



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

**ADULTO JOVEN CON SARS-COV-2 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:
RETOS MÉDICOS, FAMILIARES, MORTALIDAD.**

**YOUNG ADULT WITH SARS-COV-2 IN INTENSIVE CARE UNIT: MEDICAL AND
FAMILY CHALLENGES, MORTALITY.**

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autora:

ADRIANA CAROLINA ANDALUZ VACA

Director:

PhD.. JORGE LUIS RODRÍGUEZ DÍAZ

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**ADULTO JOVEN CON SARS-COV-2 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:
RETOS MÉDICOS, FAMILIARES, MORTALIDAD.**

**YOUNG ADULT WITH SARS-COV-2 IN INTENSIVE CARE UNIT: MEDICAL AND
FAMILY CHALLENGES, MORTALITY.**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autora:

ANDALUZ VACA ADRIANA CAROLINA

Jorge Luis Rodríguez Díaz, PhD..

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADORA

Ana Lucia Moscoso Mateus, Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano de la Cruz, PhD..

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Abril, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, ADRIANA CAROLINA ANDALUZ VACA portador de la cédula de ciudadanía No. 180399905-9 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.



Adriana Carolina Andaluz Vaca

CI. 180399905-9

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano De la Cruz, PhD.

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado ADULTO JOVEN CON SARS-COV-2 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: RETOS MÉDICOS, FAMILIARES, MORTALIDAD realizado por la maestrante: Adriana Carolina Andaluz Vaca con cédula: No 180399905-9, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 12 de abril de 2023

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
JORGE LUIS
RODRIGUEZ DIAZ

Jorge Luis Rodríguez Díaz, PhD.

Profesor Titular Auxiliar II

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, doy gracias a Dios, que con sus bendiciones encamina mi vida y ha guiado mis pasos por los lugares correctos, permitiéndome lograr una meta más en mi desarrollo como persona y profesionalmente.

A mis padres que, con su ejemplo de sacrificio y esfuerzo diario, me han enseñado a luchar por mis sueños, a demostrarme que con dedicación y disciplina todo es posible, y que con sus palabras de aliento siempre me han apoyado para no desfallecer ante los obstáculos.

A mi hermana Elena, y mi sobrino Alejandro, quedare eternamente agradecida por su confianza y apoyo que me brindan día con día, y por estar presentes siempre todos los momentos más importantes de mi vida.

A mi tío Héctor, por ser un soporte muy importante durante el desarrollo de este propósito de superación académica.

A ti Steveen, te agradezco por tu cariño, apoyo, comprensión y la confianza que me has brindado en todo este tiempo.

A todos mi familiares y amigos, que de una u otra manera me han apoyado y brindado palabras de aliento que me ha motivado a seguir esforzándome cada día más.

A la institución Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, y a mis profesores por todo el conocimiento impartido.

Adriana Carolina Andaluz Vaca

DEDICATORIA

A Dios por darme la fortaleza para no rendirme frente a las adversidades, a enseñarme aluchar cada día, y así poder cumplir mis metas.

En especial a mi madre, mujer y amiga, que con su ejemplo me ha demostrado que todo es posible con esfuerzo y dedicación. Gracias por ser la mejor madre que Dios y la Vida me pudo dar, por su amor y paciencia le dedicó este triunfo, y por siempre apoyarme a lo largo de mi vida. Le amo.

También dedicárselo a mi hermana y a mi querido sobrino, ya que son el apoyo incondicional y motivación que me impulsa a esforzarme y seguir adelante.

Y en especial se lo dedico a mis abuelitos, sé que desde el cielo son la luz que guían mi camino, y nunca me dejan sola.

Adriana Carolina Andaluz Vaca

RESUMEN

Introducción: se ha observado que el COVID-19 generalmente suele afectar con mayor severidad a los pacientes adultos mayores, sin embargo, los adultos jóvenes también se han visto afectados durante el curso de esta pandemia, por esta razón, la información literaria existente sobre cuadros críticos es limitada, más aún en el entorno latinoamericano. El presente trabajo describe el panorama del adulto joven ingresado en UCI, junto con aquellos retos afrontados tanto por familiares como el personal de salud a cargo de sus cuidados durante su estancia. **Objetivo:** Realizar un análisis de la bibliografía actual sobre las problemáticas generadas durante la atención del adulto joven con COVID-19 en UCI tanto para personal del ámbito de la salud, como para la familia en los aspectos psicológicos, sociales y económicos. Mediante la revisión bibliográfica en buscadores de información científica donde se obtuvo 29 artículos provenientes de Pubmed, 21 artículos de Elsevier, 7 artículos de Scielo y 3 artículos de Scopus. **Resultados:** El panorama generado por el Adulto Joven hospitalizado dentro de UCI significó un verdadero desafío para los profesionales médicos y enfermeras, quienes, ante los problemas generados por el desconocimiento teórico propio de enfrentar una nueva enfermedad, tuvieron que llevar además la carga psicológica de verse superados por la situación. Importante entender también que, en lo social, el adulto joven constituye una pieza importante para el núcleo familiar, siendo en ocasiones incluso fuente de ingresos de la misma, por lo que produjo un golpe bastante importante para sus familiares durante esta época. **Conclusión:** La literatura científica disponible en la actualidad está bastante limitada en relación con la terapéutica de esta enfermedad dentro de un grupo etario específico. El aspecto psicosocial generado por la estancia en cuidados intensivos de un miembro de la familia en un ámbito aun poco estudiado y profundizado que aún tiene mucho por explorar. **Recomendación:** Generar protocolos de tratamiento estandarizado para un adulto joven a lo largo de su estancia en UCI.

Palabras clave: Adulto Joven; COVID-19, Unidad de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT

Introduction: It has been observed that COVID-19 generally affects older adult patients more severely, however, young adults have also been affected during the course of this pandemic, for this reason, the existing literary information on critical pictures is limited, even more so in the Latin American environment. This paper describes the panorama of the young adult admitted to the ICU, together with those challenges faced by both family members and the health personnel in charge of their care during their stay. **Objective:** to carry out an analysis of the current bibliography on the problems generated during the care of young adults with COVID-19 in the ICU, both for health personnel and for the family in psychological, social and economic aspects. Through the bibliographic review in scientific information search engines where 29 articles from Pubmed, 21 articles from Elsevier, 7 articles from Scielo and 3 articles from Scopus were obtained. **Results:** The panorama generated by the Young Adult hospitalized within the ICU meant a real challenge for medical professionals and nurses, who, given the problems generated by the theoretical ignorance of dealing with a new disease, also had to bear the psychological burden of being overcome by the situation. It is also important to understand that, socially, the young adult constitutes an important piece for the family nucleus, sometimes even being a source of income for it, which is why it caused a significant blow to their relatives during this time. **Conclusion:** The currently available scientific literature is quite limited in relation to the therapeutics of this disease within a specific age group. The psychosocial aspect generated by the stay in intensive care of a family member in an area still little studied and in-depth that still has much to explore. **Recommendation:** Generate standardized treatment protocols for a young adult throughout their stay in the ICU.

Keywords: Young Adult; COVID-19, Intensive Care Unit.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Preguntas de Investigación	5
Objetivo:	5
2. REVISIÓN DE LA LITERATURA	6
2.1. Fundamentos teóricos.....	6
3. MATERIALES Y MÉTODOS	17
3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación.....	17
3.2 Población y muestra	18
3.3 Criterio de Inclusión.....	19
3.4 Criterios de Exclusión	19
3.5 Técnicas e instrumentos de recogida de datos	20
3.6 Técnicas de análisis de datos.....	20
4. RESULTADOS.....	22
4.1 Problemas que se presentaron el personal de salud durante el cuidado del adulto joven con COVID-19 que se encuentran en cuidados intensivos	22
4.2 Cuáles fueron los desafíos que enfrentaron los familiares de los adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos por COVID- 19.....	25
4.3 Cómo se comportó la mortalidad por COVID-19 complicado en la población de adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.....	27
5. CONCLUSIONES	30
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
7. ANEXOS	42

1. INTRODUCCIÓN

Durante los meses finales del 2019 en Wuhan, una región de China, se dio a conocer el brote de varios cuadros neumónicos de etiología a determinar y con la característica de propagarse con facilidad entre personas y producir un índice de mortalidad relativamente alto, el cual es conocido como COVID-19 y posteriormente se dispersó en un contagio frenético hacia el resto del mundo causando un estado de alarma a nivel mundial y obligando a las autoridades sanitarias globales a dictar estado de emergencia sanitaria desde el 11/03/2020, con el pasar de los meses se logró aislar la etiología del cuadro clínico, el mismo que se trataba de un virus del grupo Coronavirus el cual se denominó como SARS-CoV-2 y que tenía similitudes con virus de epidemias anteriores como aquella causada por el SARS-CoV- 1 en el año de 2003 o aquel síndrome respiratorio ubicado en medio oriente causado por el MERS. (Serrano-Cumplido et al., 2020)

Así mismo, se evidenció en un inicio la falta de preparación y capacidad de los sistemas sanitarios que en conjunto con el desconocimiento y al enfrentarse a una nueva enfermedad contribuyó al desarrollo de estados de emergencia, donde los múltiples pacientes contagiados se veían perecer incluso en las calles de muchas ciudades ante la incertidumbre y la incapacidad de respuesta de los diferentes estados, significando una ola de contagios, hospitalizaciones y muertes que sin duda dejó en claro que varios sistemas de salud no estaban preparados para enfrentarse a un problema de dicha magnitud.(Serrano-Cumplido et al., 2020)

