



CICLO DE METODOLOGÍA CIENTÍFICA II - 2022

IMPACTO MUNDIAL DE LA PANDEMIA EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2021.

Grupo 5

Autores: Martin Aiello¹, Fiorella Crossa¹, María Isabel Curbelo¹, Paula Salnitro¹, Agustina Vacca¹, Vanessa Vilo¹, Prof. Adj. Dra. Nurit Stolovas², Prof. Dr. Fernando Tomasina².

Afiliación

¹ Ciclo de Metodología Científica II 2022-Facultad de Medicina- Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Departamento de Salud Ocupacional- Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina-Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Índice de contenidos

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción y justificación.....	5
Objetivos.....	6
Objetivo General.....	6
Objetivos específicos.....	6
Metodología.....	6
Resultados.....	7
CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	8
SALUD MENTAL y covid-19.....	8
Factores protectores.....	16
Recomendaciones, medidas de promoción de salud y prevención de daños.....	17
Conclusiones y perspectivas.....	18
Referencias bibliográficas.....	20
Agradecimientos.....	26
Anexos.....	27
Anexo 1: Tabla de sistematización de la búsqueda en bases de datos.....	27
Anexo 2: Tabla de artículos incluidos en la revisión.....	27
Anexo 3: Distribución de artículos según procedencia.....	27

Índice de figuras

Figura 1.....	7
----------------------	----------

Resumen

Introducción: El personal de la unidad de cuidados intensivos (UCI) ha tenido un rol fundamental en el abordaje de los pacientes graves afectados por la pandemia por covid-19, que inició en marzo del 2020. En comparación con otros sectores de la salud, han sido especialmente exigidos a nivel físico y mental debido a múltiples causas como la falta de recursos materiales y humanos, y al desconocimiento de la patología.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica a nivel mundial, regional y nacional, sobre el impacto de la pandemia durante el año 2021, siendo la población de referencia el personal sanitario de UCI.

Resultados: Se caracterizó el perfil sociodemográfico y laboral del personal, las repercusiones en su salud, y se generaron recomendaciones en prevención y promoción de salud. Los principales factores de riesgo identificados fueron pertenecer al sexo femenino, ser joven, enfermero, la antigüedad en la tarea, escasez de recursos humanos y materiales, el mal manejo del equipo de protección personal, el aumento de carga laboral, la incertidumbre frente a un nuevo virus, miedo al contagio propio y de su entorno, y estar en un área de brote primario. Se evidenciaron diferentes impactos según el momento de la pandemia. Respecto a los daños a la salud en el trabajo, surge en el colectivo la presencia de insomnio, angustia, estrés, síndrome de burnout, ansiedad, depresión y trastorno de estrés post traumático.

Conclusión: Es necesario fortalecer los servicios de salud y prevención en el trabajo así como espacios de expresión y propuestas de mejoras mediante la formación de las comisiones de salud y seguridad, con la activa participación de los actores involucrados para alcanzar logros concretos de las necesidades sentidas por parte de los trabajadores.

Palabras clave: impacto, pandemia, unidad de cuidados intensivos, covid-19.

Abstract

Introduction: The staff of the intensive care unit (ICU) has played a fundamental role in dealing with seriously ill patients affected by the COVID-19 pandemic. Compared to other health sectors, they have been especially demanded in their physical and mental health due to multiple causes such as the lack of material, human resources, and knowledge of the new pathology.

Methods: A bibliographic review was carried out at a global, regional and national level, on the impact of the pandemic during 2021, the reference population being the ICU health personnel.

Results: The sociodemographic and labor profile of the staff was characterized, recognizing the repercussions on their health, and providing recommendations on health promotion and prevention. The main risk factors were being female, young age, being a nurse, lack of human and material resources, poor use of personal protective equipment, increased workload, uncertainty in the face of the new virus, fear of own contagion and that of their surroundings, community stigma and being in a geographical area with a large number of infections. Different impacts were evidenced depending on the moment of the pandemic. Regarding the damage of health at work, the presence of insomnia, anguish, stress, burnout syndrome, anxiety, depression and post-traumatic stress disorder arises in the group.

Conclusion: It is necessary to strengthen health and prevention services at work as well as spaces for expression and proposals for improvements through the formation of health and safety commissions, with the active participation of the actors involved to reach concrete achievements of the felt needs by the workers.

Key-words: impact, pandemic, intensive care unit, covid-19.

Introducción y justificación

La medicina intensiva, es una especialidad de la salud que se encarga de asistir a los pacientes en estado crítico, monitorizando continuamente y suministrando el soporte vital necesario; muchas veces tomando decisiones sobre la vida del paciente.⁽¹⁾

Por estas razones, según plantean algunos autores, el personal de esta rama de la medicina debe tener habilidades de liderazgo, resolución de problemas clínicos complejos, destreza manual e intelectual, habilidades de comunicación y de trabajo en equipo, entre otras.^(1,2)

La enfermedad por covid-19 surgió a principios del mes de diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan, China.⁽³⁾ Decretándose pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el día 11 de marzo del año 2020.⁽³⁾ Luego en nuestro país, a través del decreto 93/020, se ha declarado estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la misma.⁽⁴⁾

Según refieren algunos artículos, el personal de cuidados intensivos ha sido clave a nivel mundial, para el abordaje de dicha pandemia en el tratamiento de los pacientes graves.^(5,6)

Se reporta que fueron mayormente afectados, con respecto a otros niveles de atención en su salud física y mental dada la escasez de recursos humanos y materiales, así como la saturación del servicio, entre otros.⁽⁶⁾

Es por esto, que consideramos importante conocer el impacto mundial de la pandemia en la salud del personal de cuidados intensivos y poder orientar en recomendaciones en lo individual y colectivo frente a los posibles daños que esta situación le ha generado.

Objetivos

Objetivo General

Revisar la información académica existente publicada en el año 2021 sobre el impacto mundial de la pandemia en la salud en los trabajadores de cuidados intensivos.

Objetivos específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico y laboral del personal.
- Conocer los daños identificados y percibidos en el personal de salud.
- Generar recomendaciones, medidas de promoción de salud y prevención de daños.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura científica a nivel mundial, regional y nacional utilizando las siguientes bases de datos: Timbó, PubMed, Medline Plus, LILACS y SciELO.

Los criterios de selección fueron artículos en inglés, español o portugués, de investigación en seres humanos adultos (edad entre 20 y 60 años). La población de referencia y estudio es el personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Se incluyeron revisiones, estudios clínicos y epidemiológicos tanto descriptivos como analíticos.

Las fuentes documentales elegidas fueron aquellas publicadas en el periodo 01/01/2021 - 31/12/2021.

