulos se descartaron todas aquellas investigaciones que no tenían relación directa con la temática a investigar, con este filtro se obtuvo un total de 69 manuscritos, de los cuales, al

realizar análisis crítico, quedaron solo 18: los necesarios para generar la evidencia (Figura 1).

De los artículos seleccionados, el 44 % (n= 8) corresponde a artículos de revisión, una tercera parte a investigaciones originales (n= 6), el 17 % (n= 3) a artículos de reflexión y el 5 % (n= 1) es un documento de consenso de cambios estructurales. Con respecto a los años de publicación, poco más de dos terceras partes (83 %) se publicaron en el 2020 y un 15 % (n= 3) corresponde al 2021. En cuanto al país de origen, siete investigaciones se realizaron en el continente europeo: España con cuatro, Italia, Bélgica y Polonia con un artículo cada uno; cuatro artículos provienen de Asia, distribuidos entre China, Arabia Saudita, Irán, Corea del Sur y Turquía con un escrito por país; de América se recupera un total de seis artículos: tres de Estados Unidos, y Canadá, Colombia y Brasil con uno por país; solo se obtuvo un artículo de África (Uganda). Con respecto al idioma, poco más de dos terceras partes (72 %) se publicaron en inglés, cuatro artículos (22 %) en español y solo un escrito en portugués.

Respecto a la población de estudio, la mayor parte de las investigaciones se realizaron en pacientes enfermos de COVID-19, en personal de enfermería y en aspectos relacionados con la gestión de enfermería. Una reducida parte se enfocó en el material bibliográfico disponible relacionado a guías, diagnósticos, planificación, intervenciones, tratamientos y cuidados a realizar por el profesional enfermero durante la pandemia por coronavirus (Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de evidencia seleccionada

Referencia	Nivel de evidencia significativa (SIGN)	Categoría y subcategoría del cuidado	Tipo de cuidado
Ramalho et al.²¹	3	<p>Cuidados visibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales <p>Cambios estructurales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la función neurológica que permitan mantener orientado al paciente hospitalizado. - Evaluación del riesgo de presentar delirium en los pacientes hospitalizados. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial. - Establecimiento de distintos modelos de cuidados en unidades COVID, como la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE), NANDA-I, NIC, NOC y el sistema de clasificación Omaha. - Se recomienda construir listas con diagnósticos, resultados de enfermería e intervenciones prescritas para el cuidado de las necesidades que requiere el paciente enfermo de COVID-19.
Ozga et al.²²	3	<p>Cuidados visibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales <p>Cuidados invisibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de la función neurológica que permitan mantener orientado al paciente hospitalizado. - Evaluar la necesidad de utilizar contenciones físicas o farmacológicas. - Evaluar el riesgo de presentar delirium en los pacientes hospitalizados. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial. - La comunicación posee un papel fundamental en el proceso de salud-enfermedad, ya que permite evaluar los cambios en la cognición, las respuestas emocionales y los comportamientos de los pacientes y sus familiares.

Rodríguez et al.²⁵	2+	Cuidados visibles <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de medidas de prevención de lesiones de piel. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial.
Binda et al.²⁶	2+	Cuidados visibles <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados en la posición prono para impedir eventos adversos, tales como extubación, acodamiento y lesiones de piel. - Aplicación de medidas de prevención de lesiones de piel. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial.
Deitrick et al.²⁹	3	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la infraestructura hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Precauciones de aislamiento adecuadas, destacando el uso de habitaciones con presión negativa y suministros individuales necesarios. - Los pacientes que comparten habitación deben estar en la misma situación clínica y mantener las medidas de higiene individual estricta. - Debe evitarse en lo posible el traslado y transporte de pacientes COVID-19 fuera de la unidad, y, en caso de requerirse, se debe coordinar una estrategia de transporte de contingencia.
De Andrés et al.³⁰	3	Cuidados visibles <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medidas de prevención de lesiones de piel. - Efectuar una priorización de los pacientes enfermos de COVID-19, según su estado crítico de salud, de acuerdo con su apariencia general y signos vitales (SV), actividades que deben ser realizadas por el profesional enfermero. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial. - Valorar la vía respiratoria de manera constante y con horarios determinados, se debe enfatizar en la evaluación de los parámetros ventilatorios.

		Cuidados invisibles <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos - Actitudes Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la infraestructura hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Brindar un cuidado personalizado es considerado un activo intangible. - Es importante considerar las últimas voluntades del paciente y de la familia. - Precauciones de aislamiento adecuadas, destacando el uso de habitaciones con presión negativa y suministros individuales necesarios. - Los pacientes que comparten habitación deben estar en la misma situación clínica y mantener las medidas de higiene individual estrictas, con distancia de seguridad superior a un metro, así como el uso de mascarilla quirúrgica. - Debe evitarse en lo posible el traslado y transporte del paciente enfermo de COVID-19 fuera de la unidad, y, en caso de requerirse, es importante coordinar una estrategia de transporte de contingencia.
Perkins et al.³¹	4	Cuidados visibles <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados básicos - Cuidados especiales 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de medidas de prevención de lesiones de piel. - Posición en prono como estrategia para mejorar la oxigenación arterial.
Chen et al.³²	3	Cuidados visibles <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados especiales Cuidados invisibles <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Es importante priorizar a los pacientes enfermos de COVID-19, según su estado crítico de salud, de acuerdo con su apariencia general y SV, actividades que deben ser realizadas por el profesional enfermero. - Evaluar el riesgo de presentar delirium en los pacientes hospitalizados por COVID-19. - La comunicación posee un papel fundamental en el proceso de salud-enfermedad, ya que permite evaluar los cambios en la cognición, las respuestas emocionales y los comportamientos de los pacientes y sus familias.
He et al.³⁵	3	Cuidados invisibles <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos 	