De igual forma, se notó un incremento significativo de ingresos hospitalarios por neumonía que en muchos de los pacientes, se presentó además un síndrome de distrés respiratorio severo acompañado de un fallo multiorgánico por liberación excesiva de

factores de inflamación, sin embargo esto principalmente fue asociado en un inicio a aquellas personas de edad avanzada o que tenían comorbilidades como hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica junto con la adicción al tabaco o un índice de masa corporal mayor a 25, además se encontraban en estados de inmunosupresión como aquellos con diagnósticos de cuadros autoinmunes como el Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea o fibromialgia, sin dejar de lado que los pacientes con cuadros oncológicos también podrían verse afectados de mayor manera. (Naiza & Asqui, 2022)

Es así como todo aquel que no poseía dichas comorbilidades se preveía que no desarrollarían un estado de la enfermedad más allá de cuadros moderados que podrían significar cambios imagenológicos y signos de neumonía, acompañados de síntomas generales como fiebre, malestar, tos, diarrea entre los más frecuentes y si bien la tendencia es esa, no exenta a personas sin comorbilidades o adultos jóvenes a terminar desarrollando cuadros severos en distintas regiones del mundo, llevando a este tipo de pacientes a ingresar a una UCI con necesidad de luchar en contra del estado de shock, falla respiratoria o falla multiorgánica. (Naiza & Asqui, 2022).

Dentro de los pilares del tratamiento en un cuadro de COVID-19 en UCI, los procedimientos profilácticos de enfermería corresponden a uno de los más importantes, ya que el enfermero será quien demostrará con una visión en el enfoque científico y armonizado con la profilaxis, confrontando con responsabilidad y ética diversas situaciones que se irán presentando a lo largo del cuidado, permitiendo que las distintas decisiones terapéuticas se lleven a cabo junto con los cuidados necesarios que un paciente en esta unidad debe tener (Sánchez et al., 2021).

En tal sentido, se ha analizado gran porcentaje de los ingresos a UCI corresponden a personas adultas con múltiples comorbilidades, existen casos donde diferentes grupos etarios requieren su ingreso, dentro de ellos podemos destacar a los adultos jóvenes, un grupo etario que según O.M.S corresponde a aquellos pacientes que tienen una edad entre 21 y 24 años de edad, vigilando su el tiempo que transcurre desde la aparición de la sintomatología, ya que el promedio de días entre las complicaciones y el día 1 de los síntomas se encuentra en 11 días. (Téllez-Navarrete et al., 2021)

Además, múltiples estudios epidemiológicos como el realizado por Rojas Gambasica et al., (2020) reportan que el 23% de personas ingresadas llegarán a necesitar ingreso a UCI, y dentro de este porcentaje figuran aquellos adultos jóvenes quienes forman parte de la minoría, ya que, de una manera poco frecuente, estos pacientes presentan manifestaciones que se considerarían graves. Además, estos adultos, cumplen con los criterios de gravedad en “scores” como el NEWS o el qSOFA los cuales permitieron al personal de salud orientar un ingreso o derivación temprana con la finalidad de evitar complicaciones en pacientes que requieren ingreso a UCI.

Por otra parte, durante esta pandemia ha quedado demostrado que el papel del enfermero en la UCI no se encasilla exclusivamente en la administración de medicamentos y mantenimiento de las vías colocadas en estos pacientes si no que engloba otros cuidados y estrategias, con la finalidad de llevar un manejo individualizado y enfocado a cada necesidad del paciente crítico. (Barragán et al., 2020)

De igual manera, el personal de enfermería es parte fundamental en el proceso de cuidados especiales para los pacientes en estas estancias, donde encontramos por ejemplo el desarrollo de la maniobra para pronar a un paciente conectado a un ventilador mecánico, medida que se adoptó para mejorar el estado ventilación/perfusión

aumentando la oxigenación arterial de un paciente con COVID-19 y mejorando su estado general de salud. (Asensio, 2021).

Sin embargo, no exclusivamente el campo respiratorio acapararía toda la atención del enfermero, ya que mediante pequeñas intervenciones como mantener la hidratación de la piel, la utilización de parches hidrocoloides y cambios de posición para proteger las zonas prominentes susceptibles a sufrir lesiones por presión, se puede crear un impacto sobre el estado del paciente, mejorando de manera significativa su estancia en (UCI) y evitando la aparición de problemas que en sumatoria podrían ir disminuyendo sus posibilidades de alta o incluso formar secuelas posteriores una vez terminada su estancia en esta área, es así que la enfermería tiene su importancia en la atención de pacientes críticos debido a su papel fundamental en el cuidado, no solo físico y científico sino también resaltando el aspecto moral que brindan a sus pacientes, haciendo de este gremio un pilar indispensable (Bohart et al., 2022)

1.1. Preguntas de Investigación

- 1.- ¿Cuáles son los retos del personal de salud en el cuidado del adulto joven con COVID-19 que se encuentran en cuidados intensivos?
- 2.- ¿Cuáles son los desafíos que enfrentan los familiares de los adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos por COVID-19?
- 3.- ¿Cómo se comporta la mortalidad por COVID-19 complicado en la población de adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos?

Objetivo:

Analizar las evidencias científicas que muestren el comportamiento de la morbimortalidad en los pacientes adultos jóvenes con SARS-Cov2 en Cuidados Intensivos,

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos teóricos

Es difícil concebir el panorama de un adulto joven en estado crítico por un virus respiratorio, ya que su ausencia de patologías concomitantes, hace que la tendencia global de gravedad de esta enfermedad se presente en personas de edad más adulta, así como lo menciona la O.M.S, este grupo comprende aquellos adultos que tienen entre 19 y 24 años de edad, es por esto que el camino hacia un estado de salud que amerite el ingreso a terapia intensiva para recibir el soporte necesario para no perder la vida puede generar un impacto mayor tanto en el paciente como en la familia al considerarse un evento inesperado por la condición de salud en el que se encuentra durante esta etapa de la vida. (Salcedo-Matienzo et al., 2020).

Es importante entender que la familia constituye un sistema de una sociedad que representa un todo, correspondiendo a una organización en el cual cada uno de sus elementos constituye una pieza fundamental y cuando se ve afectada involucra directamente a toda la familia, cada individuo según su grupo etario genera diversas perspectivas y preocupaciones. Por lo general, el adulto joven no se considera como un individuo de riesgo para desarrollar un cuadro clínico grave durante su estancia hospitalaria, es por ello que además de su impacto en la salud física, generó impacto en el ámbito social y económico, haciendo que los familiares deban atravesar diferentes escenarios socialmente complicados y poco previstos. (Souza Dilleggi et al., 2019) (Morales & Ron, 2020)

Según Téllez-Navarrete et al., (2021) en su trabajo titulado: Enfermedad COVID-19 en adultos jóvenes mexicanos hospitalizados, donde presentan datos estadísticos sobre la sintomatología presente durante esta enfermedad, han sido reportados de manera concomitante y no juntos en su totalidad. Siendo así que la severidad de estos síntomas por lo general se cataloga como cuadros leves o moderados y tras una valoración médica y tratamiento ambulatorio se puede sobrellevar el periodo infeccioso en casa o si ameritase el caso de manera intrahospitalaria en servicios generales con el soporte básico.

Sin embargo, esta información que por diversos medios se ha propagado debe ser tomada con la seriedad del caso, ya que en ocasiones los pacientes que tengan una evolución tórpida de la enfermedad y requieran valoración y atención médica se ven mellados por una dilatación en el inicio del tratamiento, ya que es el tiempo que transcurre hasta acudir al establecimiento a cargo, haciendo que el pronóstico y el manejo se complique por el tiempo sin tratamiento adecuado (Parra Gordo et al., 2021).

A esto debemos sumarle la presencia de comorbilidades que afecta en gran mayoría al pronóstico de la enfermedad, tal vez no se reporten en gran porcentaje personas con hipertensión, diabetes mellitus tipo II o enfermedades autoinmunes porque dentro de este grupo etario son poco frecuentes, pero existe una patología latente en muchos de los jóvenes que se encuentran graves en UCI, la obesidad. Debido a su alto índice dentro de la población mayor de 18 años en distintas regiones del mundo, se asocia cada vez más a una progresión grave de la enfermedad y desenlaces fatales en muchos de los casos, ya que la mortalidad sobre aquellos con comorbilidades es superior de manera significativa (Parra Gordo et al., 2021).

Durante el transcurso y desarrollo de este cuadro clínico es importante considerar la evolución y progresión de los síntomas iniciales, que de manera general se puede prever su rumbo, ya que están relacionados con diferentes resultados de laboratorio que orientan a los pacientes a tener un mejor o peor pronóstico e incluso ser indicativo de mortalidad en los pacientes infectados, como lo menciona Cummings et al., (2020) en su trabajo titulado: *Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort Study*, realizado en Estados Unidos, en una población de 40000 pacientes adultos mayores ingresados a tratamiento hospitalario por covid-19 y cuyo objetivo fue determinar los marcadores biológicos que determinen el curso de una enfermedad moderada o severa.