La búsqueda se llevó a cabo empleando diferentes combinaciones de los siguientes términos en inglés utilizando el operador booleano AND: covid-19, intensivist doctors, intensive care unit, covid impact, pandemic effect. Además, se buscaron los siguientes términos en español: medicina intensiva, personal de la salud, covid-19. Los cuales están referenciados en el Anexo 1.

Se construyó una matriz de selección y evaluación de la información para registrar, filtrar, organizar y analizar los datos extraídos de los documentos, en base a los objetivos pautados por los autores, los cuales están referenciados en el Anexo 2.

Resultados

En base a los términos Mesh utilizados, se encontraron 56051 referencias bibliográficas, de las cuales 21741 fueron publicadas en el periodo 01/01/2021 - 31/12/2021, estas últimas fueron revisadas por los autores y se seleccionaron 202 artículos cuyos títulos se relacionaban con el objetivo de este trabajo. De estos, 44 reunían los criterios de inclusión previamente establecidos, por lo que fueron seleccionadas para la revisión crítica. (Figura 1)

La mayoría de los estudios encontrados fueron de tipo estudio transversal mediante encuestas.

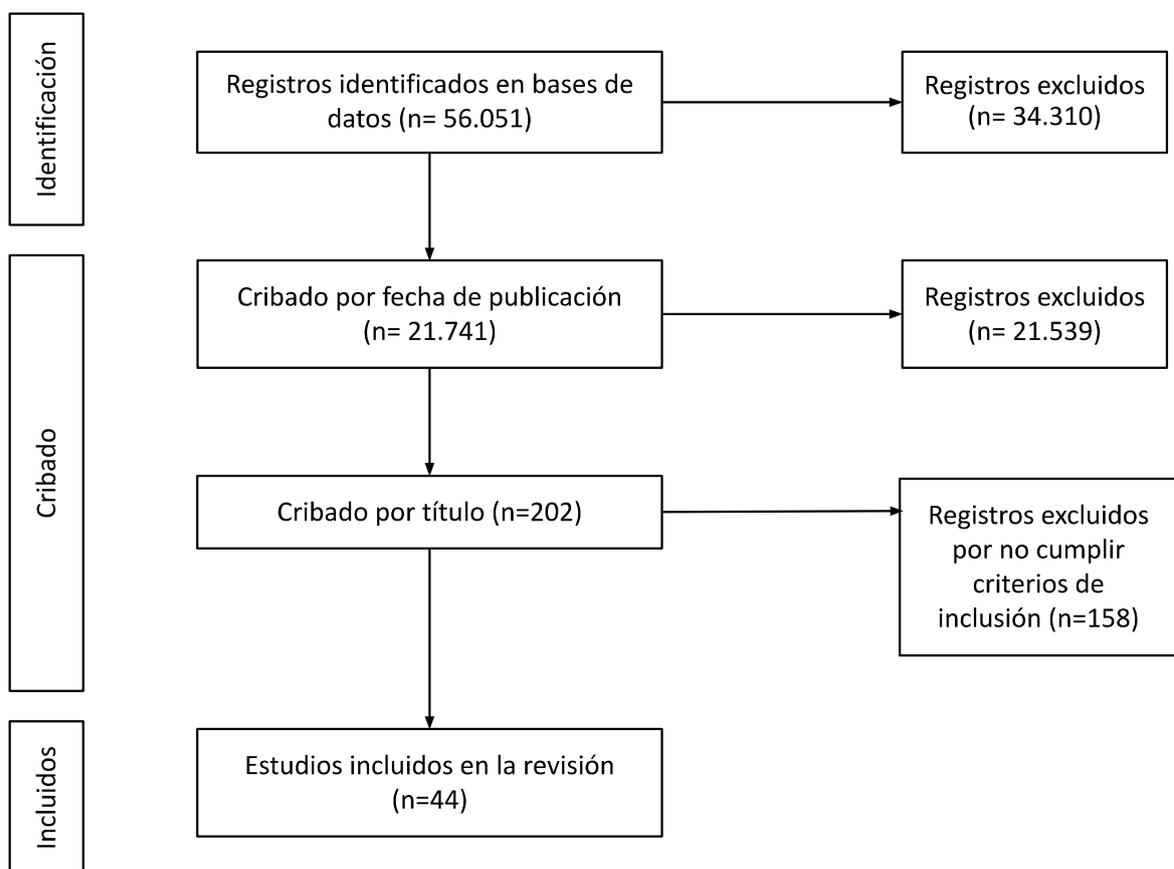


Figura 1. Flujograma de revisión de búsqueda bibliográfica PRISMA 2020. Fuente: elaboración propia.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y LABORAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Edad

La franja de edad de los trabajadores incluidos se encontraba principalmente entre 25 a 40 años.

Sexo

Predominó el sexo masculino en el personal médico y el femenino en el personal de enfermería.

Ocupación

Entre los trabajadores de UCI se encontraban: médicos especialistas intensivistas, auxiliares en enfermería, licenciados en enfermería, técnicos de laboratorios, paramédicos, terapeutas respiratorios, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores administrativos y anestesiistas.

La antigüedad en el cargo se ubicaba en su mayoría por encima de los 5 años.

Procedencia

Los trabajadores de la salud incluidos en los estudios provenían de todos los continentes y por lo tanto, de varios países. (Anexo 3)

SALUD MENTAL y covid-19

Durante la pandemia diversos estudios han evidenciado que los trabajadores de la salud tuvieron una afectación relevante en su salud mental.^(7, 8)

A continuación se describen y sistematizan, en el colectivo en estudio, algunos de los factores de riesgo identificados y daños a su salud.

