

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SEDES SAPIENTIAE**  
**ESCUELA DE POSTGRADO**



Experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidados críticos. Aproximaciones desde la bioética

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**AUTOR**

Ofelia María de Jesús Alencastre Mamani

**ASESOR**

Benigno Peceros Pinto

Lima, Perú

2023

**METADATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos del autor**

Nombres	Ofelia María de Jesús
Apellidos	Alencastre Mamani
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	00794357

**Datos del asesor**

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	3000720
Número de Orcid (obligatorio)	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4865-3874">https://orcid.org/0000-0002-4865-3874</a>

**Datos del Jurado**

**Datos del presidente del jurado**

Nombres	Luis Napoleón
Apellidos	Quiroz Avilés
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	0870320

**Datos del segundo miembro**

Nombres	Yordanis
Apellidos	Enríquez Canto
Tipo de documento de identidad	Pasaporte
Número del documento de identidad	B324057

**Datos del tercer miembro**

Nombres	Benigno
Apellidos	Peceros Pinto
Tipo de documento de identidad	DNI
Número del documento de identidad	3000720

Repositorio Institucional

**Datos de la obra**

Materia	Experiencias Trabajadores Centro hospitalario - Primera ola COVID-19
Campo del conocimiento OCDE Consultar el listado:	<a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.00.00</a> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00</a>
Idioma (Normal ISO 639-3)	SPA - español
Tipo de trabajo de investigación	Tesis
País de publicación	PE - PERÚ
Recurso del cual forma parte (opcional)	
Nombre del grado	Maestro en Bioética y Bioderecho
Grado académico o título profesional	Maestro
Nombre del programa	Maestría en Bioética y Bioderecho
Código del programa Consultar el listado:	919047

**UNIDAD DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ACTO DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA ONLINE DE TESIS DE LA MAESTRÍA EN BIOÉTICA Y BIODERECHO**

**ACTA N°0001 – 2023**

Hoy, 09 de noviembre del año 2023 a las 09:00 horas; mediante sesión en línea a través de la Plataforma ZOOM, debidamente licenciada por la Escuela de Postgrado de la Universidad Católica Sedes Sapientiae,

**Ofelia María de Jesús Alencastre Mamani**

Quien llevó a cabo el Acto de Sustentación Pública Online de su tesis titulada: Experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidados críticos. Aproximaciones desde la bioética

Ante el jurado compuesto por Las autoridades:

PRESIDENTE: Luis Quiroz Avilés

SEGUNDO MIEMBRO: Yordanis Enriquez Canto

TERCER MIEMBRO: Benigno Peceros Pinto

Terminada su exposición, defendió su tesis durante 30 minutos frente al jurado, públicamente, absolviendo las preguntas planteadas.

Al concluir el proceso establecido por la Escuela de Postgrado, el jurado de tesis, luego de la deliberación del caso, otorgó por UNANIMIDAD la mención de: SUMMA CUM LAUDE con la calificación de 20.



Segundo miembro



Presidente



Tercer miembro

Estuvo presente como veedor del acto:

Fredo Arauzo Ramírez, Secretario Académico EPG-UCSS



Jesús María, 09 de noviembre del 2023



## Anexo 2

### CARTA DE CONFORMIDAD DEL ASESOR(A) DE TESIS / INFORME ACADÉMICO/ TRABAJO DE INVESTIGACIÓN/ TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL CON INFORME DE EVALUACIÓN DEL SOFTWARE ANTIPLAGIO

Ciudad, Lima 09 de noviembre de 2023

Señor (a), Benigno Peceros Pinto

Jefe del Departamento de Investigación/Coordinador Académico de Unidad de Posgrado  
Facultad / Escuela de Postgrado UCSS

Reciba un cordial saludo.

Sirva el presente para informar que la tesis / informe académico/ trabajo de investigación/ trabajo de suficiencia profesional, bajo mi asesoría, con título **“Experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidados críticos. Aproximaciones desde la bioética”**, presentado por Ofelia María de Jesús Alencastre Mamani, con código de estudiante: N° 2020200043 con DNI N° 00794357 para optar el título profesional/grado académico de Maestro en BIOÉTICA Y BIODERECHO ha sido revisado en su totalidad por mi persona y **CONSIDERO** que el mismo se encuentra **APTO** para ser sustentado ante el Jurado Evaluador.

Asimismo, para garantizar la originalidad del documento en mención, se le ha sometido a los mecanismos de control y procedimientos antiplagio previstos en la normativa interna de la Universidad, **cuyo resultado alcanzó un porcentaje de similitud de 7%** (poner el valor del porcentaje).\* Por tanto, en mi condición de asesor(a), firmo la presente carta en señal de conformidad y adjunto el informe de similitud del Sistema Antiplagio Turnitin, como evidencia de lo informado.

Sin otro particular, me despido de usted. Atentamente,

Firma del Asesor (a)

DNI N°: 31000720

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4865-3874>

Facultad de Ciencias de la Salud/Unidad Académica de la Facultad de ciencias de la Salud UCSS

\* De conformidad con el artículo 8°, del Capítulo 3 del Reglamento de Control Antiplagio e Integridad Académica para trabajos para optar grados y títulos, aplicación del software antiplagio en la UCSS, se establece lo siguiente:

Artículo 8°. Criterios de evaluación de originalidad de los trabajos y aplicación de filtros  
El porcentaje de similitud aceptado en el informe del software antiplagio para trabajos para optar grados académicos y títulos profesionales, será máximo de veinte por ciento (20%) de su contenido, siempre y cuando no implique copia o indicio de copia.