Además, se encontró evidencia que respalda que la elevación de dímero-d, Procalcitonina y P.C.R se relaciona con mayor riesgo de ingreso a UCI. Es importante también considerar el grado de hipoxemia de los pacientes para su desarrollo ya que existen estudios que respaldar que aquellos con hipoxemia preexistente tienen un mayor nivel de mortalidad frente a quienes son admitidos a hospitalización con grados de oxemias normales (Cummings et al., 2020).

Al respecto de la sintomatología que un paciente puede manifestar durante esta enfermedad, se pueden dividir como cuadros leves, moderados y graves, siendo este último donde se englobarían aquellos cuadros de neumonía atípica que conlleva síndrome de distrés respiratorio agudo o cuadros de sobreinfección bacteriana que nos podrían llevar hacia sepsis y choque séptico, los cuales constituyen en la actualidad las casusas más prevalentes de hospitalización en UCI por esta enfermedad (Elrobaa & New, 2021).

Aquellos con manifestaciones graves inician una carrera contrarreloj para ingresar a una cama disponible con la finalidad de recibir tratamiento de apoyo optimizado, seguro y rápido en la UCI, para tamizar a estos pacientes se recomienda el uso de escalas que puedan pronosticar la gravedad y el riesgo de mortalidad como lo son las escalas del National Early warning Score o el Quick sequential Organ Failure Assessment, que permite al profesional a cargo del paciente darse cuenta de manera temprana de los cambios en enfermos críticos, estas escalas acompañadas de un juicio clínico pueden ser de ayuda para la admisión temprana del paciente a cuidados intensivos que se verá reflejada en su posibilidad de salir de su estado crítico, o incluso podrá ayudar a optimizar el espacio físico para las personas que necesitan manejo estricto en UCI ante la limitada disponibilidad de espacio en estas unidades. (Bouadma et al., 2020)

Sin duda, los eventos agravantes más frecuentes en estos casos es el síndrome de Distrés respiratorio agudo, en el cual como lo recomienda Usman et al., (2019) en su trabajo titulado: Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department cuyo objetivo fue determinar las mejores escalas diagnósticas y pronósticas para los pacientes con COVID-19. Recomendando la identificación temprana del distrés respiratorio y si cabe el termino estandarizada en base a lo que indica la OMS basándose en los criterios de Berlín, con la finalidad de optimizar el tamizaje de los pacientes que requieren apoyo ventilatorio no invasivo o invasivo en UCI.

En primer lugar se establecerá un plan de transporte seguro del paciente desde la sala de hospitalización a la UCI, donde se considere todas las medidas de bioseguridad tanto para el paciente, como para el personal del circuito programado, este

traslado deberá ser limitado dentro del centro sanitario exclusivamente a cuando los pacientes y su estado de salud lo requieran de manera estricta, para ello el protocolo deberá ponerse en marcha con la finalidad de evitar la propagación y contagio de más pacientes por la zonas que vaya a trasladarse, de preferencia se recomienda habitaciones individuales, aisladas y con circulación de flujo de aire laminar en presión negativa, limitando al mínimo el número de personas que estarán a cargo del paciente y dotando a cada uno de ellos de material de protección personal desechable para las intervenciones previstas. (Visallante et al., 2022).

Como norma general se debe buscar la prevención de eventos tromboembólicos y la vigilancia estricta de los equipos de acceso invasivo, ya que el tromboembolismo o la coinfección bacteriana podría aumentar en gran porcentaje la probabilidad de muerte. Además, la movilización pasiva y cambio de posición en decúbito es una actividad frecuente en los pacientes en UCI ya que se busca evitar el desarrollo de úlceras por presión; respecto a la vigilancia de los pacientes, se requiere de monitores para la toma de signos vitales de manera continua, con la finalidad de tomar decisiones rápidas que beneficien el estado de salud del paciente (Rojas Gambasica et al., 2020).

De tal manera, por lo mencionado anteriormente, donde se describe el espectro sintomatológico del COVID-19 desde su cuadro leve, hasta la necesidad de contar con ventilación mecánica en UCI, ha hecho que a nivel mundial los establecimientos donde se brinda estos cuidados se vean saturados de pacientes, e incluso en muchas de las ocasiones sea imposible conseguir disponibilidad de ingreso a para ser sometidos al tratamiento necesario, desencadenando en que la mortalidad S.D.R.A aumente las cifras relacionadas con mortalidad. (Goyal et al., 2021)

Aunque no se realicen estudios sobre este grupo etario en solitario, autores como Mejía et al., (2020) en su obra titulada: “ Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima, Perú.”, realizado de manera retrospectiva documental tras el análisis crítico de los expedientes donde se ha evidenciado que de todos los pacientes en este grupo la indicación de cuidados críticos es bastante baja, también se debe considerar que la estancia en el servicio de cuidados intensivos suele ser prolongada, Y aunque existan adultos jóvenes que consigan un ingreso a tiempo a la UCI, por sus condiciones clínicas y marcadores pronósticos tampoco libran el camino de la muerte.

Así mismo, se pone en evidencia en múltiples estudios como el realizado por Yang et al., (2020) titulado: “Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational Study”, realizado en la UCI de la institución sanitaria de Wuhan, en China, el cual se trata de un estudio que involucró a 52 pacientes admitidos en la UCI, donde se reportó una mortalidad hasta del 50% en este servicio.

Por otra parte, en el caso de Europa, existen datos estadísticos bastante contradictorios, por ejemplo, en el estudio publicado por (Rama-Maceiras et al., 2021) llamado: “Pacientes críticos COVID-19. ¿Han variado el manejo y los resultados en la UCI tras un año de pandemia?” El cual es un estudio que incluyó a 373 pacientes ingresados en las UCI de España durante 2020 y 2021, consiguiendo una tasa de mortalidad de 16% y 17% respectivamente, adjudicado a diversas condiciones como la mayor disponibilidad de ventiladores y mejor individualización para conseguir el mejor tratamiento para cada individuo y mejor tamizaje por grupo etario que en trabajos anteriores.

El Trabajo realizado por Ferrando, Mellado-Artigas, et al., (2020) se identificó que los adultos presentan una mortalidad de 31%, siempre y cuando durante el curso del cuidado no presenten complicaciones como fiebre, infección bacteriana concomitante, infección de sitios de acceso venoso o complicaciones neurológicas, ya que en este grupo ascendió la mortalidad hasta el 50% en UCI. Además, en lo que a mortalidad respecta, aunque no contamos con una división etaria bien establecida, se evidenció que los pacientes aumentaban en un 1% su probabilidad de mortalidad por cada año superior a la edad mínima utilizada en el estudio, partiendo desde los 18 años.

Si bien en menor cantidad la existencia de Diabetes mellitus e hipertensión en este grupo de pacientes es incuestionable, también se ha relacionado con un mayor nivel de complicaciones a aquellos pacientes con obesidad los cuales están asociados a un mayor riesgo de morir durante su estancia, además el sexo masculino también se considera en muchos estudios como factor de riesgo, relacionado posiblemente con la cantidad de andrógenos, que favorece la replicación y progresión de la enfermedad. (Montiel et al., 2021).

Acerca de infecciones concomitantes, el trabajo de Said et al (2022) realizado en una población de 301 a pacientes que requerían UCI, de los cuales, los adultos jóvenes representaron al 25.6%, de estos se podía observar una mortalidad del 36% en aquellos que tenían coinfección bacteriana, por *K. Pneumoniae* multirresistente, *acinetobacter baumannii*, *E. Coli* BLEE o *P. Aeruginosa* y un 9.9% en aquellos que no presentaron enfermedades infecciosas concomitantes, presentando diferencias significativas entre el grupo que presentó infección contra aquellos que no la presentaron, representando una diferencia que nos demuestra que una mejor comprensión de los tipos, la frecuencia y la resistencia antibiótica desarrollada por las

bacterias respiratorias coinfectantes en pacientes con COVID-19 puede contribuir a un manejo efectivo del paciente y a la administración de antibióticos durante la pandemia actual, con la finalidad de disminuir las tasas de mortalidad asociadas a infecciones bacterianas.

Sin embargo, no existe diferencia entre aquellos pacientes con infecciones concomitantes sobre aquellos que padecen de “superinfecciones” respecto a su mortalidad, pero si aumentan los días de hospitalización y el riesgo de complicaciones y dificultad para la incorporación a la vida cotidiana en los adultos jóvenes dados de alta de UCI, según el trabajo publicado por Ramos et al., (2021) titulado: “ COVID-19 associated infections in the ICU setting: A retrospective analysis in a tertiary-care hospital”, llevado a cabo en España mediante el análisis de datos relacionados con la terapéutica y los auxiliares de diagnóstico solicitados en jóvenes hospitalizados en UCI de la unidad universitaria Gregorio Marañón.

Por otro lado, la enfermedad renal aguda en estos pacientes es otra de las complicaciones que puede llegar a aparecer tras el compromiso sistémico que involucra la inestabilidad hemodinámica del paciente en UCI y corresponde a una característica importante, ya que existen trabajos como el publicado por Melero et al., (2022) bajo el título de: “ Mortalidad y función renal a largo plazo en pacientes ingresados en la UCI por COVID-19 con fracaso renal agudo, terapia continua de reemplazo renal y ventilación mecánica invasiva realizado en lima, Perú”, donde se analizó los datos clínicos relacionados con S.D.R.A y falla renal AKIN III, que requirieron terapia de reemplazo renal. Aquí se demostró que la mortalidad aumento de manera significativa sobre aquellos que presentaron falla renal aguda durante su hospitalización en la UCI.