Síntomas de insomnio

Prevalencia

Durante la pandemia, se evidenció que una proporción importante de trabajadores sanitarios de diferentes países experimentaron insomnio.^(7, 9, 10, 11) Según algunos autores, se manejaba la cifra que el 28% de los médicos intensivistas de un hospital experimentó problemas para conciliar el sueño.⁽¹²⁾

Otro estudio italiano utilizó el Insomnia Severity Index (ISI) en 136 trabajadores de UCI donde un 61,5% describieron síntomas de insomnio, siendo la mayoría enfermeros (71%).⁽¹³⁾

Según una encuesta aplicada en Reino Unido, Francia, Taiwán y Mainland China, mediante el score AIS-8 se observó que una proporción del 60 al 86% de los trabajadores de la salud dieron positivo para insomnio.⁽¹⁴⁾

Insomnio y factores de riesgo

En un estudio donde el 73% de los trabajadores padecía de insomnio, el estrés laboral fue un predictor significativo del mismo. Se observó que el personal de salud que tuvo contacto sin protección con pacientes con covid-19 y en especial aquellos pacientes con hisopado nasofaríngeo positivo, tenían mayor riesgo de padecer insomnio en comparación con sus colegas.⁽¹⁵⁾

El aumento de la carga de trabajo percibida por los médicos, la falta de equipo de protección personal (EPP), ser mujer, trabajar en enfermería y estar en un área geográfica de brote primario fueron identificados como posibles factores de riesgo.^(9, 11, 16, 17)

Síntomas de angustia

Prevalencia

En varios estudios se evidenció que la angustia emocional afectó durante la pandemia por covid-19 a los trabajadores de cuidados intensivos.^(12, 15, 18, 19)

Estudios revelaron altos niveles de angustia.⁽⁹⁾

Se observó mediante el Inventario de Angustia Peritraumática (PDI), niveles de angustia peritraumática en el 22% de los trabajadores de salud de UCI encuestados durante la primera ola de la pandemia de covid-19.⁽²⁰⁾

En Reino Unido e Irlanda se realizó una encuesta en la cual el 44,2% de los encuestados cumplía con los criterios de angustia psicológica durante la fase de aceleración de la pandemia. El segundo puntaje mayor se presentó en los médicos que trabajan en UCI (50,3%).⁽²¹⁾

Otras de las cifras que se destacan es que se observaron niveles más altos en médicos de práctica avanzada (56%) y terapéuticos respiratorios (55%) en comparación a médicos y médicos en formación (49% y 48%, respectivamente).⁽⁶⁾

Con respecto a la angustia moral, se describe que los niveles fueron más altos para las enfermeras que para el personal de apoyo (personal de otros departamentos llamado, pero no capacitado principalmente para brindar atención en la UCI), mientras que en el caso de los médicos intensivistas no diferían significativamente de los de las enfermeras y el personal de apoyo.⁽²²⁾ Así mismo en el caso de las enfermeras los niveles aumentaron entre los períodos pre pandémico y pandémico. En cambio, en los médicos, el aumento de los niveles de angustia moral no fue significativo. En el periodo post pandémico los niveles de angustia moral fueron más altos en médicos que en enfermeras; esas diferencias desaparecieron en el período de la pandemia.⁽²³⁾

Angustia y factores de riesgo

Se menciona que ser mujer, joven, trabajar en un hospital comunitario, trabajar en enfermería y estar en un área geográfica de brote primario se asoció a niveles más altos de angustia.^(9, 24)

También se asoció con el acceso insuficiente al EPP, estigma social de la comunidad, la mala comunicación con los supervisores, preocupaciones con la situación financiera, la sobrecarga laboral^(16, 6, 23) y no vivir con un niño o niños.⁽²⁴⁾

Se demostró que los factores específicos de la persona, el lugar donde trabaja en combinación con los factores externos producían condiciones para desarrollar la angustia que se vio exacerbada por la pandemia.⁽²⁵⁾

La incapacidad de brindar atención psicosocial a los pacientes y sus familias, trabajar en entornos y con procedimientos de trabajo desconocidos influyeron en la angustia del personal de salud.⁽²²⁾

Síntomas de estrés

Prevalencia

Los profesionales que se encontraban en áreas con mayor intensidad epidémica tenían niveles más altos de estrés general percibido en comparación con las zonas de baja intensidad⁽²⁶⁾

Los indicadores de estrés en los trabajadores de salud fueron sentirse desanimado y cansado (80,8%), estar agotado mentalmente (76,9%), no sentir energía (73,1%) y tener muchas preocupaciones (75%).⁽²⁷⁾

Estrés y factores de riesgo

El cambio dinámico de trabajo en UCI, acompañado de la desigualdad, escasez en los recursos, y las necesidades de los enfermos, generaron como respuesta orgánica y psicosocial un aumento en el nivel de estrés psicológico.^(16, 17)

El aumento de los casos de covid-19, la falta de recursos humanos, la extensión de las jornadas laborales,⁽⁹⁾ el desconocimiento del nuevo virus y su duración, y la amenaza de contagiarse y contagiar a su familia fueron otras de las causales de estrés en el personal de UCI.^(10, 11, 25, 28, 29, 30)

Síndrome de burnout

Prevalencia

Una encuesta electrónica realizada en Buenos Aires, Argentina valoró el síndrome de burnout mediante el puntaje z (evalúa la sensación subjetiva de síndrome de burnout) mostrando una prevalencia de 38,7% en los 1221 trabajadores de salud que fueron encuestados.⁽⁸⁾

Wahlster, Sharma y Chor informaron hallazgos con una prevalencia de síndrome de burnout entre 49,3% y 58%. La prevalencia fue mayor en América del Norte (57%), seguidos por profesionales de Europa y Asia central (48%), Sudeste Asiático (50%), Asia Oriental y el Pacífico (30%).⁽³¹⁾

Un estudio italiano implementó la encuesta Maslach Burnout Inventory (MBI) en 136 trabajadores de UCI e informó un alto nivel de síndrome de burnout (60,3%) sin diferencia significativa entre médicos y enfermeras.⁽¹³⁾

En India se realizó una encuesta donde un 70-80% de los 60 trabajadores encuestados experimentaron un alto nivel de síndrome de burnout.⁽³²⁾

Síndrome de burnout y organización laboral

El síndrome de burnout se asoció con consecuencias profesionales y personales negativas entre el personal de salud, como desempeño laboral deficiente y mayor rotación laboral.⁽³³⁾

La gran carga de trabajo, poco tiempo de descanso y sensación de insuficiencia, aumentaron el riesgo de desarrollar síndrome de burnout (cronificación de estrés laboral).^(31, 32)

Otros autores compararon a los profesionales de la salud que atendían menos de 10 pacientes con covid-19 con los que atendían un número mayor y observaron que éstos últimos tenían un mayor riesgo de síndrome de burnout.⁽⁶⁾

Síndrome de burnout y factores de riesgo

Se identificaron diferentes variables asociadas con el síndrome de burnout: edad, sexo femenino, carencia de recursos como falta de EPP, estigma de la comunidad, preocupaciones financieras y por el covid-19, mala comunicación de los supervisores, carga de trabajo y demanda laboral.⁽³¹⁾

Síndrome de burnout y daños a la salud

El estrés laboral fue un predictor significativo de síndrome de burnout.⁽¹⁵⁾

Se encontró además una asociación entre los síntomas de ansiedad, depresión, abuso de alcohol e ideación suicida con el síndrome de burnout.^(13, 33, 34)