## **Dedicatoria**

A mi familia fallecida durante la pandemia del COVID-19: a mi querida y protectora tía Edelmira, quien fuera mi segunda madre; mi querida y confidente tía Esther, quién en vida no se cansó de luchar; mi cariñosa tía Ethel, siempre dando ánimos de autoestima; mi tío Jorge, por su rectitud y haber confiado en mí; mi tío Jesús, por su esfuerzo en recuperar el legado ancestral; y mi tío Williams, por su partida inesperada.

## **Agradecimientos**

A la Universidad Católica Sedes Sapientiae, por motivar y promover la importancia de la bioética a través de la formación de postgrado.

A nuestro profesor de la maestría Dr. Benigno Peceros, quien supo motivar sostenidamente el respeto a la persona.

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo *analizar las experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes covid-19 en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) e intensivos (UCI)*.

El tipo de investigación es cualitativo a nivel descriptivo y se utilizó el enfoque fenomenológico como método de análisis. Los informantes claves fueron seleccionados por conveniencia en total ocho enfermeras quienes atendieron pacientes COVID-19 de UCI y UCIN en la primera y segunda ola en áreas críticas de Hospitales Nacionales del Ministerio de Salud y EsSalud.

Se utilizó como técnica de recojo de información la entrevista semiestructurada a través de la plataforma Google meet y como instrumento la guía de entrevista compuesta por dos partes, una parte correspondiente a datos generales y otra parte con seis preguntas abiertas las que fueron elaboradas por la autora de la presente investigación y validadas por expertos.

Entre los hallazgos se obtuvieron seis categorías vinculadas con: la atención del paciente, las emociones del personal, las reflexiones sobre los casos presentados, los cuidados ante la curación y el fallecimiento, la toma de decisiones y los principios bioéticos aplicados. El análisis de la información se enmarcó en la descripción, análisis e interpretación (Hernández et al., 2014).

Entre las conclusiones están que el personal de salud se ha enfrentado a un sistema sanitario inadecuado y recursos (humanos, insumos, infraestructura) escasos, lo que afectó el estado emocional del personal y repercutió en los pacientes. Asimismo, hubo una escasa valoración en la atención de los pacientes relacionada a las necesidades espirituales y comunicacionales con la familia en su condición de gravedad y lograr una muerte digna. Se intentó garantizar los principios bioéticos priorizando la beneficencia; sin embargo, se trató de aplicar la justicia y se vulneró el principio de autonomía.

*Palabras clave:* bioética, unidad de cuidados críticos, muerte digna, COVID-19.



## **Abstract**

The present study aimed to analyze the experiences of health worker on the care of covid-19 patients in the intermediate care unit (NICU) and intensive care unit (ICU).

The type of research is qualitative at the descriptive level and the phenomenological approach was used as a method of analysis. The key informants were selected for convenience in a total of eight nurses who attended ICU and NICU COVID-19 patients in the first and second wave in critical areas of National Hospitals of the Ministry of Health and EsSalud.

The semi-structured interview through the Google meet platform was used as information gathering technique and the two-part interview guide as an instrument, a part corresponding to general data and another part with six open questions which were elaborated by the author of this research and validated by experts.

Among the findings were six categories related to: patient care, staff emotions, reflections on the cases presented, care for healing and death, decision-making and applied bioethical principles. The analysis of the information was framed in the description, analysis and interpretation (Hernández et al., 2014).

Among the conclusions are that health personnel have faced an inadequate health system and scarce resources (human, inputs, infrastructure), which affected the emotional state of the staff and impacted patients. Likewise, there was little evaluation in the care of patients related to spiritual and communicational needs with the family in its condition of severity and achieve a dignified death. Attempts were made to guarantee bioethical principles by prioritizing charity; however, attempts were made to apply justice and the principle of autonomy was violated

*Keywords:* bioethics, critical care unit, dignified death, COVID-19.

# INDICE

Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Índice de figuras.....	xi
Índice de tablas.....	xii
Introducción.....	xiii
Capítulo I: El problema de investigación.....	12
1.1 Descripción del problema.....	12
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Justificación de la investigación.....	13
1.4 Objetivos de la investigación.....	14
2.1 Limitaciones de la investigación.....	15
Capítulo II: Marco teórico.....	15
2.1 Antecedentes de la investigación.....	15
2.2 Bases teóricas.....	17
Capítulo III: Metodología.....	35
3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación.....	35
3.2 Informantes claves.....	35
3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	35
3.4 Definición operacional e identificación de variables.....	35
3.5 Descripción del contexto.....	36
3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.....	36
3.7 Plan de recolección de datos e instrumentos.....	37
3.8 Plan de análisis e interpretación de la información.....	37
3.9 Aspectos éticos.....	38
Capítulo IV: Resultados.....	39
4.1 Análisis inicial o descriptivo.....	40
4.2 Análisis estructural.....	55
4.3 Análisis interpretativos.....	64
Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones.....	68
5.1 Discusión.....	68
5.2 Conclusiones.....	72
5.3 Recomendaciones.....	73
Referencias.....	74
Anexos.....	83