Por último, es importante destacar que el uso de anticoagulantes, antibióticos o corticoides no mostraron asociación significativa entre el desenlace adverso en la UCI, aunque sobre el último grupo farmacológico también existe información que respalda su utilidad para disminución de mortalidad en pacientes con requerimiento de oxigenoterapia (The RECOVERY Collaborative Group, 2021).

Por otro lado, independientemente de la edad que tiene, al momento de ingreso a UCI empieza a someter a su cuerpo a una serie de estrés, secundario a su lucha por la vida y a lo invasivos que son los tratamientos manejados en este servicio, siendo así que se ha desarrollado el término “ Post-UCI syndrome ” el cual se manifiesta en aquellos pacientes hospitalizados que presentan dificultad parcial de sus capacidades funcionales, corporales y cognitivas, lo cual por lo general suele durar entre un año y se presenta hasta en un 47% de los pacientes dados de alta, sin embargo el 17% fallece (Raurell-Torredà et al., 2019).

Dentro de las complicaciones físicas debemos destacar la debilidad muscular adquirida , que suele estar presente hasta en un 65% de personas hospitalizadas que requirieron acople ventilatorio. como es el caso de aquellos ingresados por COVID-19 severo, además existen algunos pacientes que desarrollan un nivel de delirio el cual puede ser evitado por la deambulacion precoz, problemas relacionados con niveles de hiperglicemia y la estancia prolongada como lesiones por presión, aunque poco frecuente, puede presentarse en los adultos jóvenes ingresados a la UCI, sin mencionar que existe además una repercusión en distintos niveles en el estado mental de aquellos que ingresan a este servicio (Raurell-Torredà et al., 2019).

Actualmente se menciona en muchos estudios el “síndrome post-Covid” el cual se caracteriza por presentar síntomas clínicos más allá de la fase aguda del cuadro

clínico, normalmente hasta 1 año posterior de iniciado los síntomas y el cuadro severo, además de ser muy real se caracteriza por una serie de síntomas presentes en aquellas personas que padecieron cuadros severos y requirieron hospitalización en UCI para recibir soporte vital y en un momento batallaron por no perder su vida (Carod Artal, 2021).

Dentro de los más destacados encontramos secuelas mentales, sobre todo aquellas psiquiátricas y psicológicas como aumento del nivel de ansiedad, no solo relacionado con el cuadro clínico, sino también con el impacto social y económico que generó en múltiples familias el paso de esta enfermedad, afectando el potencial productivo en cada una de ellas y aumentando las cifras de desempleo que paulatinamente llevaron a aquellos que padecieron esta enfermedad a sentirse culpables por la situación y sufrir depresión y ansiedad, estos cuadros se han visto en ejes de familia como padres, pero en adultos jóvenes también ya que sienten el sentimiento de culpa y carga por haber sometido a sus familiares a tal experiencia (Bunce et al., 2022).

Aunque no es tan común como lo antes mencionado, también existe evidencia de problemas neurológicos como dificultad para consolidar la memoria, fragilidad durante eventos emocionales, verborrea, cuadros de emoción o ira sin causa aparente, o cuadros relacionados con traumas, cefalea, mareos, náuseas y vómitos. Además de ello es posible que los pacientes presenten repercusiones particularmente pulmonares que se manifiesten en la vida diaria como cansancio o tos crónica. Dentro de algunas otras manifestaciones a tomar en cuenta encontramos la anosmia o hiposmia, además de la hipogeusia y disgeusia que esta presente hasta en un 85% de pacientes dados de alta por COVID-19. (Said et al., 2022)

Como predicción científica en base al fenómeno de estudio durante el proceso de investigación se plantea:

En el adulto joven con Sars-Cov-2 hospitalizado en unidades de cuidados intensivos ¿se han presentado el mismo índice de mortalidad en otros grupos de edad.?

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación.

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo cualitativa, cuya definición se enmarca en lo descriptivo, para ello entender el termino cualitativo es de vital importancia, el mismo que según el autor Adler, (2004) menciona que debe entenderse bajo dos premisas, la primera hace referencia a una cualidad de algo o alguien, y la segunda a la calidad, es decir a la naturaleza y esencia del comportamiento y desenvolvimiento de un elemento. Tanto cualidad como calidad provienen etimológicamente del griego *qualitas* de modo que su significado unificado busca generar las preguntas sobre ¿Qué es? ¿Cómo es? Y cómo se comporta adquiriendo algo que lo diferencia de lo demás. Es así que la investigación cualitativa busca la descripción de datos obtenidos, tal y como lo define el autor (Sandoval, 2006) “Investigación cualitativa se define como la investigación analiza y genera datos descriptivos, como el texto o diálogos, además del comportamiento observable de los individuos.” de esta manera. Se debe entender a la investigación de tipo descriptiva como aquella que busca describir datos que definen situaciones específicas. Es así como el enfoque del trabajo realizado se basó en este concepto, ya que se buscó de manera sistemática la recopilación de definiciones, afirmaciones y datos sobre la situación del adulto joven en la UCI a causa de Covid-19, con lo que se describió esta situación bajo una visión general, recalcando las características encontradas en este grupo de personas con la finalidad de conferir un matiz más en lo expuesto durante esta pandemia.

El tipo de investigación propuesta se realizó con un diseño descriptivo, ya que como lo define la autora Yánez (2010) busca la caracterización mediante la observación del comportamiento de un fenómeno en un tiempo determinado, es así como este trabajo busca

describir el comportamiento de los pacientes adultos jóvenes cuya característica fue padecer COVID-19 en un área designada como la UCI, durante el lapso de pandemia.

Por último, esta investigación también se encasilla como una revisión de tipo bibliográfica ya que se dio mediante una indagación en la literatura científica, seguido de una detallada lectura, observación y comparación del tema en cuestión examinado en buscadores de datos indexados como: Scopus, Elsevier, PubMed, BVS, Scielo, Science Direct . lo cual originó un trabajo que proporcionó a los lectores conseguir un compendio de conocimiento justificado, lo que permitió ampliar el conocimiento en esta área.

3.2 Población y muestra

Como lo explica Otzen & Montarelo, (2017), una vez se estableció el objetivo del estudio, se determinó la población a examinarse para generar los resultados necesarios con la finalidad de dar respuesta a lo planteado, además, se delimitó a la población sobre la cual se pretende realizar el estudio en base a los casos que concuerden con un conjunto de características específicas, de esta manera, la siguiente revisión bibliográfica contó con una población de 93 artículos obtenidos de bases de datos indexadas, donde aplicando la lectura crítica se buscó determinar un porcentaje significativo de la totalidad. (Arias et al., 2016). De esta manera, la población se estableció en 60 artículos los cuales estuvieron enfocados en dar respuesta a las preguntas planteadas durante el desarrollo de la investigación, haciendo que esta muestra mantenga características generales del fenómeno a estudiar, conformando una muestra representativa de la población.

Tomando en cuenta lo que menciona Ávila, (2006) es importante los criterios de selección de inclusión para los estudios, los mismos que buscan incluir los trabajos pertinentes y afines con el fenómeno de estudio que busca resolver las incógnitas generadas durante el

planteamiento del problema, mientras que las características que pueden separar a un elemento de estudio de la muestra seleccionada por discrepancia con el objetivo general. De esta manera se desarrolló el análisis según los siguientes criterios:

3.3 Criterio de Inclusión

- Artículos originales publicados en páginas indexadas
- Trabajos escritos en español o Inglés.
- Documentos publicados desde enero 2020 hasta febrero del 2023

3.4 Criterios de Exclusión

- Tesis y Maestrías
- Estudios secundarios como editoriales, comentarios, casos.
- Artículos de Revisión

Para la búsqueda se utilizó las palabras clave según los términos MeSH/DeCS: COVID-19, Sars.cov-2, Intensive Care Units, Young Adult. Mortality, Morbidity. las combinaciones utilizadas junto con operadores Booleanos fueron: “Covid-19” OR “Sars.cov-2” AND “Intensive Care Units” AND “Young Adult”, “Young Adult” AND “Covid-19” OR “Sars.cov-2” AND “Mortality”, “Young Adult” AND “Covid-19” OR “Sars.cov-2” AND “Morbidity”. La búsqueda bibliográfica arrojó un total de 93 investigaciones, de los cuales se excluyeron: 33 trabajos.

3.5 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

El compilado de información obtenida se define según Inga, (2006) como “la formación de un panorama preciso acerca de un tema de interés que se consigue mediante la búsqueda y análisis de datos provenientes de fuentes distintas.” Esta información sin embargo deberá provenir de fuentes de información que satisfagan la necesidad de conocimiento del problema presentando, y que posteriormente nos fue de utilidad para dar respuesta a los objetivos planteados. Es por ello que se realizó este trabajo con fuentes secundarias, las cuales se entienden como documentos que contienen información de manera sintetizada y reorganizada y el cual será producto del análisis de autores en base a una fuente primaria, este tipo de información estuvo diseñada para facilitar y maximizar el acceso a los contenidos de un tema en específico.