Subescalas del Síndrome de burnout

Se identificaron altos niveles de despersonalización (47,8%) con puntajes más altos en enfermeros, alto nivel de agotamiento emocional (41,2%) y bajos niveles de realización personal (52,9%).⁽¹³⁾

Agotamiento emocional

Se observó un aumento de los síntomas de agotamiento cuando compararon con datos previos a la pandemia. ^(15, 19)

Un estudio mostró que trabajar en UCI fue un predictor para el agotamiento emocional y despersonalización. ^(31, 35) El agotamiento emocional era mayor en mujeres, en trabajadores que no se sentían seguros en su lugar de trabajo y en quienes tuvieron dificultad para adaptarse al nuevo entorno laboral. ⁽¹³⁾

Síntomas de ansiedad

Prevalencia

Los profesionales de la UCI desarrollaron síntomas compatibles con el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) dada su exposición a circunstancias estresantes. ⁽³⁶⁾

La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) evidenció niveles más altos de ansiedad. ⁽³⁷⁾ El 31,3% de los trabajadores tenían probabilidad de padecer un síndrome de ansiedad. Al comparar la primera y segunda ola de pandemia hubo un aumento leve pero no significativo en las puntuaciones de ansiedad. ⁽¹⁵⁾

Según una encuesta, en la cual participaron 1221 trabajadores de salud, 40,5% de los trabajadores presentaban ansiedad. En la misma fue utilizada la escala Trastorno de Ansiedad Generalizada 7 (GAD 7). ⁽⁸⁾

Otra encuesta, realizada en Ginebra informó que el 46% de los encuestados tenían síntomas de ansiedad. Los resultados fueron peores en los trabajadores de salud de la UCI que los que no trabajaban en dicha unidad. ⁽²⁰⁾

Más del 50% presentaron síntomas compatibles con posible diagnóstico de TAG. ⁽¹⁰⁾

Se reportó que un 53% de los participantes, la mayoría enfermeros, informaron síntomas de ansiedad. ⁽¹³⁾

Un estudio inglés realizado en nueve hospitales durante junio y julio de 2020, mostró que el 58,7% de encuestados presentó síntomas de ansiedad. ⁽³⁸⁾

Mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD), utilizada para evaluar la ansiedad en 52 enfermeros encuestados en la Ciudad de Mendoza, pudo observarse que un 72,1% de los mismos presentaban ansiedad.⁽²⁷⁾

Ansiedad y factores de riesgo

La incertidumbre futura se asoció con ansiedad anticipatoria.⁽²⁵⁾

Un estudio transversal en un hospital central de covid-19 en el centro de Italia, expresó que ser mujer, auxiliar de enfermería, interno, personal que trabajaba en rotación, trabajadores de la salud que atendían a más de 20 pacientes con covid-19⁽¹⁵⁾, antigüedad en UCI mayor a 5 años, turnos nocturnos mayor a 10 horas y el aumento de la carga de trabajo, fueron factores de riesgo para desarrollar ansiedad.⁽³⁸⁾

La falta de recursos humanos y materiales como la disponibilidad de EPP apropiado, generó altos niveles de ansiedad y estrés entre los trabajadores de la primera línea.⁽¹⁰⁾

El personal de salud que tuvo contacto sin protección con pacientes covid-19 positivos tenía mayor riesgo de desarrollar ansiedad en comparación con sus colegas.⁽¹⁵⁾

El estrés laboral fue un predictor significativo de ansiedad.⁽¹⁵⁾

Presenciar la muerte de pacientes infectados por covid-19 a su cuidado⁽³⁹⁾ y el bajo apoyo social se relacionó con síntomas de ansiedad en las enfermeras de UCI.⁽⁴⁰⁾ Describieron sentimientos de ansiedad, preocupación, angustia o miedo, y lo asociaron a: cambios dinámicos de las políticas e información, la comunicación abrumadora y poco clara, atender las necesidades del paciente y a la vez mantener su seguridad y aspectos relacionados con la organización personal en relación a la pandemia.⁽³⁷⁾

Síntomas de depresión

Prevalencia

La implementación tanto de encuestas como scores reveló altos puntajes para la detección de depresión.^(7,8 41)

Se observó que los trabajadores de UCI presentaban niveles mayores de depresión en comparación con los que no trabajaban en UCI.^(20, 42)

Un estudio realizado en uno de los dos hospitales centrales de covid-19 en el centro de Italia concluyó mediante una encuesta, que cada cinco trabajadores, tres presentaban síntomas depresivos.⁽¹²⁾

Depresión y factores de riesgo

Los puntajes más altos en las pruebas provenían de ser mujer, trabajar en enfermería y estar en un área geográfica de brote primario.^(9, 14 , 27, 38, 43, 44)

Depresión y condiciones laborales

El estrés laboral fue un predictor significativo de depresión. Se evidenció que el personal de salud que tuvo contacto sin protección con pacientes con covid-19 y en especial aquellos pacientes con hisopado nasofaríngeo positivo, tenían mayor riesgo de depresión en comparación con sus colegas.⁽¹⁵⁾

En una encuesta realizada en Reino Unido, Francia, Taiwán y China que se basó en un score que evalúa el grado de severidad de depresión (PHQ-2) detectó que los trabajadores que utilizaron EPP durante mayor cantidad de tiempo tuvieron un aumento significativo en la puntuación del score.⁽¹⁴⁾

La falta de recursos humanos y la cantidad de colegas infectados con covid-19 fueron los predictores más fuertes de depresión entre las enfermeras en un estudio realizado en cinco unidades intensivas en Egipto.⁽⁴⁵⁾

Trastorno de estrés post traumático (TEPT)

Prevalencia

Utilizando escalas para evaluar el estrés percibido, diagnóstico y determinación de sintomatología del TEPT, se evidenció un alto nivel de estrés.⁽⁷⁾

Mediante la implementación de la escala PCL-5, 16% de los trabajadores de la salud de UCI neurológica de 16 camas en el Hospital La Pitié-Salpêtrière en París, Francia, fueron encuestados y dieron resultados compatibles con TEPT.⁽⁴²⁾

El score IES-6 utilizado en una encuesta realizada a enfermeros de UCI en hospitales de Holanda, mostró que el 22,2% de los encuestados tenían TEPT.⁽⁴⁴⁾

El score TSQ permitió observar que una proporción del 17 al 35% de los encuestados presentaron TEPT.⁽¹⁴⁾

Con el uso de la escala Impact of event scale-revised (IES-R) se reveló que más del 50% de las enfermeras encuestadas experimentó síntomas de TEPT.⁽³⁷⁾

TEPT y factores de riesgo

Ser testigo del rumbo incierto del covid-19, visualizar el rápido deterioro de salud de los pacientes, la alta exposición a infectarse al brindarles atención, los convirtieron en una población susceptible a desarrollar síntomas de TEPT.⁽⁷⁾

El sexo femenino, la presencia de comorbilidades, tener un niño a cargo y problemas con el EPP (capacitación inadecuada o escasez) se asoció con presentar TEPT.^(24, 36)

Factores protectores

Surgieron algunos factores saludables o protectores identificados frente a la situación vivida de la pandemia.