			<ul style="list-style-type: none"> - Los sentimientos del personal de enfermería son parte fundamental de los cuidados y de la gestión de estos. - El profesional de enfermería debe interactuar con la familia desde el primer encuentro, ya que esto permite involucrarse y apoyarlos sin dejar de ser consciente de quiénes son y las necesidades sociales que presentan.
Imanipour et al.³⁶	2+	Cuidados invisibles <ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos - Comunicación - Actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - El personal de enfermería debe interactuar con la familia desde el primer encuentro, ya que permite involucrarse y apoyarlos sin dejar de ser consciente de quiénes son y las necesidades sociales que presentan. - La comunicación posee un papel fundamental en el proceso de salud-enfermedad, ya que permite evaluar los cambios en la cognición, las respuestas emocionales y los comportamientos de los pacientes, así como de sus familias. - Se requiere de una atención integral y de una comunicación efectiva que reduzca el aislamiento social y los problemas de ansiedad y el estrés. - Las actitudes positivas del profesional de enfermería en el cuidado hacia las personas enfermas de COVID permiten generar prácticas más propicias al empoderamiento funcional y solidario.
Galehdar et al.³⁷	3	Cuidados invisibles <ul style="list-style-type: none"> - Actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere de una atención integral y de una comunicación efectiva que reduzca el aislamiento social y los problemas de ansiedad y el estrés.
Martínez et al.³⁹	3	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la infraestructura hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe evitarse en lo posible el traslado y transporte de pacientes COVID-19 fuera de la unidad, y, en caso de requerirse, se debe coordinar una estrategia de transporte de contingencia.
Hannon et al.⁴⁰	3	Cambios estructurales	

		<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la infraestructura hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Debe evitarse en lo posible el traslado y transporte de pacientes COVID-19 fuera de la unidad, y en caso de requerirse, se debe coordinar una estrategia de transporte de contingencia. - Se recomienda la creación de unidades COVID instaladas físicamente, independientes del resto de las áreas del recinto hospitalario.
Lester et al. ⁴¹	4	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la infraestructura hospitalaria - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda la creación de unidades COVID instaladas físicamente, independientes del resto de las áreas del recinto hospitalario. - Se debe contar con personal sanitario exclusivo, un sistema de codificación de colores para las puertas que alerte del uso de EPP apropiado y accesos separados para la entrada y salida de personas. - Es importante realizar un adecuado testeo y trazabilidad al personal sanitario de las instituciones hospitalarias los centros hospitalarios, con el objetivo de pesquisar de manera temprana sintomatología de COVID-19. - Se recomienda establecer una asignación de recursos económicos para la provisión oportuna de los suministros esenciales en las unidades COVID.
Al Mutair et al. ⁴²	2++	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda un índice de un 1 enfermero/a por dos 2 pacientes con COVID-19. Si no hay suficiente personal, se debe transferir personal enfermero de otras unidades intermedias con menos demanda, quienes deberán ser capacitados.
Bruyneel et al. ⁴³	2+	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda un índice de un 1 enfermero/a por dos 2 pacientes con COVID-19. Si no hay suficiente personal, se debe transferir personal enfermero de otras unidades intermedias con menos demanda, quienes deberán ser capacitados.
González et al. ⁴⁴	3	Cambios estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Es importante establecer distintos modelos de cuidados en unidades COVID, como NANDA-I, NIC, NOC y el sistema de clasificación Omaha.
Ardic et al. ⁴⁵	2+	Cambios estructurales	

		<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en la gestión hospitalaria 	<ul style="list-style-type: none"> - La estandarización del lenguaje permite mejorar la gestión de los recursos de enfermería, ayuda en la toma de decisiones para planificar y realizar intervenciones, además genera directrices basadas en la evidencia. - Es importante establecer distintos modelos de cuidados en unidades COVID, como el sistema de clasificación Omaha. - Se recomienda construir listas con diagnósticos y resultados de enfermería e intervenciones prescritas para el cuidado de las necesidades que requiere el paciente enfermo de COVID-19.
--	--	--	--

Del análisis crítico realizado se desprenden tres categorías: *cuidados visibles*, *cuidados invisibles* y *cambios estructurales*, las cuales se describen a continuación.

1. *Cuidados visibles*

Esta primera categoría expone el cuidado directo que brinda el personal de enfermería al paciente, en conjunto con las cualidades del profesional, tales como los conocimientos, las habilidades, las destrezas, las actitudes y los comportamientos que posee, a fin de garantizar el bienestar de las personas en cualquier etapa y momento de su vida²⁰. Se detectaron dos subcategorías: cuidados básicos y cuidados especiales; ambas se asocian a medidas directas para el cuidado de los pacientes enfermos de COVID-19 en servicios hospitalarios.

Cuidados básicos. Esta subcategoría incorpora cuidados básicos de la función neurológica, de la posición anatómica en prono y el cuidado de la piel.