De esta forma, es el propio investigador quien mediante una revisión extensa de la literatura actual generó información con lo que se estableció una realidad de la situación del adulto joven con COVID-19 en UCI, esto se conseguirá mediante el uso de las palabras clave durante la búsqueda sistemática. las combinaciones utilizadas junto con operadores Booleanos a utilizarse serán: AND u OR, búsqueda que se llevará a cabo en páginas de compilados literarios indexadas las cuales serán Scopus, Elsevier, PubMed, BVS, Scielo, Science Direct, de donde se obtendrán 8 estudios para llevar a cabo la introducción, 26 fuentes para la elaboración del estado del arte y 26 estudios más que serán de apoyo para dar respuesta a las preguntas planteadas.

3.6 Técnicas de análisis de datos

Según, Prieto Castellanos, (2018) dentro del desarrollo investigativo se usó el método inductivo, el cual se fundamenta en el razonamiento del autor, siendo así que nos podemos

beneficiar de estas fuentes de información obtenidas mediante la búsqueda sistematizada de artículos científicos en revistas indexadas, para posteriormente formar una idea, tomando distintas realidades de manera multicéntrica en busca de tener más detalles y poder concretar una idea en general sobre los fenómenos característicos del adulto joven con sars.cov-2 en la UCI.

4. RESULTADOS

A partir de la declaración del estado de emergencia sanitaria mundial causada por el SARS.COV-2 se empezó a vivir una nueva realidad en las UCI'S, donde transcurrió un periodo bastante crítico que sobrepasó y saturó los diversos sistemas sanitarios de todos los países alrededor del mundo (Aoyama et al., 2019).

Dejando en evidencia la fragilidad del sistema de salud y la incapacidad de respuesta ante un factor sanitario inesperado y de tal magnitud, además, el grupo de adultos jóvenes afectados con severidad eran considerados grupos prioritarios por su mayor tasa de supervivencia y expectativa de vida tras una hospitalización y tratamiento oportuno. Es así que empezaron a surgir diversas situaciones que se afrontó durante esta época (Daniel, 2020).

Las UCI'S siempre cuentan con un modelo de atención basado en una estricta relación entre costo y beneficio terapéutico, priorizando los recursos disponibles, que para el efecto son múltiples, desde equipamiento, medicación avanzada y disposición de recursos humanos con la finalidad de estabilizar y prolongar la vida del paciente, en el caso del adulto joven el cual se caracteriza por presentar un estado de salud adecuado, no presentar patologías de base y básicamente tener una mayor perspectiva de vida en relación al adulto mayor, hace que su estancia sea prioritaria y tenga mayor esperanza de alta hospitalaria.(Barragán et al., 2020)

4.1 Problemas que se presentaron el personal de salud durante el cuidado del adulto joven con COVID-19 que se encuentran en cuidados intensivos

La ansiedad, el pánico y el miedo en las sociedades se hicieron presente en casi todas las áreas, incluido el ámbito económico por la interrupción de las actividades laborales y educativas, además del estrés mental y físico causado por el aislamiento social, se pudo apreciar que los

sistemas de salud se han enfrentado a diversos problemas, como la escasez en el material de protección, la carga de trabajo excesiva, la falta de personal e insuficientes espacios físicos equipados de manera adecuada. Esto ha causado una situación nunca antes contemplada el cual se caracteriza por presentar cuadros de ansiedad, depresión, miedo o estes en los profesionales de la medicina (Gloster et al., 2020).

Dentro de los primeros problemas identificados encontramos la ansiedad que generó en personal sanitario el estar junto a personas contagiadas, siendo más susceptibles a la infección y aumentando la probabilidad de transmitir el virus a sus colegas y familiares, este miedo desencadenó trastornos mentales como ansiedad, insomnio, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos y trastornos depresivos (Gloster et al., 2020).

En el estudio de Karasu et al., (2022) menciona que las personas más afectadas mentalmente por esta pandemia aquellas relacionadas con instituciones/organizaciones de salud, tanto médicos, enfermeras, personal de apoyo y otros empleados de estas instituciones se han enfrentado a una situación que no habían conocido o experimentado antes. El estudio evidencio que la ansiedad en los participantes del estudio fueron "severos" y "moderados", donde aquellos que necesitaban apoyo psicológico y aquellos que consideraban inadecuadas las medidas tomadas en sus trabajos tenían niveles más altos de ansiedad de estado y rasgo.

El cuidado multidisciplinario es importante, como refiere Mahbbob et al., (2020) donde evidencia que el trabajo en conjunto es fundamental, recalcando la importancia del talento humano de la unidad en conjunto con un correcto entorno, ya que ayuda a prevenir infecciones cruzadas por el correcto manejo del ambiente del paciente y disminuyendo el riesgo de contagio por la protección que brindaban los equipos desechables de protección mediante protocolos claros, influyendo de manera positiva sobre la tasa de complicaciones y mortalidad del grupo etario en cuestión.

La información disponible sobre manejo clínico de la enfermedad en un inicio no era extensa, lo que condicionó a que exista incertidumbre en muchas decisiones, Wu et al., (2020) estableció que lo más importante es controlar la sintomatología y mantener estable al paciente, mediante el monitoreo estricto de signos vitales para tomar decisiones clínicas en base al estado hemodinámico, se da importancia también a la bioseguridad establecida con medidas que buscan evitar los contagios secundarios que puedan derivar en una insuficiencia orgánica.

En lo que a tratamiento específico respecta, se han utilizado múltiples esquemas de medicación, como la administración de antivirales (remdesivir, oseltamivir, lopinavir o ribavirina), la plasmaféresis, antibioticoterapia empírica o incluso el uso de antimaláricos los cuales aunque “in vitro” tenían buenos resultados, no generaron un impacto significativo durante su uso (Wu et al., 2020). Por otro lado, el correcto abordaje de la insuficiencia respiratoria si marcaba la diferencia, Albajar Bobes et al., (2021) indica que brindar soporte con parámetros individualizados de ventilación mecánica hasta recuperar la autonomía ventilatoria causada de manera temporal por la afectación pulmonar de la enfermedad ayudaba a la sobrevivencia de los pacientes, es así que con estas pautas el equipo de salud mejoró la sobrevivencia de los pacientes adultos jóvenes durante su estancia en la UCI.

En este contexto, los ingresos de este grupo etario a causa de COVID-19 fueron altos no tanto por el impacto de la enfermedad por su gravedad, sino por su magnitud, siendo en un principio una causa importante de morbilidad grave, por encima de las patologías clásicamente más prevalentes la cual ha tenido una tendencia a la disminución al igual que las tasas de contagio gracias a las medidas de bioseguridad implementadas a nivel mundial además del esfuerzo en vacunación por el personal sanitario, con lo cual actualmente nuevamente estas patologías antes mencionadas tienen más importancia para los adultos jóvenes en la UCI (Delbosch & McCarthy, 2021).

4.2 Cuáles fueron los desafíos que enfrentaron los familiares de los adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos por COVID-19

La pandemia representó un cambio en el estilo de vida familiar, mediado por situaciones como hacinamiento, falta de una rutina, o modificación de la estructura familiar por pérdidas, esto generó un cambio negativo en el bienestar de las familias ya que los desafíos que se presentaron trajeron consecuencias y situaciones duraderas, tal como menciona Kheirbek et al., (2021) quien destaca el compromiso psicológico que deben afrontar los familiares y cuidadores asociados al desarrollo de la enfermedad durante su estado crítico, donde la toma de decisiones y apoyo terapéutico afecta a la sobrevivencia.

Según Antón & Román, (2021) indica que cuando se ha concluido el proceso crítico, empieza la etapa para sobrellevar la recuperación y reintegración a la cotidianidad, constituyendo otro reto para cuidadores y familiares, donde directamente todo lo experimentado condiciona el egreso de la persona y su capacidad para desenvolverse en su día a día. El miedo en los familiares también se vio en aumento cuando recibían la noticia del traslado de un familiar joven a UCI, ya que al ser una situación poco común se preparaban para el desenlace más trágico, generando una sensación de temor y ansiedad.

Al estar frente a un panorama desconocido, el miedo se vuelve propio de la situación por la misma naturaleza humana, el cual puede llegar a manifestarse como pánico mediado por la dependencia de un tercero perteneciente a un sistema de salud que evidencia falencias y que no asegura que pueda afrontar la situación generada en ese momento (Pallarés Carratalá et al., 2020) Aunque sea un profesional de la salud el que se encuentre a cargo de la situación, no se puede obviar el hecho de que puede existir duda en su actuar, ya que también arriesga su vida durante su labor, y es en estas situaciones donde en cada uno de los encargados, sean médicos,

enfermeras, auxiliares o personal allegado a la salud nace miedo, lo cual repercute de manera negativa en el manejo de la situación tanto para familiares como para pacientes (Font et al., 2021).

Por otro lado, tenemos la afectación física resultado del estrés somático de la etapa crítica, Taboada et al., (2022) demostró que existen secuelas físicas en pacientes sometidos a cuidados invasivos para preservar su vida, dentro de los más destacados alteraciones en el sueño, falta de aire durante el esfuerzo físico, decaimiento general, alopecia, tos persistente y dolor de cabeza.