Factores protectores laborales

Entre las que se reconocen están las habilidades de resiliencia.⁽³⁶⁾

Se encontró que haber trabajado un mayor periodo de tiempo en cuidados intensivos, junto con el fortalecimiento entre el vínculo de equipo/colegas desarrolló un aumento del nivel de resiliencia psicológica, a la vez que disminuyó los niveles de estrés percibidos.^(24, 29)

Factores protectores extra-laborales

Mantener el contacto con la familia se considera factor protector y fuente de bienestar en tiempos de crisis.⁽⁴⁶⁾

Recomendaciones, medidas de promoción de salud y prevención de daños.

Varios autores plantean que se necesitan intervenciones específicas para apoyar a los profesionales de la salud al abordar los factores de riesgo modificables, como el acceso insuficiente al EPP y la mala comunicación.^(18, 33, 47)

Con respecto a los riesgos psicosociales surgen algunas recomendaciones, en particular vinculadas a que se desarrollen e implementen intervenciones que fomenten la resiliencia en los médicos.⁽⁷⁾ Así mismo plantean la importancia de incorporar programas que promuevan estilos de afrontamiento adaptativo.⁽³⁶⁾ Se plantea que contar con estrategias previamente establecidas con el objetivo de estar preparados para enfrentar diversas barreras clínicas y psicológicas, previenen los efectos en la salud de los trabajadores.^(13, 16)

Se considera importante generar una red de apoyo adicional al personal de UCI.⁽³⁷⁾

Fomentar charlas y talleres que brinden herramientas sobre la capacidad del individuo para adaptarse a los factores estresantes, con el objetivo de concientizar sobre las reacciones de estrés, capacitar en análisis del comportamiento para así mejorar la comprensión de los comportamientos propios y ajenos promoviendo el autocontrol y la capacidad de brindar apoyo entre pares.^(44, 48)

Se recomienda mantener el vínculo familiar a través de videollamadas semanales u otros canales virtuales que permitan la comunicación verbal y no verbal. Adoptar rutinas diarias que incorporen actividades que generen bienestar emocional, alternando con periodos de desconexión total del entorno estresante durante al menos 10 minutos.⁽⁴⁶⁾

En relación a los factores de riesgos vinculados con la organización y distribución del trabajo, algunos autores manifiestan la necesidad de implementar medidas como, controlar el número de turnos nocturnos y garantizar el descanso necesario.⁽⁴³⁾

Vinculado a los daños a la salud, se plantea reconocer precozmente los síntomas psicológicos y proveer atención inmediata a los trabajadores de la salud.⁽³⁰⁾

En España se han desarrollado intervenciones de salud mental para trabajadores de la salud durante la pandemia de covid-19. La mayoría de estas intervenciones ofrecían terapia tanto presencial como en línea. El objetivo de las mismas fue la regulación emocional, que se trató mediante técnicas psicoeducativas y cognitivo-conductuales en intervenciones individuales. Las intervenciones grupales utilizaron principalmente psicoeducación y atención plena.⁽⁴⁹⁾

Conclusiones y perspectivas

Según los objetivos específicos planteados se logró caracterizar la población de UCI siendo la franja de edad principalmente entre los 25 a 40 años, el sexo predominante era el masculino en el personal médico y el femenino en el personal de enfermería. En cuanto a la ocupación se encontraban médicos intensivistas, auxiliares de enfermería, auxiliares de servicio, licenciados en enfermería, técnicos de laboratorio, paramédicos, terapeutas respiratorios, psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores administrativos y anestesiólogos. La antigüedad en el cargo se ubicaba en su mayoría por encima de los 5 años. Los trabajadores de la salud que fueron incluidos en los estudios provenían de varios países de Europa, Asia, América, África y Oceanía.

En relación al impacto mundial de la pandemia en la salud del personal de UCI, ha sido afectada de manera importante tanto en su salud física como mental al enfrentarse a las adversidades generadas durante la pandemia por covid-19. Específicamente se identificaron daños que fueron relacionados a la tarea laboral, tales como insomnio, angustia, estrés, síndrome de burnout, ansiedad, depresión y TEPT. Los principales factores de riesgo vinculados a los daños encontrados fueron pertenecer al sexo femenino, ser joven, ser del personal de enfermería, escasez de recursos humanos y materiales, mal manejo del EPP, mayor carga horaria de trabajo, incertidumbre frente a un nuevo virus, miedo al contagio propio y de su entorno, estigma de la comunidad, estar en un área geográfica con gran número de contagios y la mala comunicación con el grupo de trabajo.

Se considera de vital importancia plantear recomendaciones con el objetivo de brindar herramientas de promoción y prevención en salud que ayuden a paliar los daños identificados en esta revisión.

En cuanto a las condiciones de trabajo se recomienda implementar medidas de apoyo al personal de UCI que mitiguen la sobrecarga laboral tales como, respetar el tiempo de trabajo y descanso necesario para la recuperación fisiológica, contar con una red de apoyo laboral para prever la escasez de recursos humanos, fomentar una mejor comunicación entre el equipo de trabajo y asegurar los recursos materiales necesarios así como capacitar sobre el correcto uso.

Respecto a las repercusiones en la salud mental de los trabajadores se considera importante generar intervenciones en el espacio de trabajo que fomenten la resiliencia, promover el apoyo entre pares, brindar herramientas para manejar el estrés, contar con estrategias que permitan reconocer precozmente los síntomas psicológicos y proveer atención inmediata a los

trabajadores. En el espacio extralaboral, mantener el contacto con familiares a través de distintos medios que permitan la comunicación tanto verbal como no verbal, incorporar en la rutina diaria actividades de recreación y desconectar del factor estresor mediante periodos de descanso.

Desde la visión de la salud en el trabajo se torna necesario fortalecer o poner en práctica los servicios de salud y prevención en el trabajo así como espacios de expresión y propuestas de mejoras mediante la formación de las comisiones de salud y seguridad, con la activa participación de los actores involucrados para alcanzar logros concretos de las necesidades sentidas por parte de los trabajadores.