En cuanto a los cuidados básicos de la función neurológica en pacientes contagiados de COVID-19, la evidencia señala que se deben establecer algunas estrategias de cuidado que permitan mantener orientado (en espacio-tiempo) al paciente hospitalizado, por ejemplo, la utilización de relojes y calendarios, el empleo de frases simples, claras y directas para comunicarse, etc. Además, se debe promover el sueño-vigilia del paciente con las siguientes acciones: disminuir el volumen de las alarmas, utilizar tapones para los oídos y apagar las luces durante la noche^{21,22}. Si existe riesgo de agitación psicomotora o desorientación, estudios proponen evaluar la necesidad de utilizar contenciones físicas o farmacológicas, según el riesgo de vida o de salud que tenga el paciente^{23,24}.

Referente a los cuidados realizados a los pacientes que se encuentran en posición prono, la evidencia indica establecer una serie de cuidados que impidan los sucesos de eventos adversos, tales como extubación, acodamiento y lesiones de piel; con respecto a esta última, el análisis sugiere la aplicación de medidas de prevención de lesiones de piel, como el uso de colchón antiescaras, protectores, almohadas y parches hidrocoloides; asimismo, es importante valorar zonas de apoyo, mantener la hidratación diaria de la piel, realizar cambios de posición cada 2 o 3 horas y valorar el sistema tegumentario con escala de Braden^{25,26}.

Cabe destacar que una serie de artículos analizados incluye el uso de barreras de protección, las cuales, si bien no son consideradas como cuidados básicos, son medidas eficientes que disminuyen el riesgo de contagio cuando se realiza cuidado en contacto directo^{27,28}.

En este sentido, la evidencia analizada muestra que el uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), como respiradores N-95, protectores faciales, mascarillas quirúrgicas, guantes y cubrezapatos, reduce de manera considerable la

propagación del coronavirus²⁸. Respecto al espacio físico, los autores sugieren limitar el tiempo de exposición en la habitación, controlando el número de veces que se ingresa durante el día y el aforo máximo de personas dentro²⁹; la recomendación cambia si el paciente se encuentra con ventilación mecánica invasiva o no invasiva, donde es necesario restringir al máximo el número de personas en el cuarto³⁰.

Cuidados especiales. De acuerdo a la bibliografía analizada, se recomienda priorizar el estado de salud de los pacientes contagiados de COVID-19, según su apariencia general y signos vitales (SV), estos últimos deben ser tomados por el profesional de enfermería, quien monitorea los signos y síntomas de manera permanente^{22,25}. Dentro de los temas de importancia destacan la monitorización continua de SV y dolor, evaluación neurológica y cuidados respiratorios^{31,32}.

Respecto a la evaluación neurológica, la literatura indica que se debe evaluar el riesgo de delirium en los pacientes hospitalizados por COVID-19; se sugiere monitorear con el apoyo de diversas escalas entre las que se nombran: *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, *Escala de Coma de Glasgow*, *Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)* y *Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)*^{21,22}.

En relación con los cuidados respiratorios, una serie de estudios revelan que la posición en prono mejora la oxigenación arterial de los pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) producido por COVID-19, estrategia que debe utilizarse en periodos de 12 a 16 horas diarias, alternando con decúbito lateral según lo permita la situación^{25,26,30,31}. Si bien no es una medida que se haya descrito frecuentemente en los artículos analizados, se nombra a la posición de Fowler o semi-Fowler como una acción que favorece la oxigenación y se recomienda practicarla en pacientes durante el día³⁰.

Aunado a lo anterior, es importante realizar una valoración respiratoria y establecer horarios determinados, con especial atención en el reconocimiento de signos de alarma que indiquen un empeoramiento clínico del paciente, tales como disnea, tos, habla entrecortada, dolor torácico y faríngeo³⁰ en la evaluación de los parámetros ventilatorios. Además, se indica que no se debe administrar oxígeno suplementario cuando la saturación parcial de oxígeno (SpO₂) es mayor al 92 % y no se presenta disnea. En el caso de que la SpO₂ sea inferior a dicho porcentaje, se debe comenzar la oxigenoterapia estándar mediante puntas nasales (2-5 l/min); es fundamental evaluar la efectividad de la indicación con monitorización continua de la SpO₂. En este caso se evita la nebulización por el escaso espacio con presión negativa existente. Si la SpO₂ tiende a la baja, la evidencia determina que se debe mantener un proceso de escalada para garantizar el aporte de oxígeno; las opciones son el uso de mascarilla facial simple o mascarilla reservorio^{30,31}.

La literatura recomienda que, si la condición avanza a insuficiencia respiratoria hipoxémica aguda, se debe iniciar la administración de oxígeno suplementario de alto flujo mediante una cánula nasal, ya que esta permite un flujo de 60 l/min a una fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) de hasta 100 %, o bien ventilación con presión positiva no invasiva. En el caso de que exista un deterioro rápido, con el fin de disminuir el riesgo de desarrollar SDRA, el paciente debe ser intubado de manera inmediata; se recomienda iniciar ventilación mecánica con volúmenes corrientes bajos (4 a 8 ml/kg de peso corporal previsto)^{31,33}.

2. *Cuidados invisibles*

La segunda categoría comprende los *cuidados invisibles*, definidos como un conjunto de intervenciones que, fruto de la observación atenta, la empatía, el conocimiento y la experiencia, llevan al personal de enfermería a realizar juicios profesionales y éticos

deliberados, centrados en cubrir las necesidades de cada paciente³⁴. De esta categoría se desprenden tres subcategorías que surgen de la evidencia analizada: sentimientos, comunicación y actitudes.