Estos síntomas dificultan la reintegración a las actividades cotidianas, aquí radica la importancia de los familiares durante el proceso de recuperación del adulto joven. Prime et al., (2020) definió los beneficios del apoyo familiar para lograr la rehabilitación posterior al episodio crítico, para lograr sobrellevar los síntomas recurrentes y problemas psicosociales generados por la situación.

Así mismo, Franco Arizaga et al., (2020), protocolizó las intervenciones fisioterapéuticas precoces con la finalidad de disminuir las secuelas producidas por la falta de movilidad durante la intubación y estancia en estos servicios, por otro lado, el abordaje posterior del ámbito psicológico por el profesional adecuado como lo es el psiquiatra o el psicólogo clínico ayuda a tamizar y sobrellevar los problemas desarrollados durante esta experiencia traumática. Con la exclusiva finalidad de elevar su calidad de vida. situaciones que deberán ser consideradas y abordadas por los familiares del paciente afectado.

Por último pero no menos importante, la morbilidad de las personas jóvenes en la UCI marca un antes y un después en su futuro y calidad de vida, por ello, es importante amortiguar el impacto de las secuelas con la finalidad de que tengan una integración más afín a sus actividades cotidianas y que no limiten su capacidad de desarrollo personal en lo que les resta

de su vida, estos conceptos se pueden englobar en lo que se conoce como “Síndrome de Cuidados Intensivos Posteriores” los cuales abordan las principales patologías que prevalecen en aquellos con estadías prolongadas en hospitalización crítica, donde encontramos: Debilidad muscular, trastornos mentales y trastornos cognitivos (Rousseau et al., 2021).

4.3 Cómo se comportó la mortalidad por COVID-19 complicado en la población de adultos jóvenes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

La pandemia saturó los sistemas de salud alrededor del mundo, por ello surgió la importancia de protocolizar el accionar de las UCI'S en pro de llevar al máximo la esperanza de vida de las personas en estas condiciones, en este grupo etario, el espectro sintomatológico puede ser leve, pero en ocasiones el paciente puede llegar a desarrollar una neumonía vírica hipoxémica a causa infiltrados pulmonares inflamatorios que conllevará a posterior fibrosis que si su extensión es considerable, llevará al paciente a una insuficiencia respiratoria aguda que requerirá soporte ventilatorio.

A nivel mundial los escenarios donde se brinda estos cuidados sobrepasaron su capacidad e incluso en muchas de las ocasiones fue imposible conseguir disponibilidad de ingreso a estas camas para el tratamiento necesario, haciendo que el fallecimiento por S.D.R.A aumente, sin embargo, el ingreso a estas áreas según las condiciones clínicas y marcadores pronósticos no te exonera de complicaciones, así como lo ha indicado O'Driscoll et al., (2021) donde presentó que del 30% al 50% de pacientes ingresados en UCI fallecen a pesar del tratamiento recibido.

Aunque cabe recalcar que de momento la información acerca de la mortalidad en el grupo de adultos jóvenes es limitada y sesgada por la inclusión de más grupos etarios que

sobrepasan la definición etaria, Valenzuela Casquino et al., (2020) determinó las características de los pacientes en UCI, se obtuvo que la edad media de las personas hospitalizadas fue de 59 años, esto es algo entendible y esperado, ya que la severidad de cuadros respiratorios suele estar relacionado con edades más avanzadas por la presencia de comorbilidades o factores que empeoren el estado clínico.

Sin embargo esto no exenta de que los pacientes ingresados en cuidados intensivos se encuentre el rango para pertenecer al grupo etario en estudio, además, de todos los pacientes hospitalizados se observa disparidad entre el sexo de las personas hospitalizadas con un valor estadísticamente significativo, como lo menciona Verity et al., (2020) donde se evidenció que la gran mayoría es de sexo masculino, además, aunque encontremos patologías concomitantes como HTA, DM-II o la obesidad como agravantes significativos del riesgo de requerir terapia intensiva, no se logró durante este estudio relacionar de manera significativa la presencia de los mismos y su relación en la mortalidad.

Aunque no se realicen estudios sobre este grupo en particular, Jordan et al., (2020) destacó que los adultos en general presentan una mortalidad de un 31% siempre y cuando no se presenten durante el curso del cuidado complicaciones como fiebre, infección bacteriana concomitante, infección de sitios de acceso venoso o complicaciones neurológicas, ya que en este grupo ascendió la mortalidad hasta el 50% de la mortalidad.

Leggat-Barr et al., (2021) comprobó que las enfermedades concomitantes también influyen sobre la mortalidad, aunque uno de ellos es superado por este grupo etario ya que se asocia mayores niveles de fallecimiento sobre aquellos personas sobre los 40 años, muchos de estos factores pueden estar presentes, si bien en menor cantidad. También se ha relacionado con un mayor nivel de complicaciones a aquellos pacientes con obesidad, además el sexo masculino también se considera en muchos estudios como factor de riesgo, posiblemente relacionado por

la influencia androgénicos sanguíneos que se supone cumplen un rol determinante en el desarrollo cuadros más severos.

Independientemente de la patología, este o no relacionada con la pandemia actual, el adulto joven deberá superar no solo su estancia hospitalaria sino también los retos que se irán presentando en la recuperación posterior, en conclusión. La pandemia de COVID-19 ha afectado a todas las edades, con preferencia en su mayoría por los extremos de la vida gracias a sus condiciones especiales en su estado inmunológico o presencia de factores de riesgo para complicaciones, sin embargo, en una edad donde el estado de salud en su mayoría es óptimo, su impacto fue significativo y cuya gravedad se vio sesgada por la cantidad de pacientes contagiados, aunque a pesar de su impacto fluctuante, las patologías que abarcaban los principales ingresos en cuidados intensivos no dejaron de estar presentes y nuevamente encabezan las causas en este grupo de edad (Shereen et al., 2020) (Jentzer et al., 2019).

Por último, es importante destacar lo que indicó Tomazini et al., (2020) donde se menciona que el uso de anticoagulantes, antibióticos o corticoides no mostraron asociación significativa entre el desenlace adverso, aunque sobre el último grupo farmacológico también existe información que respalda su utilidad para disminución de mortalidad en pacientes con requerimiento de oxigenoterapia en la UCI.

5. CONCLUSIONES

En conclusión, la pandemia fue indudablemente un evento inesperado que generó un impacto negativo sobre la sociedad mundial, que a pesar de ser una patología completamente nueva en los registros históricos, durante estos últimos dos años se ha venido trazando la historia natural y el comportamiento de la enfermedad, generando un panorama complicado dentro de las unidades de cuidados intensivos para todo grupo etario, sin excluir al adulto joven que incluso en una edad con menos incidencia de estados clínicos considerados de riesgo, formaron parte de aquellos ingresados para soporte vital.

La mortalidad en este grupo etario no fue estudiado de manera individual, sin embargo, esta se puede extrapolar de trabajos que abordaron la mortalidad general en áreas de cuidado intensivo a lo largo de los primeros meses de esta patología, siendo en un inicio bastante más alta con un valor cercano al 50% de ingresos, disminuyendo paulatinamente en este grupo etario hasta reportar tasas de 17% las cuales aumentaban en condiciones especiales de infecciones concomitantes o factores de riesgo que predisponían complicaciones como la obesidad, diabetes juvenil o enfermedades con estados de inmunosupresión.

Esto conformó varios retos para el personal inmiscuido en el manejo de pacientes críticos, empezando por el personal de salud quienes se vieron directamente agobiados por el aumento en la carga laboral la cual fue directamente proporcional a la magnitud de pacientes atendidos, acompañado del uso de trajes de protección por largas jornadas y la incertidumbre que generó el enfrentarse a una enfermedad de la cual mediante el empirismo se fundamentaron las bases para afrontarla, causando cuadros de estrés y ansiedad de moderados a graves que no pudieron ser abordados hasta cuando existió una depleción en el número de contagiados.

Al no tener registros anteriores sobre esta enfermedad, otro de los problemas que se tuvieron que enfrentar fue la falta de protocolos terapéuticos para su tratamiento, empezando a utilizar

tratamientos fundamentados en el manejo de cuadros similares, algunos aceptados con el tiempo y cuyos beneficios ayudaron a mejorar la mortalidad en las personas, mientras que muchos otros fueron descontinuados ya que no generaron beneficios, estos esfuerzos generaron cambios a tal punto que a día de hoy ya se manejan protocolos individualizados en cada unidad.

Dentro de los involucrados en el cuidado del paciente no solo encontramos al personal hospitalario, sino también a la familia de estos pacientes críticos que se vieron en la necesidad de afrontar problemas y decisiones durante la estancia de su familiar en UCI, este compromiso no solo afectó el ámbito psicológico, sino también generó problemas financieros por la escasez de medicación y espacio físico dentro del ámbito público, que fue solamente la antesala de los retos a afrontar, ya que una vez dado de alta el paciente, eran los familiares quienes se encargaban de llevar la etapa de recuperación, por lo que se convirtieron en actores importantes durante esta etapa.