## Índice de figuras

	Pág.
Figura N° 1: Casos confirmados y tasa de incidencia COVID-19. Perú. 2020 – 2021	18
Figura N° 2: Fallecidos confirmados y tasa de mortalidad del COVID-19	19
Figura N° 3: Equipo multidisciplinario en UCI para la atención en situaciones de emergencias y desastres	22
Figura N° 4: Proceso de deliberación de casos	34

## Índice de tablas

	Pág.
Tabla N° 1: Capacidad instalada en zona diferenciada para enfrentar la pandemia del coronavirus (camas UCI, ventiladores, camas UCIN y camas hospitalización) – primera ola al 30 de junio de 2020	20
Tabla N° 2: Capacidad instalada en zona diferenciada para enfrentar la pandemia del coronavirus (camas UCI, ventiladores, camas UCIN y camas hospitalización) – segunda ola al 30 de mayo de 2021	21
Tabla N° 3: Modelo de 4 categorías de priorización y propuesta de ubicación según las características del paciente y la situación actual.	25
Tabla N° 4: Tipo de decisiones ante enfermos críticos o terminales.	27
Tabla N° 5: Categorías y temas	55

## Introducción

La pandemia ocasionada por el coronavirus destapó la realidad del sistema de salud actual y reflejó con más nitidez las inequidades, especialmente en la atención de salud en momentos inesperados y crisis sanitaria. El incontrolable incremento de casos y la elevada cantidad de fallecimientos situaron al Perú como uno de los países con mayores consecuencias devastadoras a nivel mundial.

La presente investigación detalla en el capítulo I el problema de investigación en relación a la atención de pacientes graves atendidos en las unidades de cuidados críticos que ante las limitaciones de recursos los servicios de salud no se abastecía para la enorme cantidad de pacientes graves que solicitaban acceder a una oportunidad de cama UCI o atención especializada; por lo que el problema implica la atención que el personal de salud realizó en momentos de pandemia en la que los principios bioéticos forman parte importante en estas situaciones de vulnerabilidad. En tanto, la pregunta de investigación es: desde la experiencia del personal de salud, ¿cómo se ha brindado la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidado crítico en la UCIN y la UCI en la primera y segunda ola?

En el capítulo II se describe el marco teórico, los antecedentes que rescata investigaciones anteriores relacionadas con el tema de la presente tesis, ya sea de carácter nacional e internacional; también referencias de fuentes secundarias que dan soporte a la investigación.

El capítulo III desarrolla la metodología desde la obtención de información a través de informantes claves y el procesamiento de la misma, la cual enmarca en una investigación cualitativa con un método de análisis fenomenológico que plantea explorar, describir y analizar (o comprender) el fenómeno identificado en este caso como la atención del paciente COVID en área críticas. Para el análisis se utilizó el método hermenéutico (Hernández et al., 2014).

El capítulo IV desarrolla los resultados que van desde la descripción de las principales respuestas, y la clasificación de categorías y temas obtenidos de las entrevistas que muestran la percepción del personal de salud con seis categorías y catorce temas.

Finalmente, en el capítulo V se muestran los resultados de la discusión, se resaltan las principales conclusiones y se emiten recomendaciones dirigidas a las instituciones de salud, universidades, gestores de salud pública y sociedad civil.

# Capítulo I: El problema de investigación

## 1.1 Descripción del problema

La pandemia por el coronavirus se presentó en un contexto poco previsible, en relación a los alcances y consecuencias sanitarias, económicas y sociales en la población. Los países con mejor capacidad instalada pudieron hacer frente a esta situación de salud y al desborde en las atenciones haciendo uso de su oferta de servicios en ese momento; sin embargo, en los países con altas brechas de indicadores de salud, como el Perú, la enfrentamos con una débil operatividad en los servicios de cuidados críticos en establecimientos del segundo nivel, que nos ubicaron como uno de los primeros países con mayor cantidad de muertes a nivel mundial.

En ese escenario, el Perú presentaba un primer nivel de atención restringido en su accionar y déficit de capacidad instalada hospitalaria para los casos complejos, escasos recursos humanos para contar con servicios de atención en salud para la atención de cuidados críticos, como son las unidades de cuidados intermedios (UCIN) y de cuidados intensivos (UCI), que requerían atender a la cantidad de casos de pacientes muy complicados.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup> menciona la necesidad de cuidados médicos de calidad por la gran cantidad de pacientes con COVID-19, Ñiquén et al. (2020) afirman que las UCI son necesarias para tratar a quienes presentan falla mecánica y requieran ventilación asistida; esta situación no fue así en el Perú.

Según la nomenclatura, el coronavirus puede evolucionar en casos leves a graves y entre el 7% a 10% pueden llegar a complicarse o casos severos; y la letalidad puede llegar hasta 3%. (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020). Sin embargo, el porcentaje puede variar según la región, grupo etario, presencia de morbilidad y otras condiciones de salud. En ocasiones hasta

---

<sup>1</sup> A los 100 días de inicio del brote de la enfermedad.

se ha mencionado que el 25,9% pueden requerir una unidad de cuidados intensivos (Ramírez et al., 2021).