Sentimientos. Según He et al.³⁵, los sentimientos del profesional de enfermería son parte fundamental de los cuidados y la gestión de estos, puesto que mejoran el entendimiento mutuo en la relación enfermero/a-paciente; este aspecto se ha reafirmado durante el proceso de cuidado de los pacientes enfermos de COVID-19, donde el personal ha aprendido a cuidar desde una perspectiva más profunda.

Lo anterior, en la práctica profesional, se explica en la entrega de un cuidado personalizado, el cual se considera un activo intangible que incluye atributos explícitos como la colaboración interprofesional y el enfoque de atención individualizada; y atributos implícitos como el manejo de vulnerabilidades personales.

La evidencia también menciona que el personal de enfermería debe interactuar con los familiares desde el primer encuentro con el usuario, ya que esto permite involucrarlos y apoyarlos durante el cuidado de su familiar, sin dejar de ser consciente de quiénes son y las necesidades sociales que presentan. Los estudios demuestran que, cuando expresan sus sentimientos, el apoyo a la familia representa la mayor importancia dentro de los *cuidados invisibles* en la enfermería; sin embargo, el profesional de enfermería no propicia aquellos espacios en forma regular³⁶.

Comunicación. Según el análisis realizado, la comunicación (verbal o no verbal) con los usuarios posee un papel fundamental en el proceso de salud-enfermedad; por ejemplo, es de suma importancia al momento de brindar apoyo emocional, pues permite evaluar los cambios en la cognición, las respuestas emocionales y los comportamientos del paciente. Asimismo, facilita intervenir y ayudar al paciente en su

adaptación al contexto, lo alienta a demostrar confianza en la superación de la enfermedad o en la recuperación de las complicaciones propias del coronavirus³².

Lo anteriormente descrito, no solo hace referencia al binomio enfermero/a-paciente, sino que también involucra a la familia o a la red de apoyo que posea el paciente. Según Imanipour et al.³⁶, una de las recomendaciones es la de atención y apoyo hacia las familias de los pacientes enfermos de COVID-19; se asocian a esta petición algunas intervenciones de enfermería familiar, tales como reuniones entre el personal de enfermería y familiares, conversaciones con ellos para promover la salud, diarios familiares, apoyo psicosocial e informativo, videollamadas o transmisión de saludos al paciente^{22,36}.

Dentro de la comunicación, estudios señalan la importancia de educar e informar sobre la condición del paciente mediante diversas vías, con el propósito de disminuir los temores que se generan dentro de la familia por la incertidumbre ocasionada por la enfermedad de COVID-19^{22,36}.

Actitudes. Los artículos revisados afirman que los pacientes enfermos de COVID-19 se encuentran física, psicológica, social, económica y espiritualmente afectados por la enfermedad; se destaca la necesidad de una atención integral, de una comunicación efectiva que reduzca el aislamiento social, los problemas de ansiedad y el estrés³⁷. Además, es necesario establecer cuidados individualizados, con la finalidad de favorecer el autocontrol y la calma durante los procedimientos terapéuticos.

De manera paralela, la evidencia destaca la importancia de las actitudes positivas del personal de enfermería durante el cuidado que brindan a contagiados por coronavirus y el sentido que estas tienen para la familia, puesto que permiten

generar prácticas más propicias al empoderamiento funcional y solidario, a través de la promoción de relación y comunicación efectiva, el compromiso y el aprecio³⁶.

Un punto que se considera de vital importancia es la reflexión de las últimas voluntades del paciente o de la familia. Respecto a los cuidados paliativos que se dan a los pacientes contagiados de COVID-19, la recomendación es tener en cuenta determinados aspectos como la salud física y mental previa, conocimiento de sus deseos, averiguar la existencia de algún documento de últimas voluntades y también considerar la opinión de la familia sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, siempre y cuando haya posibilidad de disponer de dicha información³⁰.

3. *Cambios estructurales*

La tercera categoría engloba *cambios estructurales*, los cuales se refieren a la transformación planificada, sistemática e interactiva en los procesos de la organización para adaptarse a la inestabilidad del entorno³⁸. A su vez, se divide en dos subcategorías: infraestructura y gestión hospitalaria.

Cambios en la infraestructura hospitalaria. Los pacientes enfermos de COVID-19 deben estar bajo precauciones de aislamiento adecuadas; destaca el uso de habitaciones con presión negativa y suministros individuales necesarios (tanque de oxígeno, monitor, sistema de timbre, entre otros²⁹). Además, los pacientes que comparten habitación deben estar en la misma situación clínica y mantener las medidas estrictas de higiene individual (distancia de seguridad superior a un metro y uso de mascarilla quirúrgica^{28,30}).

Los autores indican que el traslado de estos pacientes fuera de la unidad debe evitarse en lo posible, y, en caso de requerirse, se debe coordinar una estrategia de transporte de contingencia con redes prehospitalarias para garantizar la transferencia correcta con el fin de evitar la interacción con los otros pacientes sanos^{29,30,39}. Existen

casos donde se creó un sistema de puentes diferenciados con el objetivo de transportar a los pacientes que requerían de cuidados intensivos de manera segura⁴⁰.

Los estudios analizados recomiendan reconvertir los hospitales en unidades híbridas, es decir, que continúen con el modelo de atención original combinado con áreas físicamente independientes dedicadas al COVID-19. Estas instalaciones deben contar con personal sanitario exclusivo, un sistema de codificación de colores en las puertas que alerte sobre el uso del EPP apropiado, accesos separados para la entrada y salida de personas, los cuales deben contar con un espacio suficiente para un distanciamiento mínimo de 1.8 metros⁴¹. Si el espacio lo permite, se sugiere crear una unidad de transición para usuarios que no han sido evaluados, que esperan confirmación diagnóstica o que dieron negativos a COVID-19, todos estos deberán ser monitoreados durante 14 días.