Por último, el mismo adulto joven se vio envuelto en retos que afrontar durante su estancia hospitalaria, ya que el pilar del manejo se trata del mantenimiento hemodinámico y estabilización de signos vitales, la respuesta de cada individuo era diferente, esto durante la estancia crítica, ya que, una vez superada esta etapa, el período de recuperación física con terapias motoras y respiratorias requerían de mucho esfuerzo. En el ámbito psicológico también se requería tratamiento, el mismo estrés generado por el estado crítico y el posterior proceso de integración social y cotidiana representaba un reto que requería apoyo psicológico y del entorno familiar.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A. (2004). *Investigación Cualitativa*. (1er ed., Vol. 1). Papiro.
<https://repositorio.utp.edu.co/server/api/core/bitstreams/77bc824c-c999-4ae7-b185-ce6d2e80d8af/content>
- Albajar Bobes, A., Álvarez Bartolomé, A., García Fernández, J., Herrero Cano, Á., Martínez Jiménez, F., Peral García, A. I., Gómez Limón, E., Simic Silva, D., Sanz Serrano, S., Serrano Zueras, C., Siljestrom Gasset, R., & Suárez Del Arco, J. A. (2021). Manejo del paciente crítico Covid-19 en UCI. En Unidad de Cuidados Críticos Postquirúrgicos (Ed.), *Servicio Madrileño de Salud*. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid).
https://saluddigital.com/wp-content/uploads/2021/02/MANEJO_DEL_PACIENTE_COVID-19_EN_UCI._Actualización_2021.pdf
- Antón, F., & Román, M. (2021). Análisis antropológico de las vivencias del paciente Covid – 19 en UCI: del miedo a la gratitud. *Cultura de los Cuidados*, 25(1), 20–30.
- Aoyama, K., Pinto, R., Ray, J. G., Hill, A. D., Scales, D. C., Lapinsky, S. E., Hladunewich, M., Seaward, G. R., & Fowler, R. A. (2019). Variability in intensive care unit admission among pregnant and postpartum women in Canada: A nationwide population-based observational study. *Critical Care*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2660-x>
- Arias, J., Miranda, M., & Villacis, M. (2016). The research protocol III. Study population. *Revista de Alergología Mexicana*, 63(2), 201–206.
- Asensio, A. (2021). *El papel de la Enfermería en cuidados intensivos con el paciente crítico con COVID-19* [Universidad de Valladolid].

<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/47778/TFG-H2227.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ávila, Hector. (2006). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. (Electronica, Vol. 1). Instituto Tecnológico de Cd. Cuauhtémoc.

Barragán, J., Moreno, C., & Herrera, N. (2020). Morbimortalidad en pacientes egresados de una unidad de cuidados intensivos en Boyacá, Colombia. *Archivos de Medicina*, 20(2), 418–422.

Bohart, S., Møller, A. M., Andreasen, A. S., Waldau, T., Lamprecht, C., & Thomsen, T. (2022). Effect of Patient and Family Centred Care interventions for adult intensive care unit patients and their families: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, 103156. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103156>

Bouadma, L., Lescure, F.-X., Lucet, J.-C., Yazdanpanah, Y., & Timsit, J.-F. (2020). Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med*, 46(4), 579–582. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>

Bunce, Y., Villa, P., & Diaz, A. (2022). Efectos Posteriores al Covid-19. *Revista Conectividad*, 3(1), 25–32. <https://revista.ister.edu.ec/ojs/index.php/ISTER/article/view/27/52>

Carod Artal, F. J. (2021). Síndrome post-COVID-19: epidemiología, criterios diagnósticos y mecanismos patogénicos implicados. *Revista de Neurología*, 72(11), 384. <https://doi.org/10.33588/rn.7211.2021230>

Cummings, M. J., Baldwin, M. R., Abrams, D., Jacobson, S. D., Meyer, B. J., Balough, E. M., Aaron, J. G., Claassen, J., Rabbani, L. E., Hastie, J., Hochman, B. R., Salazar-Schicchi, J., Yip, N. H., Brodie, D., & O'Donnell, M. R. (2020). Epidemiology, clinical course, and outcomes

of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *The Lancet*, 395(10239), 1763–1770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31189-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31189-2)

Daniel, S. J. (2020). Education and the COVID-19 pandemic. *Prospects*, 49(1–2). <https://doi.org/10.1007/s11125-020-09464-3>

Elrobaa, I. H., & New, K. J. (2021). COVID-19: Pulmonary and Extra Pulmonary Manifestations. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.711616>

Ferrando, C., Mellado-Artigas, R., Gea, A., Arruti, E., Aldecoa, C., Bordell, A., Adalia, R., Zattera, L., Ramasco, F., Monedero, P., Maseda, E., Martínez, A., Tamayo, G., Mercadal, J., Muñoz, G., Jacas, A., Ángeles, G., Castro, P., Hernández-Tejero, M., ... Hernández-Sanz, M. L. (2020). Características, evolución clínica y factores asociados a la mortalidad en UCI de los pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2 en España: estudio prospectivo, de cohorte y multicéntrico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(8), 425–437. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.003>

Font, R., Quintana, S., & Monistrol, O. (2021). Impacto de las restricciones de visitas de familiares de pacientes por la pandemia de COVID-19 sobre la utilización de la contención mecánica en un hospital de agudos: estudio observacional. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(5), 263–268. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.005>

Franco Arizaga, A., Arbillaga Etxarri, A., Lista Paz, A., & Martínez Ruiz Alberto. (2020). Aportaciones de la fisioterapia respiratoria como terapia adyuvante en pacientes con COVID-19 ingresados en UCI; una oportunidad de desarrollo. *Grac Med Bilbao*, 117(2).

Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y. Y., Chien, W. T., Cheng, H. Y., Ruiz, F. J., Garcia-Martin, M. B., Obando-Posada, D. P., Segura-Vargas, M. A., Vasiliou, V. S., McHugh, L., Höfer, S.,

... Karekla, M. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLOS ONE*, *15*(12), e0244809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809>

Goyal, M., Singh, P., Singh, K., Shekhar, S., Agrawal, N., & Misra, S. (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care: Experience from a tertiary center. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *152*(2). <https://doi.org/10.1002/ijgo.13457>

Inga, M. (2006). Metodos de Recolección para Información. *Boletín Electrónico de Ingeniería de la Universidad Rafael Landívar*, *3*(1), 10–21. https://fgsalazar.net/LANDIVAR/ING-PRIMERO/boletin03/URL_03_BAS01.pdf

Jentzer, J. C., van Diepen, S., Barsness, G. W., Henry, T. D., Menon, V., Rihal, C. S., Naidu, S. S., & Baran, D. A. (2019). Cardiogenic Shock Classification to Predict Mortality in the Cardiac Intensive Care Unit. *Journal of the American College of Cardiology*, *74*(17). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.07.077>

Jordan, R. E., Adab, P., & Cheng, K. K. (2020). Covid-19: Risk factors for severe disease and death. En *The BMJ* (Vol. 368). <https://doi.org/10.1136/bmj.m1198>

Karasu, F., Öztürk Çopur, E., & Ayar, D. (2022). The impact of COVID-19 on healthcare workers' anxiety levels. *Journal of Public Health (Germany)*, *30*(6). <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01466-x>

Kheirbek, R. E., Gruber-Baldini, A., & Shulman, L. M. (2021). Family Engagement for Hospitalized COVID-19 Patients: Policy With Unintended Consequences. *Quality Management in Health Care*, *30*(1), 78–79. <https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000291>

- Leggat-Barr, K., Uchikoshi, F., & Goldman, N. (2021). COVID-19 risk factors and mortality among Native Americans. *Demographic Research*, 45. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2021.45.39>
- Mahbbob, K., Carvache Zambrano, J. E., & Aguilar Bazurto, A. G. (2020). UCI, protocolos efectivos en tiempos de COVID-19. *RECIMUNDO*, 4(4). [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).noviembre.2020.346-354](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).noviembre.2020.346-354)
- Mejía, F., Medina, C., Cornejo, E., Morello, E., Vásquez, S., Alave, J., Schwalb, A., & Málaga, G. (2020). *Características clínicas y factores asociados a mortalidad en pacientes adultos hospitalizados por COVID-19 en un hospital público de Lima, Perú*. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.858>
- Melero, R., Mijaylova, A., Rodríguez-Benítez, P., García-Prieto, A., Cedeño, J., & Goicoechea, M. (2022). Mortalidad y función renal a largo plazo en pacientes ingresados en la UCI por COVID-19 con fracaso renal agudo, terapia continua de reemplazo renal y ventilación mecánica invasiva. *Medicina Clínica*, 22(1), 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2022.02.014>
- Montiel, D., Torres, E., Acosta, A., Sobarzo, P., Pérez, H., Ávalos, D., & Ramos, Y. (2021). Características clínicas, laboratoriales y predictores de mortalidad de pacientes con COVID-19 internados en el Hospital Nacional. *Rev. cient. cienc. salud*, 3(1), 26–37. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.01.2021.26>
- Morales, I., & Ron, R. (2020). Efectos de la Pandemia En la Familia y En la sociedad Ecuatoriana. *Revista Non Verba.*, 10(2), 115–125.
- Naiza, A., & Asqui, G. (2022). Factores de riesgo de ingreso a unidad de cuidados intensivos o mortalidad en adultos hospitalizados por COVID-19 en altura. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 20–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.392.10721>