En términos de derechos, corresponde una atención de salud a todos sin distinción; sin embargo, en la actualidad, y ante el limitado acceso a la atención y su priorización frente a la demanda en el caso de UCI, se viene priorizando la selección de pacientes para el ingreso principalmente a la UCI.

Existen protocolos y procedimientos normativos del Ministerio de Salud que orientan el diagnóstico, tratamiento y vigilancia ante casos del COVID-19, pero son escasos los que describen acciones con una perspectiva bioética. Cada hospital ha elaborado su protocolo de atención en los casos de gravedad y el uso específicos de protocolos según el tratamiento de la complicación.

El personal de salud que labora en estas áreas experimenta situaciones, tanto profesionales como emocionales, producto de la complejidad del paciente y su entorno; lo que implica el riesgo inmediato de muerte, la dificultad de comunicación con los familiares, la selección de pacientes ante la limitación de recursos, el acompañamiento y otros aspectos, como las secuelas post-COVID.

## **1.2 Formulación del problema**

Sobre la situación experimentada en la primera y segunda ola de la pandemia por coronavirus, entiende el problema como la atención que el personal de salud realizó en momentos de pandemia frente a pacientes críticos, por lo que la pregunta de investigación es: Desde la experiencia del personal de salud, ¿cómo se ha brindado la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidado crítico en la UCIN y la UCI en la primera y segunda ola?

## **1.3 Justificación de la investigación**



La atención de pacientes coloca como prioridad el desarrollo de investigaciones no solamente vinculadas a los aspectos clínicos, sino que nos permiten tener una mirada amplia sobre el contexto y la aplicación de principios bioéticos que rodean a la salud de las personas, con mayor razón en situaciones como pandemias. En este caso incurre en aquellas situaciones que se relacionan con las necesidades, expectativas y percepciones del paciente que se encuentra en estado crítico como consecuencia del COVID-19.

La atención de este tipo de pacientes requiere que sea individualizada e integral clínicamente, pero también que sea abordada a nivel de la familia y la estabilidad emocional del paciente; como sujeto de derecho en situaciones de salud y enfermedad, y hasta el último momento de su existencia.

Con el desarrollo de la presente investigación se permitirá que se incluyan o fortalezcan los principios bioéticos en el proceso de atención de pacientes de las unidades de cuidados intermedios e intensivos, donde se someten permanentemente a protocolos y estándares para la selección, tratamiento y toma de decisiones; por lo que ayudará a fundamentar la importancia de analizar desde el punto de vista bioético los casos de pacientes con alguna atención especial.

Los resultados permitirán a los profesionales de la salud un acercamiento al enfoque vinculado al bienestar de la persona y con dignidad, cualquiera sea su condición y situación de vida o muerte.

#### **1.4 Objetivos de la investigación**

Analizar las experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes COVID-19 en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) e intensivos (UCI).

**Limitaciones de la investigación**

Una limitación fue la dificultad para concretar las entrevistas con médicos intensivistas y enfermeras especialistas, que solo se logró con este último gremio debido a la escasez de profesionales durante la pandemia y que se encontraban en actividades laborales paralelas.

## **Capítulo II: Marco teórico**

**Antecedentes de la investigación**

Silva et al. (2022) mencionan que durante la pandemia los profesionales de la salud experimentaron dilemas éticos producto de las carencias materiales y el temor frente a la

garantía de bioseguridad. También los familiares experimentaron necesidades de comunicación que no siempre fueron resultas.

Giordano et al. (2021) recomiendan acciones en la atención del paciente COVID-19 en UCI para la toma de decisiones de ingreso y egreso en demanda controlada, criterios de acción ante el aumento de la demanda estableciendo definiciones de los diferentes escenarios y recomendaciones para aplicar en un escenario de saturación del sistema. Establece que debe aplicarse por igual derecho a todos los pacientes.

Bellver (2020) realiza una reflexión sobre el modo de conciliar los esfuerzos por combatir la pandemia de la COVID-19 con la salvaguarda de los derechos humanos, desde una perspectiva bioética y que constituye un reto bioético por la escasez de recursos; a pesar de que se encuentra a los derechos humanos como punto de partida se hace necesario las orientaciones que ofrecerá en los campos de la asistencia sanitaria, las políticas de salud pública, y la investigación en salud resultarán mucho más respetuosas con los pacientes, los sujetos de la investigación, los ciudadanos y los grupos sociales.

Tambone et al. (2020), menciona que en principio nadie debe ser discriminado para recibir una cama UCI y obtener el mayor beneficio. También que se garantice cuando sea necesario las formas más adecuadas de cuidados paliativos y espirituales.

Maglio et al. (2020), en esta investigación se elaboran las guías que contienen recomendaciones para la toma de decisión ante un paciente crítico con coronavirus. Pone de manifiesto permanente las recomendaciones sustentadas en los derechos humanos y la dignidad de la persona, y la revisión constante de estas recomendaciones.

Vera (2015), analiza la relación de la bioética aplicada en los pacientes de la unidad de cuidados intensivos, hace una descripción sobre las consideraciones y algunos cambios en la

atención en UCI debido a que se presentan diversas situaciones o dilemas éticos al final de la vida y que debe hacerse uso en todo momento de los cuatro principios éticos.