Cambios en la gestión hospitalaria. Esta subcategoría involucra la evaluación de las necesidades de salud mediante el uso de métodos epidemiológicos, cualitativos y comparativos para describir las necesidades en salud de una población e identificar inequidades en la atención y en el acceso a los servicios⁴².

Según la evidencia encontrada, se debe realizar un adecuado testeo y trazabilidad al personal de salud operativo de los centros hospitalarios con el objetivo de identificar de manera temprana signos de COVID-19. Además, se recomienda disponer de pruebas rápidas de PCR para obtener los resultados en breve, según la prevalencia de contagio que exista⁴¹.

Dentro de la gestión hospitalaria y con la situación de la pandemia, se recomienda un índice promedio de atención de enfermería por paciente enfermo de COVID-19 de 1:2. En el caso de existir escasez de personal en el área COVID, se deberá transferir personal enfermero de otras unidades intermedias con menos

demanda, que haya sido capacitado previamente, con el fin de formar equipos para cuidar al paciente crítico. El grupo deberá contar con un médico intensivista, un enfermero/a intensivista y dos enfermeros/as reasignados/as, quienes atenderán a un total de cuatro pacientes⁴². Otro estudio demostró que el índice más efectivo para brindar una atención de calidad a los pacientes enfermos de COVID-19 en UCIs es de 1:1⁴³.

Con el fin de otorgar un sistema más eficiente de organización de los cuidados antes mencionados, se considera importante establecer distintos modelos de cuidados en las unidades COVID, basados en la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)²¹, NANDA-I, NIC, NOC ⁴⁴ y el sistema de clasificación Omaha⁴⁵. La estandarización del lenguaje técnico, en torno a la contingencia por COVID-19, permite mejorar la gestión de los recursos de enfermería, ayudar en la toma de decisiones para planificar y realizar intervenciones, así como generar directrices basadas en la evidencia^{21,44}; de ahí la importancia de adoptar dichas clasificaciones.

Además de lo anterior, se recomienda construir listas con diagnósticos, intervenciones prescritas y resultados de enfermería para el cuidado requerido del paciente con COVID-19, tal como lo establece el sistema Omaha, el cual permite proporcionar al personal de enfermería indicaciones basadas en la evidencia para la creación de planes de atención que incrementen la calidad y aseguren el uso de un lenguaje común en la práctica de enfermería; todo esto con el objetivo de acelerar el proceso de recuperación de los pacientes enfermos de COVID-19⁴⁶.

Según los artículos revisados, la estandarización del lenguaje de enfermería y el de los cuidados, permite crear indicaciones basadas en la evidencia para diseñar protocolos normalizados y específicos dirigidos al cuidado de pacientes con sospecha

o confirmación de coronavirus^{21,22,39,43,45}.

Los pacientes enfermos de COVID-19 requieren de cuidados básicos y estandarizados, tales como realización del triage, evaluación primaria, toma de exámenes, cuidados en la oxigenación, posicionamiento, además de cuidados neurológicos, vasculares y de la piel^{29,31}. Para la realización de dichos cuidados se requiere el uso de elementos de protección personal, como respiradores N-95, protectores faciales, mascarillas quirúrgicas, guantes y cubrezapatos^{10,29}. En este sentido, diversos estudios recomiendan aplicar las medidas de bioseguridad para evitar el contagio por contacto o gotitas; por ejemplo, durante el manejo de la vía aérea en procedimientos con alto nivel de exposición a aerosoles (transmisión aérea)⁴⁶.

Estos cuidados son especiales por el hecho de responder a las necesidades particulares de los pacientes enfermos de COVID-19, además, reducen la propagación del virus entre usuarios y personal de salud asignado⁴⁷; a su vez, previenen las complicaciones y comorbilidades asociadas a la historia natural del paciente, lo que aumenta sus posibilidades de sobrevida y recuperación³⁰.

Es de vital importancia crear un ambiente saludable para el paciente tanto en los aspectos físicos y emocionales como en los sociales; además, se debe asegurar una infraestructura adecuada para ejercer un cuidado óptimo³⁰. En dicho sentido, los resultados convergen con las recomendaciones establecidas por la OMS, tanto en la clasificación de pacientes como en la rigurosidad del cumplimiento protocolar por parte del personal sanitario⁴⁸.

Otra arista relacionada al cuidado la constituyen aquellas acciones inmateriales y no registrables que se brindan al usuario, las cuales son relevantes al momento de medir su experiencia y satisfacción. La acción que más se repite, de acuerdo con la

literatura, es la comunicación enfermero/a-paciente; esto se relaciona con lo descrito por Perkins et al.³¹, quienes sugieren que el personal de enfermería puede emplear estrategias que ayuden a mejorar la conexión entre el paciente y sus seres queridos al fomentar el uso de tecnologías de la información y comunicación como las videollamadas entre familiares y amigos, fortaleciendo también la comunicación y relación terapéutica enfermero/a-paciente. Sobre este último punto, la Guía de Buenas Prácticas en Enfermería de la *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO)⁴⁹ señala que el establecimiento de una relación terapéutica efectiva entre el personal de enfermería y el paciente es fundamental para la entrega de un cuidado humanizado, tal como lo sugiere la teoría transpersonal de Jean Watson⁵⁰.