Como perspectiva a futuro se podría investigar mediante la implementación de cuestionarios las repercusiones post pandemia en la salud de los trabajadores de UCI en Uruguay. Esto permitirá obtener datos sobre los daños inmediatos y secuelas generados en nuestro país, considerando que posiblemente las consecuencias de la pandemia se manifestaran a futuro.

Referencias bibliográficas

1. Biestro A. Programa de formación de especialistas en medicina intensiva, Montevideo, Uruguay: Cátedra de Medicina Intensiva, Hospital de Clínicas, 2014. Disponible en: <http://bitly.ws/rDmz>. [Consulta: 20 de mayo de 2022].
2. Sprung CL, Cohen R, Marini JJ. The top attributes of excellence of intensive care physicians. *Intensive Care Med.* 2014;41(2):312–314. Disponible en: <http://bitly.ws/rDmK>. [Consulta: 23 mayo 2022].
3. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia OPS 2020. Disponible en: <http://bitly.ws/rDmQ>. [Consulta: 20 mayo 2022].
4. Decreto N° 93/020 DECLARACIÓN DE ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA ORIGINADA POR EL VIRUS COVID-19 (CORONAVIRUS), fecha de publicación 23/03/2020. Disponible en: <http://bitly.ws/rDmX>. [Consulta: 20 mayo 2022].
5. García Martínez J. El impacto del COVID-19 en el personal sanitario. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales.* 2022; 25 (2): 194-198. Disponible en: <http://bitly.ws/rDn6>. [Consulta: 20 mayo 2022].
6. Sharma M, Creutzfeldt J.C, Lewis A, Patel V.P, Hartog C, Jannotta E.G, et al. Health-care Professionals' Perceptions of Critical Care Resource Availability and Factors Associated With Mental Well-being During Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Results from a US Survey. *Clinical Infectious Diseases.* 2021;72(10): 566–576. Disponible en: <http://bitly.ws/rDnh>. [Consulta: 23 mayo 2022].
7. Kader N, Elhusein B, Chandrappa NSK, Nashwan AJ, Chandra P, Khan AW, et al. Perceived stress and post-traumatic stress disorder symptoms among intensive care unit staff caring for severely ill coronavirus disease 2019 patients during the pandemic: a national study. *Annals of General Psychiatry [Internet].* 2021 Aug 21 [cited 2022 Sep 5];20(1):1–8. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.proxy.timbo.org.uy/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=152026167&lang=es&site=eds-live> [Consulta: 21 junio 2022].
8. Scatularo CE, Battioni L, Bellia S, Costa de Robert S, Gatti MN, Racki M, et al. Impacto psicofísico de la pandemia COVID-19 en trabajadores de la salud en Argentina. *Encuesta ImPPaCTS-SAC.20. Rev. argent. cardiol,* 2021; 89(3):204-210. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482021000300204. [Consulta: 21 junio 2022].
9. Pazmiño E, Alvear MJ, Saltos I, Pazmiño DE. Factors associated with psychiatric adverse effects in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic in Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed).* 2021 Jul-Sep;50(3):166-175. doi: 10.1016/j.rcpeng.2020.12.001. Epub 2021 Aug 10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34481796/> [Consulta: 21 junio 2022].
10. García-Hedraera FJ, Gil-Almagro F, Javier Carmona-Monge F, Peñacoba-Puente C, Catalá-Mesón P, Velasco-Furlong L. Intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic in Spain: social and work-related variables, COVID-19 symptoms, worries, and

generalized anxiety levels. *Acute & Critical Care* [Internet]. 2021 Aug [cited 2022 Sep 5];36(3):232–41. Disponible en: <https://search-ebscohost-com.proxy.timbo.org.uy/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=153277688&lang=es&site=eds-live> [Consulta: 21 junio 2022].

11. Azoulay E, Pochard F, Reignier J, Argaud L, Bruneel F, Courbon P, et al. Symptoms of Mental Health Disorders in Critical Care Physicians Facing the Second COVID-19 Wave: A Cross-Sectional Study. *Chest*. 2021;160(3):944-955. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34023323/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].

12. Magnavita N, Soave PM, Antonelli M. A One-Year Prospective Study of Work-Related Mental Health in the Intensivists of a COVID-19 Hub Hospital: *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(18): 9888. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8466101/> [Consulta: 21 de junio, 2022].

13. Stocchetti N, Segre J, Zanier E R, Zanetti M, Campi R, Scarpellini F, et al. Burnout in Intensive Care Unit Workers during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic: A Single Center Cross-Sectional Italian Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(11):6102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8201217/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].

14. Ezzat A, Li Y, Holt J, Komorowski M. The global mental health burden of COVID-19 on critical care staff. *Br J Nurs* 2021; 30(11): 634-642. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34109816/>. [Consulta: 21 junio 2022].

15. Magnavita N, Soave P.M, Antonelli M. Prolonged Stress Causes Depression in Frontline Workers Facing the COVID-19 Pandemic—A Repeated Cross-Sectional Study in a COVID-19 Hub-Hospital in Central Italy *Int J Environ Res Salud Pública*. 2021 julio; 18(14): 7316. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8304927/> [Consulta: 21 junio 2022].

16. Troglio da Silva F.C, Barbosa CP. The impact of the COVID-19 pandemic in an intensive care unit (ICU): Psychiatric symptoms in healthcare professionals. *Progress in Neuro Psychopharmacology & Biological Psychiatry* [Internet]. 2021 Aug 30 [cited 2022 Sep 5];110. Disponible en: <https://search-ebscohost-com.proxy.timbo.org.uy/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0278584621000580&lang=es&site=eds-live> [Consulta: 21 junio 2022].

17. Troglio da Silva F.C, Neto M.L.R. Psychiatric disorders in health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis: *J Psychiatr Res*. 2021; 140: 474–487. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7990799/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].

18. Wahlster S, Sharma M, Lewis A.K, Patel P.V, Hartog C.S, Jannotta G, et al. The Coronavirus Disease 2019 Pandemic's Effect on Critical Care Resources and Health-Care Providers: A Global Survey. *Chest*. 2021 Feb;159(2):619-633. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32926870/>. [Consulta: 21 junio 2022].

19. Lie I, Stafseth S, Skogstad L, Hovland IS, Hovde H, Ekeberg Ø, et al. Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ open*, 2021 11(10), e049135. Disponible en:

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049135> [Consulta: 11 de octubre 2022].

20. Wozniak H, Benzakour L, Moullec G, Buetti N, Nguyen A, Corbaz S, et al. Mental health outcomes of ICU and non-ICU healthcare workers during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study. *Ann intensive cares*, 2021; 11:106. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8271328/>. [Consulta: 21 junio 2022].