#### **Bases teóricas**

##### **2.1.1 Inicio de la pandemia COVID-19: situación frente al contexto del COVID-19**

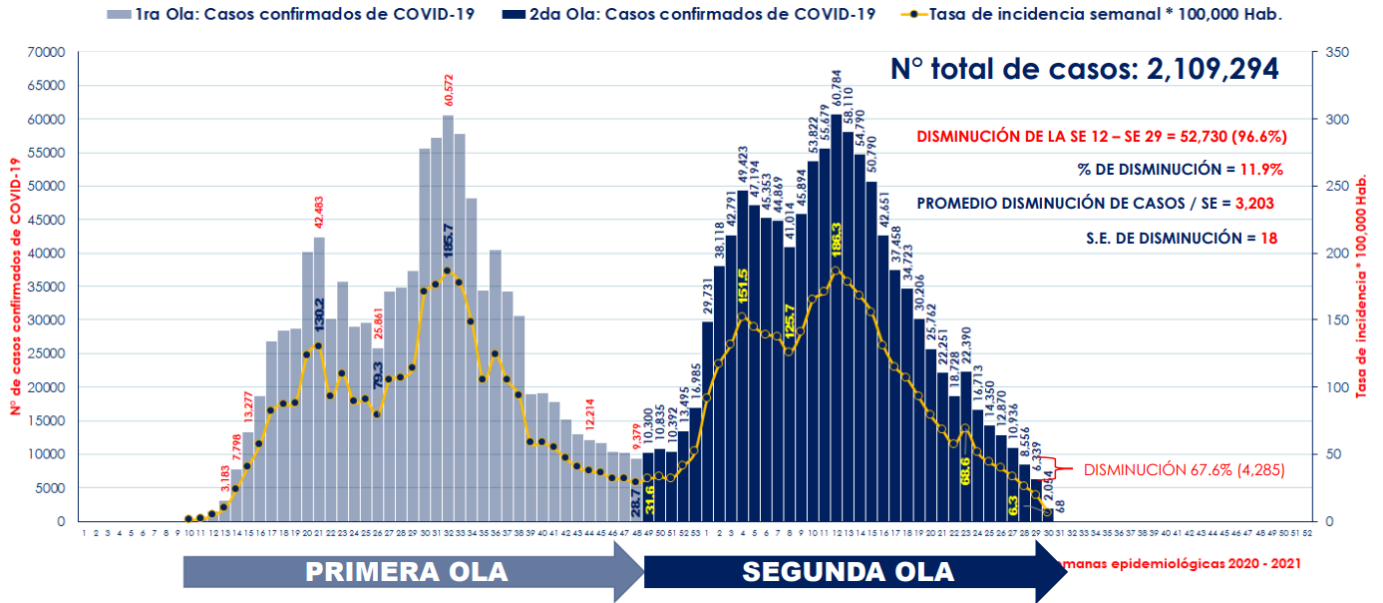
El 11 de marzo del 2020 el director de la Organización Mundial de la Salud declaró a la enfermedad coronavirus como pandemia, por los altos niveles de propagación y muertes. Desde ese momento se diseñaron diversas estrategias en cada país. Los medios de comunicación mostraban las capacidades insuficientes de los centros hospitalarios que rápidamente iban albergando pacientes con complicaciones.

En el ámbito nacional, según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú (CDC), el primer caso en nuestro país se reportó el 5 de marzo de 2020 y se trataba de un ciudadano que retornada al país luego de haber realizado un viaje por algunos países de Europa. Mientras tanto, el Gobierno declaró en emergencia sanitaria e indicó una serie de medidas para enfrentar la pandemia, que de manera progresiva fueron modificándose según se avanzaba con la información y reportes diarios de casos y muertes por COVID-19 (Gutiérrez-Tudela, 2021).

En ese momento, a pesar de los esfuerzos a nivel del sector salud, se apreció un desborde en la atención ambulatoria y hospitalaria de casos de COVID-19, tanto en la primera y segunda ola, con un incremento de muertes donde la necesidad de servicios de unidad de cuidados intensivos (UCI) y UCIN era alta. (Figuras 1 y 2).

#### **Figura N° 1**

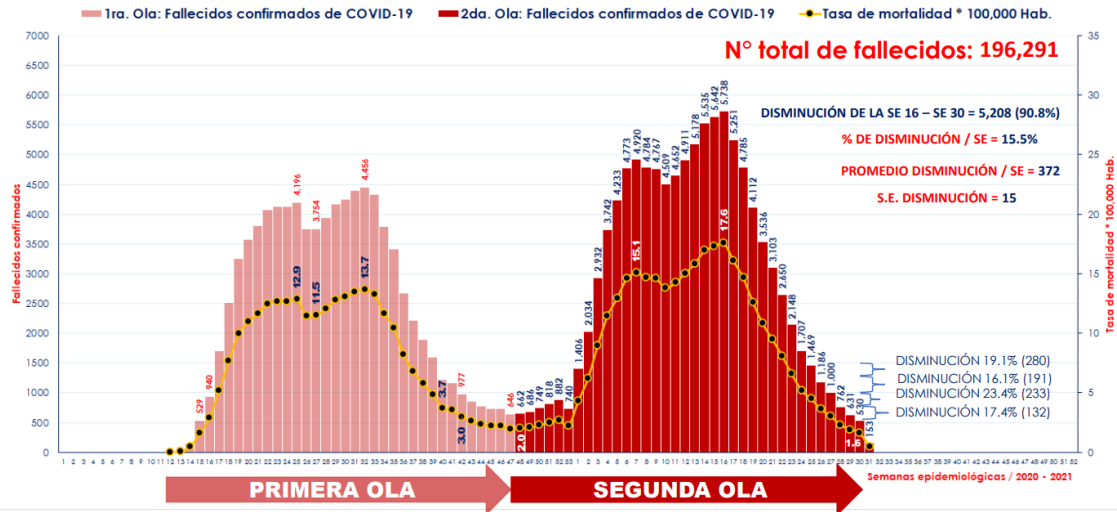
## Casos confirmados y tasa de incidencia COVID-19. Perú. 2020 – 2021