Una segunda acción que corresponde al cuidado invisible es la actitud del personal de enfermería hacia el paciente. Según Allande et al.⁵¹, dicha actitud debe corresponder a la comprensión del otro como persona que siente y que necesita ser comprendida, mediante comportamientos como la presencia, empatía y escucha activa. Lo que converge con los estudios analizados, donde destacan la importancia de las actitudes positivas del profesional de enfermería en el cuidado hacia los pacientes con coronavirus, al promover una relación y comunicación efectiva con compromiso y aprecio²⁰.

La evidencia consultada también señala la importancia de considerar la comunicación y los sentimientos de la familia del paciente como un tipo de cuidado intangible. Para fortalecer este aspecto se establece una serie de recomendaciones, donde destaca el brindar apoyo psicosocial e informativo a la familia del paciente contagiado de COVID-19 mediante una comunicación eficaz. Estas recomendaciones concuerdan con las de Avellaneda et al.⁵¹, quienes afirman que la entrega de información médica oportuna y pertinente a los parientes vía telefónica, así como el

uso de tecnologías para que el usuario interactúe de manera remota con sus cercanos, favorecen el cuidado humanizado y permiten disminuir los sentimientos de soledad o ansiedad, tanto del paciente como de su red de apoyo.

Si bien lo descrito en párrafos anteriores es de vital importancia para la recuperación de la salud de los pacientes enfermos de COVID-19, cabe destacar que esta no solo se logra con las estrategias de cuidado, sino que también se alcanza por medio de los cambios estructurales en los servicios hospitalarios. En este orden, la OMS establece un modelo de manejo clínico referente a las medidas de bioseguridad para la prevención y control de infecciones, que incluye desde el establecimiento de salas y cuartos aislados hasta el uso de áreas completas del hospital para la recepción de nuevos pacientes contagiados en momentos de alta demanda de atención⁵², lo que concuerda con los hallazgos de esta revisión.

A su vez, fue necesario reestructurar los servicios de atención hospitalaria con el propósito de poder cumplir con los lineamientos para la prevención y manejo de contagios por COVID-19, basándose en la lista de cotejo de respuesta a emergencias de la OMS que fue creada por la Oficina Regional para Europa⁵³.

Durante la revisión de la literatura se identificó la estrategia de reestructuración de las áreas de los servicios, algunas de las acciones realizadas para su cumplimiento fueron la demarcación de pasillos y elevadores exclusivos para el paso de pacientes con COVID-19; un ejemplo fue el caso del Princess Margaret Cancer Centre, en donde se utilizó un sistema de puentes diferenciados para el traslado de pacientes con coronavirus hacia la unidad de atención especializada en un edificio contiguo⁴⁰. De manera adicional, algunos autores sugieren la implementación de equipos para uso exclusivo de cada paciente, lo cual no es un requerimiento obligatorio, pero sí recomendado por la evidencia. Debido a la falta de insumos de EPP, los hospitales

comenzaron a reutilizar los equipos, incluso se emitieron recomendaciones para una adecuada esterilización de los EPP, a sabiendas de que no se debían reutilizar^{29,41,54}.

Debido a los cambios en los recursos humanos e infraestructura de las unidades de salud que exigía la COVID-19, surge la necesidad de estandarizar la práctica de enfermería en un lenguaje común, tal como lo estipula Henderson⁵⁵, quien señala la necesidad de utilizar un método organizado para gestionar y administrar el cuidado de manera eficaz y eficiente, tanto en términos humanos como económicos, el cual debe ser aplicado con juicio y razonamiento clínico. Lo anterior se sustenta en la evidencia al revelar que la implementación de nuevas etiquetas diagnósticas para valoración en unidades de pacientes críticos por COVID-19 favorecen la entrega de un cuidado individualizado, basado en las necesidades de cada persona⁵⁶.

Conclusiones

La COVID-19, hasta el día de hoy, representa un gran desafío para los sistemas sanitarios. En este contexto, se vuelve necesario para enfermería profundizar en los constructos entregados por la evidencia (*cuidados visibles, cuidados invisibles y cambios estructurales*) con el fin de fortalecer el foco de estudio de la disciplina.

Esta revisión logró determinar las estrategias de cuidados más utilizadas en el paciente enfermo de COVID 19 en fase aguda; sin embargo, no se alcanzaron a identificar con claridad aquellos cuidados específicos que brinda enfermería, lo que genera un vacío en el conocimiento y, por consiguiente, un punto de partida para realizar nuevas investigaciones donde se reconozcan aspectos profesionales y disciplinares propios del personal de enfermería.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que, para la elaboración de este artículo, se trabajó con documentos, no con personas ni animales.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento. Ninguno.