- O'Driscoll, M., Ribeiro Dos Santos, G., Wang, L., Cummings, D. A. T., Azman, A. S., Paireau, J., Fontanet, A., Cauchemez, S., & Salje, H. (2021). Age-specific mortality and immunity patterns of SARS-CoV-2. *Nature*, *590*(7844), 140–145. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2918-0>
- Otzen, T., & Montarelo, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Revista Integrada de Morphologia*, *35*(1), 227–232.
- Pallarés Carratalá, V., Górriz-Zambrano, C., Llisterri Caro, J. L., & Górriz, J. L. (2020). La pandemia por la COVID-19: una oportunidad para cambiar la forma de atender a nuestros pacientes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *46*(1), 3–5. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.002>
- Parra Gordo, M. L., Weiland, G. B., García, M. G., & Choperena, G. A. (2021). Aspectos radiológicos de la neumonía COVID-19: evolución y complicaciones torácicas. *Radiología*, *63*(1), 74–88. <https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.11.002>
- Prieto Castellanos, B. J. (2018). El uso de los métodos deductivo e inductivo para aumentar la eficiencia del procesamiento de adquisición de evidencias digitales. *CC*, *18*(46), 20–25. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cc18-46.umdi>
- Prime, H., Wade, M., & Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, *75*(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Rama-Maceiras, P., Sanduende, Y., Taboada, M., Casero, M., Leal, S., Pita-Romero, R., Fernández, R., López, E., López, J. A., Pita, E., Tubío, A., Rodríguez, A., Varela, M., Campaña, D., Delgado, C., Lombardía, M., Villar, E., Blanco, P., Martínez, A., ... Seoane-Pillado, T. (2021). Pacientes críticos COVID-19. ¿Han variado el manejo y los resultados en la UCI tras un año

de pandemia? Estudio multicéntrico, prospectivo, observacional. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.06.016>

Ramos, R., de la Villa, S., García-Ramos, S., Padilla, B., García-Olivares, P., Piñero, P., Garrido, A., Hortal, J., Muñoz, P., Caamaño, E., Benito, P., Cedeño, J., & Garutti, I. (2021). COVID-19 associated infections in the ICU setting: A retrospective analysis in a tertiary-care hospital. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 8(10), 213–215. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2021.10.014>

Raurell-Torredà, M., Arias-Rivera, S., Martí, J. D., Frade-Mera, M. J., Zaragoza-García, I., Gallart, E., Velasco-Sanz, T. R., San José-Arribas, A., Blázquez-Martínez, E., Rodríguez Delgado, M. E., Contreras Rodríguez, A. M., Oreña Cimiano, E., Ortega Guerrero, Á., Martínez del Aguila, M. del C., Rodríguez Monsalve, V., Cano Herrera, C. L., Masegosa Pérez, J. M., González de la Cuesta, D. M., Pardo Artero, M. I., ... López Mateu, R. (2019). Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enfermería Intensiva*, 30(2), 59–71. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.04.004>

Rojas Gambasica, J. A., Urriago, J. D., Montaña Villalobos, Y. C., Moreno Araque, L., Ahumada Bayuelo, E., Chavarro Falla, G. A., Romo Escorcía, F., Ávila Arenas, N. C., Jaller Bornacelli, Y. E., & Álvarez, C. A. (2020). Enfoque y manejo clínico de pacientes con enfermedad por SARS COV2 (Covid -19) en unidad de cuidado intensivo. *Rev. Médica Sanitas*, 23(1), 14–33. <https://doi.org/10.26852/01234250.52>

Said, K., Alsolami, A., Moussa, S., Alfouzan, F., Bashir, A., Rashidi, M., Aborans, R., Taha, T., Almansour, H., Alazmi, M., Al-Otaibi, A., Aljaloud, L., Al-Anazi, B., Mohialdin, A., & Aljadani, A. (2022). COVID-19 Clinical Profiles and Fatality Rates in Hospitalized Patients Reveal Case Aggravation and Selective Co-Infection by Limited Gram-Negative Bacteria. *IJERPH*, 19(9), 5270. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095270>

- Salcedo-Matienzo, J., Zavala-Flores, E., Salazar-Gavino, S., Eunofre-Hipolo, B., & Berrocal-Kasay, A. (2020). Adultos jóvenes hospitalizados por COVID-19. *ACTA MEDICA PERUANA*, 37(4).
<https://doi.org/10.35663/amp.2020.374.1924>
- Sánchez, A., Miranda, C., Castillo, C., & Arellano, N. (2021). Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *EUGENIO ESPEJO*, 15(2), 98–114.
<https://doi.org/10.37135/ee.04.11.13>
- Sandoval, C. (2006). *Investigación Cualitativa*. (1er ed.).
<https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>
- Serrano-Cumplido, A., Antón-Eguía Ortega, P. B., Ruiz García, A., Olmo Quintana, V., Segura Fragoso, A., Barquilla Garcia, A., & Morán Bayón, Á. (2020). COVID-19. La historia se repite y seguimos tropezando con la misma piedra. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 46(1), 48–54.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.008>
- Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. En *Journal of Advanced Research* (Vol. 24). <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>
- Souza Dilleggi, E., Rosa, A. P., & Santos, P. L. dos. (2019). Family functioning and environmental resources offered by families of children with mental disorders. *Salud mental*, 42(5), 235–242.
<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.030>
- Taboada, M., Rodríguez, N., Díaz-Vieito, M., Domínguez, M. J., Casal, A., Riveiro, V., Cariñena, A., Moreno, E., Pose, A., Valdés, L., Álvarez, J., & Seoane-Pillado, T. (2022). Calidad de vida y síntomas persistentes tras hospitalización por COVID-19. Estudio observacional prospectivo comparando pacientes con o sin ingreso en UCI. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 69(6). <https://doi.org/10.1016/j.redar.2021.05.009>

- Téllez-Navarrete, N. A., Barreto-Rodríguez, O., Jiménez-Cabrera, O. G., & Sánchez-Ríos, C. P. (2021). Enfermedad COVID-19 en adultos jóvenes mexicanos hospitalizados. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, *80*(2), 105–110. <https://doi.org/10.35366/100991>
- The RECOVERY Collaborative Group. (2021). Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19. *N Engl J Med*, *384*(8), 693–704. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2021436>
- Tomazini, B. M., Maia, I. S., Cavalcanti, A. B., Berwanger, O., Rosa, R. G., Veiga, V. C., Avezum, A., Lopes, R. D., Bueno, F. R., Silva, M. V. A. O., Baldassare, F. P., Costa, E. L. v., Moura, R. A. B., Honorato, M. O., Costa, A. N., Damiani, L. P., Lisboa, T., Kawano-Dourado, L., Zampieri, F. G., ... Azevedo, L. C. P. (2020). Effect of Dexamethasone on Days Alive and Ventilator-Free in Patients With Moderate or Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and COVID-19. *JAMA*, *324*(13), 1307. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.17021>
- Usman, O. A., Usman, A. A., & Ward, M. A. (2019). Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. *The American Journal of Emergency Medicine*, *37*(8), 1490–1497. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.10.058>
- Valenzuela Casquino, K., Espinoza Venero, A., & Quispe Galvez, J. C. (2020). Mortalidad y factores pronósticos en pacientes hospitalizados por COVID-19 en la Unidad de Cuidados Intermedios de un hospital público de Lima, Perú. *Horizmed*, *21*(1), 13–70. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.05>
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., Cuomo-Dannenburg, G., Thompson, H., Walker, P. G. T., Fu, H., Dighe, A., Griffin, J. T., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cori, A., Cucunubá, Z., FitzJohn, R., Gaythorpe, K., ... Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet Infectious Diseases*, *20*(6), 669–677. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

- Visallante, I., Espejo, J., & Guerra, M. (2022). Proceso del cuidado enfermero aplicado en un adulto con insuficiencia respiratoria por COVID-19. *Investigación e Innovación de Enfermería*, 2(1), 48–54. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0001-7460-2870>
- Wu, Y. C., Chen, C. S., & Chan, Y. J. (2020). The outbreak of COVID-19: An overview. En *Journal of the Chinese Medical Association* (Vol. 83, Número 3). <https://doi.org/10.1097/JCMA.0000000000000270>
- Yang, X., Yu, Y., Xu, J., Shu, H., Xia, J., Liu, H., Wu, Y., Zhang, L., Yu, Z., Fang, M., Yu, T., Wang, Y., Pan, S., Zou, X., Yuan, S., & Shang, Y. (2020). Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(5), 475–481. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30079-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30079-5)
- Yue, J., Huang, Q., Zongfang, R., Yang, Y., Duan, Y., & Chen, Y. (2022). Análisis del tratamiento de 360 mujeres embarazadas y parturientas críticamente enfermas en la unidad de cuidados intensivos. *Zhonghua Wei Zhong*, 34(8), 853–857.

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala pronostica NEWS 2.

Physiological parameter	Score						
	3	2	1	0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≤8		9–11	12–20		21–24	≥25
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92–93	94–95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤83	84–85	86–87	88–92 ≥93 on air	93–94 on oxygen	95–96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?		Oxygen		Air			
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91–100	101–110	111–219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41–50	51–90	91–110	111–130	≥131
Consciousness				Alert			CVPU
Temperature (°C)	≤35.0		35.1–36.0	36.1–38.0	38.1–39.0	≥39.1	

Fuente: <https://www.cebm.net/wp-content/uploads/2020/04/Trish-1.jpg>

Anexo 2. Escala Q-sofa.

Fuente: <https://th.bing.com>