*Nota:* El gráfico refleja la cantidad de casos en la primera ola, el primer pico fue en la semana 21 (mayo 2020) y un pico repunte alto en la semana 31 (mes de agosto 2020), en la segunda ola en la semana 12 (marzo 2021) se presentó la mayor cantidad de casos. Tomado de: Ministerio de Salud (Minsa, 2021)

**Figura N° 2**

*Fallecidos confirmados y tasa de mortalidad del COVID-19*



*Nota:* El gráfico refleja que entre la primera y segunda ola hubo un total de 196 291 fallecidos, por encima de la tasa de letalidad producido por la infección por el COVID 19. Tomado de: Ministerio de Salud (Minsa, 2021).

### 2.1.2 Atención al paciente en cuidados críticos COVID-19

El área de atención crítica abarca principalmente a las unidades de cuidados intermedios e intensivos (Minsa, 2020) y se encargan de brindar soporte vital activo y permanente. La unidad de cuidados intermedios (UCIN) y la unidad de cuidados intensivo (UCI) requieren atención de medicina intensiva según las situaciones de estabilidad e inestabilidad crítica del paciente (Minsa, 2005).

#### A. Respuesta sanitaria ante la pandemia – UCI

Principalmente en la primera ola, y luego en la segunda, se observó el elevado número de casos COVID que fueron diagnosticados mediante tamizaje con pruebas rápidas y pruebas moleculares. Se mostró un alto porcentaje de pacientes con complicaciones que requerían hospitalización y otros debían ser trasladados a unidades de cuidados críticos e intensivos. A pesar de esfuerzos desplegados en el gasto público para la provisión de

recursos humanos, la adquisición de insumos médicos, equipos e infraestructura; estos fueron insuficientes y fue difícil enfrentar el colapso de los servicios de salud.

Sobre la disponibilidad de los principales insumos para enfrentar la pandemia estuvieron principalmente las camas UCI y UCIN, camas hospitalarias y ventiladores, por una alta brecha que no pudo cubrir las necesidades en ese momento.

Las camas UCI disponibles fueron 11,4% (164 camas UCI de 1437 totales) y de 4,5% (127 de 2804 camas). Las camas UCIN disponibles en la primera ola fueron de 19,6% (102 de 520 camas) y 25,1% (228 camas de un total de 905). Respecto a los ventiladores, 13,4% (190 de 1411 ventiladores) y 8,03% (223 de 2774) en la primera y segunda ola respectivamente. Además, se muestra que las camas de la unidad de cuidados intermedios (UCIN) muestran una reducción en la ocupación después de mayo de 2021, que siguió el mismo patrón con las necesidades de la UCI. (Tabla N° 1 y Tabla N° 2).

**Tabla N° 1**

*Capacidad instalada en zona diferenciada para enfrentar la pandemia del coronavirus (camas UCI, ventiladores, camas UCIN y camas hospitalización) – primera ola al 30 de junio de 2020*

IPRESS (333) en zona diferenciada	Camas UCI	Ventiladores	Camas UCIN	Camas hospitalización
Oferta Total	1437	1411	520	14230
Oferta disponible	164	190	102	3932
Oferta en Uso	1273	1221	418	10298

*Nota:* Tomado del portal de la Superintendencia de Salud (Susalud).

**Tabla N° 2**

*Capacidad instalada en zona diferenciada para enfrentar la pandemia del coronavirus (camas UCI, ventiladores, camas UCIN y camas hospitalización) – segunda ola al 30 de mayo de 2021*

IPRESS (363) en zona diferenciada	Camas UCI	Ventiladores	Camas UCIN	Camas hospitalización
Oferta Total	2804	2774	905	19435
Oferta disponible	127	223	228	8456
Oferta en Uso	2677	565	677	10979

*Nota:* Tomado del portal de la Superintendencia de Salud (Susalud)

Entre las posibles causas del elevado número de casos en el Perú se tienen las de origen estructural y coyuntural (Concytec, 2021). Son estructurales el limitado gasto en salud, adquisiciones sobrevaloradas, desigualdades sociales; y coyunturales, los medios de comunicación, factor emocional, academia, servicios privados.

## **B. Acciones sanitarias desde la normativa**

Si bien desde el Gobierno se decretó una serie de medidas generales para contener el avance del contagio, como el aislamiento, control de aforo, toque de queda y otras restricciones sociales; ello se complementó con las acciones que desde el Ministerio de Salud se elaboraron e implementaron para la atención de pacientes con COVID-19, desde el diagnóstico, tratamiento ambulatorio y hospitalario según la gravedad hasta la atención post-COVID. Estos procedimientos fueron actualizándose según se iba conociendo más de la enfermedad. Asimismo, se logró difundir masivamente las medidas preventivas para controlar la pandemia, entre las cuales estaban el uso de mascarillas, distanciamiento físico y lavado de manos.