Referencias

1. Coronavirus Resource Center. Baltimore, EE.UU.: Johns Hopkins University & Medicine; c2020. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2020. <https://bit.ly/3Q124Hd>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), 21 de agosto de 2021. Washington, D.C.: OPS / OMS; 2021. <https://bit.ly/40r8hki>
3. Wymer JA, Stucky CH, De Jong MJ. Nursing leadership and COVID-19: Defining the shadows and leading ahead of the data. *Nurse Lead*. 2021; 19(5): 483-8. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2021.06.004>
4. Organización Mundial de la Salud. Actualización de la estrategia frente a la COVID-19, 14 de abril de 2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. <https://bit.ly/3rTO61L>
5. Nursing allocation in isolation wards of COVID-19 designated hospitals: a nationwide study in China. *BMC Nurs*. 2022; 21(23). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00795-w>
6. Lasater KB, Aiken LH, Sloane DM, French R, Martin B, Reneau K, et al. Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: An observational study. *BMJ Qual Saf*. 2021; 30(8): 639-47. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011512>
7. Raurell-Torredà M, Martínez-Estalella G, Frade-Mera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Romero-de San Pío E. Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. *Enferm Intensiva*. 2020; 31(2): 90-3. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.002>
8. Huston C. Preparing nurse leaders for 2020. *J Nurs Manag*. 2008; 16(8): 905-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00942.x>
9. Almanza-Rodríguez G. Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con Covid-19 en el área de hospitalización. *Rev. Fac. Med. Hum*. 2020; 20(4): 696-9. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v20i4.2963>
10. Organización Mundial de la Salud. Uso de mascarillas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales 1 de diciembre de 2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. <https://bit.ly/3QozoJi>

11. Ramírez-Pereira M. El cuidado de Enfermería, relevancia en el contexto de la pandemia COVID-19. *Enfermería (Montev.)*. 2020; 9(1): 1-2. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>
12. Gold S, Clarfield L, Johnstone J, Diambomba Y, Shah PS, Whittlee W, et al. Adapting obstetric and neonatal services during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022; 22: 119. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04409-4>
13. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud. La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social. Santiago de Chile, Chile: OPS; 2021. <https://bit.ly/473UGBY>
14. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Impacto de la COVID-19 en los recursos humanos para la salud y respuesta de política: el caso del Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y el Perú. Síntesis de hallazgos en cinco países de América Latina. Ginebra, Suiza: OMS; 2021. <https://bit.ly/3QP99MH>
15. Codina L. Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas. *Rev. ORL*. 2020; 11(2): 139-53. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.22977>
16. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J*. 2009; 26(2): 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
17. Richardson WS, Wilson MC, Nishikawa J, Hayward RS. The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP journal club*. 1995; 123(3): A12. <https://doi.org/10.7326/ACPJC-1995-123-3-A12>
18. redcaspe.org. Alicante, España: Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español; c2022. <https://bit.ly/402iR0V>
19. Manterola C, Asenjo-Lobos CI, Otzen T. Jerarquización de la evidencia: Niveles de evidencia y grados de recomendación de uso actual. *Rev. chil. infectol*. 2014; 31(6): 705-18. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
20. De Souza ML, Volnei-de Bona Sartor V, Coelho-de Souza Padilha MI, Lenise-do Prado M. O cuidado em enfermagem—uma aproximação teórica. *Texto context enferm*. 2005; 14(2): 266-70. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>
21. Ramalho-Neto JM, Pietro-Pereira Viana RA, Serpa-Franco A, Rezende-do Prado P, Alves-Ferreira Gonçalves F, Lima-da Nóbrega MM. Nursing diagnosis/outcomes and interventions for critically ill patients affected by COVID-19 and sepsis. *Texto contexto enferm*. 2020; 29: 1-17. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0160>
22. Ozga D, Krupa S, Witt P, Mędrzycka-Dąbrowska W. Nursing interventions to prevent delirium in critically ill patients in the Intensive Care Unit during the COVID19 pandemic-Narrative overview. *Healthcare (Basel)*. 2020; 8(4): 578. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040578>

23. Atuesta-Fajardo JY, Argoty-Chamorro GA. Consideraciones en la atención médica de pacientes con enfermedad mental e infección por COVID-19 en un hospital general. *Univ. Med.* 2020; 61(4). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.caem>
24. León F, Caneo C, Toro P, Calderón J, González M. Delirium, catatonía y síndrome de abstinencia manifestados como agitación psicomotora en COVID-19: una propuesta de manejo farmacológico en el hospital general. *Rev. méd. Chile.* 2022; 150(3): 361-7. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022000300361>
25. Rodríguez-Huerta MD, Díez-Fernández A, Rodríguez-Alonso MJ, Robles-González M, Martín-Rodríguez M, González-García A. Nursing care and prevalence of adverse events in prone position: Characteristics of mechanically ventilated patients with severe SARS-CoV-2 pulmonary infection. *Nurs Crit Care.* 2022; 27(4): 493-500. <https://doi.org/10.1111/nicc.12606>
26. Binda F, Marelli F, Galazzi A, Pascuzzo R, Adamini I, Laquintana D. Nursing management of prone positioning in patients with COVID-19. *Crit Care Nurse.* 2020; 41(2): 27-35. <https://doi.org/10.4037/ccn2020222>
27. Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2021; 375: 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068302>
28. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ, et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2020; 395(10242): 1973-87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
29. Deitrick K, Adams J, Davis J. Emergency nursing care of patients with novel coronavirus disease 2019. *J Emerg Nurs.* 2020; 46(6): 748-59. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.010>
30. De Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, Sánchez-Herrero H, Santano-Magariño A, Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. *Enferm Clin.* 2021; 31(Suppl. 1): S49-54. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.016>
31. Perkins R, Ingebretson E, Holifield L, Bergeron A. A Nurse's Guide to COVID-19. *Am J Nurs.* 2021; 121(3): 28-38. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000737172.16000.3e>
32. Chen Q, Lan X, Zhao Z, Hu S, Tan F, Gui P, et al. Role of anesthesia nurses in the treatment and management of patients with COVID-19. *J Perianesth Nurs.* 2020; 35(5): 453-6. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.05.007>
33. Yomayusa N, Accini J, Cubillos V, Ortiz G, Pizarro C, Rojas J, et al. Recomendaciones para el uso de oxígeno y sus dispositivos básicos y avanzados: racionalidad y seguridad