21. Roberts T, Daniels J, Hulme W, Hirst R, Horner D, Lyttle MD, et al. Psychological distress during the acceleration phase of the COVID-19 pandemic: a survey of doctors practising in emergency medicine, anaesthesia and intensive care medicine in the UK and Ireland. *Emerg Med J* 2021; 38(6):450-459. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33832926/>. [Consulta: 21 junio 2022].

22. Donkers MA, Gilissen V, Candel M, van Dijk NM, Kling H, Heijnen-Panis R, et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. *BMC medical ethics*, 2021. 22(1), 73. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00641-3> [Consultado: 11/10/22].

23. Rodriguez-Ruiz E, Campelo-Izquierdo M, Boga Veiras P, Mansilla Rodríguez M, Estany-Gestal A, Blanco Hortas A, et al. Impact of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Moral Distress Among Nurses and Physicians in Spanish ICUs. *Crit Care Med*. 2022 May 1;50(5):e487-e497. doi: 10.1097/CCM.0000000000005434. Epub 2021 Dec 29. PMID: 34966088. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34966088/> [Consulta: 14 de octubre, 2022].

24. Mehta S, Yarnell C, Shah S, Dodek P, Parsons-Leigh J, Maunder R, et al. Canadian Critical Care Trials Group. The impact of the COVID-19 pandemic on intensive care unit workers: a nationwide survey. *Can J Anaesth*. 2022 Apr;69(4):472-484. doi: 10.1007/s12630-021-02175-z. Epub 2021 Dec 23. PMID: 34940952; PMCID: PMC8697539. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8697539/> [Consulta: 11 de octubre, 2022].

25. Feeley T, Ffrench-O'Carroll R, Tan MH, Magner C, L'Estrange K, O'Rathallaigh E, et. al. A model for occupational stress amongst paediatric and adult critical care staff during COVID-19 pandemic. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021 Oct;94(7):1721-1737. doi: 10.1007/s00420-021-01670-6. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33630134; PMCID: PMC7905984. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7905984/> [Consulta: 21 junio 2022].

26. Laurent A, Fournier A, Lheureux F, Louis G, Nseir S, Jacq G, et al. Mental health and stress among ICU healthcare professionals in France according to intensity of the COVID-19 epidemic. *Ann Intensive Care*. 2021 Jun 4;11(1):90. doi: 10.1186/s13613-021-00880-y. PMID: 34089117; PMCID: PMC8177250. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8177250/> [Consulta: 14 de octubre 2022].

27. Torrecilla NM, Victoria MJ, Richaud de Minzi MC. ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE TRABAJA EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA CON PACIENTES CON COVID-19, MENDOZA, 2021. *Rev. argent. salud pública*, 2021; (13):1. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200025. [Consulta: 21 junio 2022].

- 28.** ÇELİK F, DAĞLI R. Comparison of the Mental Status of COVID-19 Intensive Care Unit and General Intensive Care Unit Staff. *Duzce Medical Journal* [Internet]. 2021 May [cited 2022 Sep 5];23(2):197–204. Disponible en : <https://search-ebscohost-com.proxy.timbo.org.uy/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=152087620&lang=es&site=eds-live> [Consulta: 21 junio 2022].
- 29.** Boran M, Boran OF, Korukcu O, Özkaya M. The psychological resilience and perceived stress of the frontline heroes in the pandemic in Turkey: A descriptive study of the COVID-19 outbreak-mutations-normalization triad. *Jpn J Nurs Sci*. 2022 Jan;19(1):e12442. doi: 10.1111/jjns.12442. Epub 2021 Jul 20. PMID: 34288424; PMCID: PMC8420289 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288424/> [Consulta: 14 de octubre, 2022].
- 30.** Binnie A, Moura K, Moura C, D'Aragon F, Tsang JLY. Psychosocial distress amongst Canadian intensive care unit healthcare workers during the acceleration phase of the COVID-19 pandemic. *PLoS One* 2021; 16(8): e0254708. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8360506/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].
- 31.** Gualano MR, Sinigaglia T, Lo Moro G, Rousset S, Cremona A, Bert F, et al. The Burden of Burnout among Healthcare Professionals of Intensive Care Units and Emergency Departments during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 2;18(15):8172. doi: 10.3390/ijerph18158172. PMID: 34360465; PMCID: PMC8346023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8346023/> . [Consulta: 21 de junio, 2022].
- 32.** Sanil M, Machado G, Nayak VR. Burnout in health care providers working in the intensive care units of a tertiary care hospital, South India—a questionnaire-based survey. *Can J Respir Ther* 2021; 57:68–72. Disponible en: <https://eds-p-ebscohost-com.proxy.timbo.org.uy/eds/detail/detail?vid=0&sid=24338607-b282-4d8e-a498-5dd1dc6589bb%40redis&bdata=JmxhbmC9ZXMmc2I0ZT1IZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=154444820&db=edb>. [Consulta: 11 de octubre, 2022].
- 33.** Vranas K.C, Golden S.E, Mathews K.S, Schutz A, Valley T.S, Duggal A, et al. The Influence of the COVID-19 Pandemic on ICU Organization, Care Processes, and Frontline Clinician Experiences: A Qualitative Study. *Cofre* 2021 noviembre; 160 (5): 1714-1728. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062115/>. [Consulta: 21 junio 2022].
- 34.** Freitas RF, Barros IM, Miranda MA, Freitas TF, Rocha JSB, Lessa ADC. Preditores da síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem da unidade de terapia intensiva durante la pandemia da COVID-19. *J bras psiquiatr* 2021; 70(1): 12-20. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1180817>. [Consulta: 30 octubre 2022]
- 35.** Hu Z, Wang H, Xie J, Zhang J, Li H, Liu S, et al. Burnout in ICU doctors and nurses in mainland China-A national cross-sectional study. *J Crit Care*. 2021 Apr;62:265-270. doi: 10.1016/j.jcrc.2020.12.029. Epub 2021 Jan 12. PMID: 33477093. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33477093/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].
- 36.** Peñacoba C, Velasco L, Catalá P, Gil-Almagro F, García-Hedrerera FJ, Carmona-Monge FJ. Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic.

Nurs Crit Care. 2021 Nov;26(6):501-509. doi: 10.1111/nicc.12694. Epub 2021 Jul 28. PMID: 34318963; PMCID: PMC8447327. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8447327/> . [Consulta: 21 de junio, 2022].

37. Crowe S, Howard AF, Vanderspank-Wright B, Gillis P, McLeod F, Penner C, et al. The effect of COVID-19 pandemic on the mental health of Canadian critical care nurses providing patient care during the early phase pandemic: A mixed method study. *Intensive Crit Care Nurs* 2021; 63: 102999. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832945/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].

38. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during Covid-19. *Occup Med (Lond)*. 2021 Apr 9;71(2):62-67. doi: 10.1093/occmed/kqaa220. PMID: 33434920; PMCID: PMC7928568. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434920/> [Consulta: 17 de octubre, 2022].

39. Belash I, Barzagar F, Mousavi G, Janbazian K, Aghasi Z, Ladari AT, et al. COVID-19 pandemic and death anxiety among intensive care nurses working at the Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Science. *J Family Med Prim Care* 2021;10:2499-502. Disponible en: <https://eds-p-ebsohost-com.proxy.timbo.org.uy/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=69104fcd-237a-465e-9919-8fbba1c30aff%40redis>[Consulta: 14 de octubre, 2022].

40. Tatsuno J, Unoki T, Sakuramoto H, Hamamoto M. Effects of social support on mental health for critical care nurses during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan: A web-based cross-sectional study. *Acute Med Surg*. 2021 Apr 10;8(1):e645. doi: 10.1002/ams2.645. PMID: 33868689; PMCID: PMC8035953. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8035953/>. [Consulta: 12 Octubre 2022].

41. Li J, Zhang Y, Li L, Yi W, Hao Y, Bi Y. Predictive Analysis of Factors Influencing Depression Status of Nurses in the COVID-19 Pandemic Intensive Care Unit. *Front Psychiatry*. 2021 Nov 16;12:596428. doi: 10.3389/fpsy.2021.596428. PMID: 34867493; PMCID: PMC8636193. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34867493/> [Consulta: 14 octubre 2022].

42. Altamayer V, Weiss N, Cao A, Marois C, Demeret S, Rohaut B, et al. Coronavirus disease 2019 crisis in Paris: A differential psychological impact between regular intensive care unit staff members and reinforcement workers. *Aust Crit Care* 2021; 34(2):142-145. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33358273/>. [Consulta: 21 junio 2022].

43. Peng X, Meng X, Li L, Hu C, Liu W , Liu Z, et al. Depressive and Anxiety Symptoms of Healthcare Workers in Intensive Care Unit Under the COVID-19 Epidemic: An Online Cross-Sectional Study in China. *Front Public Health* 2021; 9: 603273. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7973083/>. [Consulta: 21 de junio, 2022].

44. Heesakkers H, Zegers M, van Mol MMC, van den Boogaard M. The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive Crit Care Nurs* 2021; 65:103034. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33863609/>. [Consulta: 21 junio 2022].

45. Baraka AAE, Ramadan FH, Hassan EA. Predictors of critical care nurses' stress, anxiety, and depression in response to COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care*. 2021 Aug

31:10.1111/nicc.12708. doi: 10.1111/nicc.12708. Epub ahead of print. PMID: 34463007; PMCID: PMC8662302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463007/>. [Consulta: 14 octubre, 2022].

46. Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martin-Benito A, Paternina Quesada N, Gonzalez-Giraldo C, et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed)*, 2021; 50(3):225-231. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34526252/>. [Consulta: 21 junio 2022].

47. Foula MS, Nwesar FA, Oraby EH, Foula A, Alarfaj MA, Foula HS, et al. Does wearing personal protective equipment affect the performance and decision of physicians? A cross-sectional study during the COVID-19 pandemic. *Ann Med Surg (Lond)*. 2021 Jul;67:102488. doi: 10.1016/j.amsu.2021.102488. Epub 2021 Jun 10. PMID: 34127939; PMCID: PMC8189734. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8189734/> [Consulta: 21 junio 2022].

48. Appelbom S, Bujacz A, Finnes A, Ahlbeck K, Bromberg F, Holmberg J, et al. The Rapid Implementation of a Psychological Support Model for Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Case Study and Process Evaluation. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12: 713251. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8446385/>. [Consulta: 11 de octubre, 2022].)

49. Priede A, López-Álvarez I, Carracedo-Sanchidrián D, González-Blanch C. Mental health interventions for healthcare workers during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)*. 2021 Apr-Jun;14(2):83-89. doi: 10.1016/j.rpsm.2021.01.005. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33549828; PMCID: PMC7859719. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33549828/> [Consulta: 21 junio 2022].

Agradecimientos

En primer lugar queremos agradecer a nuestros orientadores, la Profesora Adjunta Dra. Nurit Stolovas y el Profesor Dr. Fernando Tomasina por la paciencia, contención y la transferencia de conocimiento que nos han brindado en el transcurso del desarrollo de esta monografía de grado.

Al curso de Metodología Científica II y a la Facultad de Medicina por la oportunidad de adentrarnos y alentarnos a realizar trabajos de investigación aplicando el método científico complementando así nuestra formación médica y desarrollo profesional.

Finalmente, agradecemos a nuestra familia y amigos por el apoyo incondicional permanente y por brindarnos la motivación necesaria para poder culminar esta meta.

Anexos

Anexo 1: Tabla de sistematización de la búsqueda en bases de datos

BASES DE DATOS	DESCRIPTORES- términos MESH	CANTIDAD DE ARTÍCULOS
PubMed	intensive care unit covid-19 Intensivist doctors	39
Timbó	intensive care unit covid impact pandemic effect	10
LILACS	intensive care unit covid	3
Scielo	covid- 19 medicina intensiva	0
COLIBRI	medicina intensiva personal de la salud covid-19	0

Anexo 2: Tabla de artículos incluidos en la revisión

Se adjunta el siguiente enlace desde donde se accede a la tabla de artículos incluidos en la revisión:

https://docs.google.com/spreadsheets/d/1jtpD1MZ_bV7ZM52vWYg-Wu3HYtZ2A2jNDfphjwDy2Mw/edit#gid=1720760038

Anexo 3: Distribución de artículos según procedencia.

En la siguiente página se presenta una tabla con la distribución de artículos de revisión que hacen referencia al impacto de la pandemia en la salud del personal de cuidados intensivos en el año 2021, según procedencia: continente y país.

CONTINENTE	PAÍS	TOTAL
Europa	Irlanda	2
	España	5
	Francia	4
	Inglaterra	3
	Italia	5
	Holanda	2
	Bélgica	1
	Suecia	1
	Noruega	1
	Suiza	1
Asia	Singapur	1
	Turquía	2
	Irán	1
	India	2
	Malasia	1
	Taiwán	1
	China	5
	Japón	1
	Qatar	1
África	Egipto	3
Oceanía	Australia	1
	Nueva Zelanda	1
América del Norte	Estados Unidos	3
	Canadá	4
América del Sur	Argentina	2
	Brasil	1
	Ecuador	1

TOTAL	27	56
-------	----	----