En lo que respecta a los protocolos de atención y su actualización, estos tuvieron como referencia la información y sustento de los resultados de otros países, así como

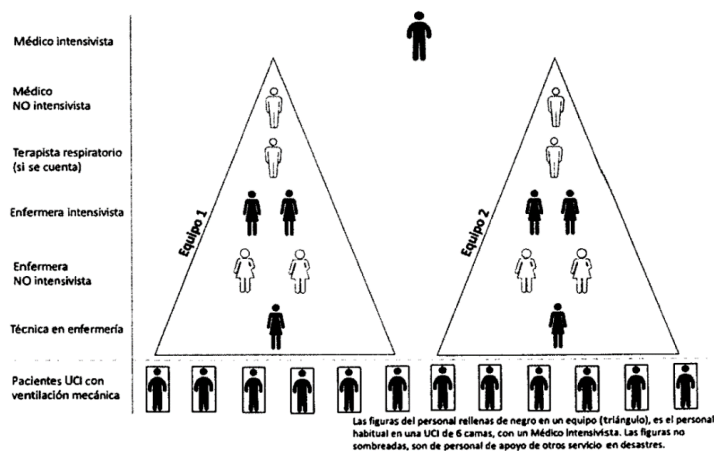


evidencias que permitieron el uso y no uso de ciertos fármacos. En el caso de la atención intrahospitalaria, tal es el caso de los pacientes con enfermedad moderada y severa, también hubo cambios en el tratamiento (Minsa, 2021).

Los procedimientos en las unidades de cuidados intensivos se fueron actualizando y adecuando según cada establecimiento hospitalario. El Ministerio de Salud estableció la distribución del equipo multidisciplinario para la atención y manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica. En lo que correspondía al periodo de la primera y segunda ola, determinaban procedimientos y tratamiento según la severidad del paciente, y contar con un equipo multidisciplinario con profesionales con experiencia y con un protocolo de tratamiento con una descripción general, no se visualizaban los criterios de decisiones UCI. (Figura N° 3)

### Figura N° 3

*Equipo multidisciplinario en UCI para la atención en situaciones de emergencias y desastres*



*Nota:* Tomado del documento “Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica” (Minsa, 2020) y su modificatoria en el 2022.

Una de las limitaciones sobre el uso de protocolos de manejo en la atención UCI es que es muy escueto y se actualiza luego de dos años, pero no se aprecian protocolos específicos para estos servicios.

### **C. Cuidados esenciales del paciente crítico y cuidados paliativos**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como cuidados paliativos a la atención que recibe el paciente crítico como una forma de mejorar la calidad de vida; incluye a la familia y considera el alivio de sufrimiento identificando oportunamente problemas de salud física, psicológico y espiritual.

En el proceso de atención de pacientes en estado crítico por COVID-19 resulta necesario aproximar la atención al cuidado paliativo, el cual no solo favorece mejorar la calidad de vida en aquellos con mal pronóstico sino, además, ayudar a que puedan recuperarse. Es necesario el compromiso del médico para que considere estos cuidados, y de la enfermera como recurso humano competente en el cuidado en las unidades de cuidado crítico.

Si bien la pandemia ha ocasionado un alejamiento con la familia por las restricciones sanitarias que se fueron implementando, a pesar de ello, el componente humano y emocional constituye una necesidad para el paciente que limita el sufrimiento y que influye en los resultados del tratamiento de pacientes críticos.

Sobre el modelo de atención al final de la vida (Loncan et al., 2007), se debe orientar a una atención con dignidad que define acciones, para tener en cuenta algunas consideraciones prácticas de calidad en la atención: buen tratamiento sintomático, conocer cómo percibe el paciente su enfermedad y qué siente como amenazas subjetivas, establecer un pacto terapéutico basado en la confianza y respeto, facilitar las relaciones afectivas y

dar soporte al entorno afectivo y atender a la expresión de sentimientos sobre el sentido de la vida. Olívia Lopes, en *Reflexiones de profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos*, refiere que el entorno confortable no está separado del lado espiritual, más bien forma parte de la necesidad del paciente.

#### **D. Abordaje de la muerte hospitalaria COVID-19**

Para la Real Academia de la Lengua Española la muerte es la “cesación o término de la vida”, sin embargo, su implicancia desborda cualquier definición; ello implica analizar las consecuencias que trae en otras dimensiones de análisis como desde el punto de vista médico, psicológico y antropológico (Gosetti-Ferencei, 2017).