- en tiempos de pandemia por SARS-CoV-2 en Colombia. *Acta colomb. cuid. intensiv.* 2022; 22: S148-56. <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.11.001>
34. Huércanos-Esparza I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. *Index enferm.* 2013; 22(1-2): 5-6. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100001>
 35. He Q, Li T, Su Y, Luan Y. Instructive messages and lessons from Chinese countermarching nurses of caring for COVID-19 patients: A qualitative study. *J Transcult Nurs.* 2021. 32(2): 96-102. <https://doi.org/10.1177/1043659620950447>
 36. Imanipour M, Kiwanuka F. Family nursing practice and family importance in care-Attitudes of nurses working in intensive care units. *Int J Afr Nurs Sci.* 2020. 13: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2020.100265>
 37. Galehdar N, Toulabi T, Kamran A, Heydari H. Exploring nurses' perception about the care needs of patients with COVID-19: A qualitative study. *BMC Nurs.* 2020; 19(119): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00516-9>
 38. Forneron-Velazco R. Gestión del cambio organizacional por covid-19 en las cooperativas de la ciudad de Pilar. *Cienc. lat.* 2021; 5(4): 4914-36. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i4.667
 39. Martínez-Estalella G, Zabalegui A, Sevilla-Guerra S. Gestión y liderazgo de los servicios de enfermería en el plan de emergencia de la pandemia COVID-19: la experiencia del Hospital Clínic de Barcelona. *Enferm. clín.* 2021; 31(supl. 1): S12-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.002>
 40. Hannon B, Mak E, Al Awamer A, Banerjee S, Blake C, Kaya E, et al. Palliative care provision at a tertiary cancer center during a global pandemic. *Support Care Cancer.* 2021; 29: 2501-7. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05767-5>
 41. Lester PE, Holahan T, Siskind D, Healy E. Policy recommendations regarding skilled nursing facility management of coronavirus 19 (COVID-19): Lessons from New York State. *J Am Med Dir Assoc.* 2020. 21: 888-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.058>
 42. Al Mutair A, Amr A, Ambani Z, Al Salman K, Schwebius D. Nursing surge capacity strategies for management of critically ill adults with COVID-19. *Nurs. Rep.* 2020; 10(1): 23-32. <https://doi.org/10.3390/nursrep10010004>
 43. Bruyneel A, Gallani MC, Tack J, d'Hondt A, Canipel S, Franck S, et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021; 62: 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967>
 44. González-Aguña A, Jiménez-Rodríguez ML, Fernández-Batalla M, Herrero-Jaén S, Monsalvo-San Macario E, Real-Martínez V, et al. Nursing diagnoses for coronavirus disease, COVID-19: Identification by taxonomic triangulation. *Int J Nurs Knowl.* 2021; 32(2): 108-16. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12301>

45. Ardic A, Turan E. Nursing care management based on the Omaha system for inpatients diagnosed with COVID-19: An electronic health record study. *J Adv Nurs*. 2021; 77(6): 2709-17. <https://doi.org/10.1111/jan.14793>
46. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease COVID-19 and considerations during severe shortages. Geneva, Switzerland: WHO; 2020. <https://bit.ly/3Qw4AFG>
47. Brito-Brito PR, Martínez-Alberto CE, Cuéllar-Pompa L. Cuidados enfermeros orientados a mitigar la transmisión del coronavirus en casos positivos: una revisión narrativa. *Enferm Clin*. 2020; 46(6): 748-756. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.07.010>
48. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones durante la atención sanitaria de casos en los que se sospecha una infección por el nuevo coronavirus (nCoV): Orientaciones provisionales, 25 de enero de 2020. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. <https://bit.ly/476obTz>
49. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guía de buenas prácticas en enfermería. Como enfocar el futuro de la enfermería. Establecimiento de la Relación Terapéutica. Ontario, Canadá: RNAO; 2022. <https://bit.ly/3SAbZq5>
50. Watson J. Nursing: Human science and human care. A theory of nursing. EE.UU.: Jones & Bartlett Learning; 1999. <https://bit.ly/40EYWWq>
51. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, Del Río-García I, Martín-Santos AB, et al. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. *J Healthc Qual Res*. 2021; 36(1): 12-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>
52. Organización Mundial de la Salud. Manejo clínico de la COVID-19: Orientaciones evolutivas, 25 de enero de 2021. Ginebra, Suiza: OMS; 2021. <https://bit.ly/499HbIF>
53. World Health Organization. Hospital emergency response checklist. Copenhagen: WHO; 2011. <https://bit.ly/476RJQV>
54. Romero-Sacoto LA, Mesa-Cano IC, Estrella-Gonzalez MA, Ramírez-Coronel AA. El equipo de protección personal para la atención al paciente con COVID-19: revisión sistemática. *AVFT*. 2021; 40(7): 666-74. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5750008>
55. Henderson V. La naturaleza de la Enfermería: reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1995.
56. França-de Menezes H, Leite-Funchal Camacho AC, Lima-da Nóbrega MM, Dos Santos-Claro Fuly P, Fontes-Fernandes S, Rosendo-da Silva RA. Caminos recorridos por la enfermería brasileña para el desarrollo de subconjuntos terminológicos. *Rev. lat.-am. enferm*. 2020; 28: 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3132.3270>