Usualmente en las áreas de cuidado crítico, especialmente las unidades de cuidados intensivos, se encuentran pacientes complicados y críticos, es de esperar en mayor porcentaje un desenlace final o fallecimiento por la gravedad de salud. Asimismo, muchas veces se ve deteriorado ese estado de salud por las complicaciones como consecuencias de infecciones intrahospitalarias que son más agresivas y conllevan principalmente a sepsis. Los cuidados paliativos deberían ser parte intrínseca en la atención de los pacientes en UCI (Takao Kaneko-Wada et al., 2015)

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) en el 2022, luego de un análisis en base a estudios de pacientes graves en un hospital, identificó los diversos problemas que acarrea en términos de comunicación, toma de decisiones, evitar el sufrimiento, el tratamiento de soporte vital, las necesidades de asistencia ante la muerte y la participación de los agentes relacionados en este proceso como son la familia, el personal de salud. Por ejemplo, en relación a los conflictos que ocurren sobre la atención de pacientes en UCI, se identificó con mayor importancia los

siguientes problemas éticos: a) desacuerdo sobre decisiones terapéuticas entre paciente y familia con los clínicos, b) sobre la omisión y retirada del tratamiento de soporte vital, y c) con las decisiones de representación.

### **E. Recomendaciones éticas para la atención en pacientes críticos COVID-19**

La atención del paciente en estado crítico en época de pandemia no solamente debe limitarse a las condiciones de edad, sino principalmente a quienes luego de hacer uso de la atención en UCI (cama, ventilador, entre otros) garantice en mayor o menor grado su mejoría (Romeo, 2020).

La Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias refiere recomendaciones dentro del modelo de cuatro prioridades clásico de la UCI, que considera según grado de estabilidad o crítico del estado del paciente. Este modelo sirve de referencia para el desarrollo de protocolos de atención en UCI que fueron utilizados durante la pandemia del COVID-19. (Tabla N° 3)

#### **Tabla N° 3**

*Modelo de cuatro categorías de priorización y propuesta de ubicación según las características del paciente y la situación actual.*

Pacientes con Prioridad 1	Pacientes con Prioridad 2	Pacientes con Prioridad 3	Pacientes con Prioridad 4
Serán pacientes críticos e inestables que necesitan monitorización y tratamiento intensivo que no puede ser	Aquellos que precisan monitorización intensiva y pueden necesitar intervenciones inmediatas. No ventilación mecánica	Se trata de pacientes críticos pero que tienen pocas posibilidades de recuperarse a causa de su enfermedad de base o de la aguda. Pueden recibir tratamiento intensivo para aliviar su enfermedad aguda, pero también establecerse límites terapéuticos, como por ejemplo no	Pacientes cuyo ingreso no está generalmente indicado porque el beneficio sería mínimo o improbable por enfermedad de bajo riesgo.

proporcionado fuera de la UCI (ventilación mecánica invasiva, depuración renal continua...).	asistida. Oxigenoterapia de alto flujo o VMNI por PAO2/FIO2 <200 o <300 con fracaso de otro órgano.	intubar y/o no intentar Reanimación Cardiopulmonar	Pacientes cuya enfermedad terminal e irreversible hace la muerte.
Ingreso en UCI	Ingreso en Cuidados Intermedios/Se-micríticos	No ingreso UCI	

*Nota:* Los pacientes que acceden a las áreas de cuidados críticos UCI/UCIN son quienes se catalogan como prioridad 1 y 2. Adaptado de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (2020).

Existen recomendaciones generales a tener en cuenta en la toma de decisiones en la asignación de recursos limitados, prima el beneficio para el paciente, aplicando la justicia para el uso de los recursos necesario y determinar criterios para su asignación. También en caso se requiera se aplicarán los cuidados paliativos. Evitar el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”. Evaluar las condiciones del grupo etario, considerar el consentimiento informado y coordinar con el comité de ética de la institución (Rubio et al., 2020).

Asimismo, las decisiones que deben considerarse para la atención de un paciente COVID hacia el área de UCI requieren que sea tomado en cuenta el uso de guías o protocolos que permitan al personal determinar los criterios de selección ante las limitaciones de recursos tanto de camas UCI y áreas UCI implementadas “(...) sustentadas

en el valor de la dignidad de la persona humana y principios sustanciales como la solidaridad, la justicia y la equidad”. (Maglio et al., 2020).

Para Sánchez (2020) de la Universidad de Chile, refiere que es importante en un contexto de pandemia cuando los recursos son escasos, pero que el acceso debería ser igual en todos los pacientes, decidir según la condición del paciente, pero también contar con una segunda opinión de especialistas médicos y del comité de ética del nivel hospitalario. En caso de enfermedades muy graves tener en cuenta la muerte digna (paliativo, apoyo sociológico y espiritual, y con familia).

Para Beca (2011)<sup>2</sup> para atender a un paciente en estado crítico se requieren decisiones producto de análisis con fundamentos y métodos para decidir y tomar en cuenta tanto en el aspecto biológico y en lo ético. Corresponde no solamente al comité de ética de cada entidad, sino a todos los profesionales de la salud. Ello define entonces decisiones en el tratamiento y en el apoyo al enfermo y familia (ver Tabla N° 4).

**Tabla N° 4**

*Tipo de decisiones ante enfermos críticos o terminales.*

Decisiones de limitación de tratamientos	Decisiones de apoyo al enfermo y su familia
Órdenes de no reanimar	Analgesia y sedación
No realizar más procedimientos diagnósticos	Sedación en la agonía
No más exámenes de laboratorio	Acompañamiento - Apoyo psicológico
Abstención de nuevos tratamientos	Apoyo espiritual
Suspensión de apoyo vasoactivos, antibióticos, etc.	Guía a subrogantes (familiares) y cuidadores
Suspensión de diálisis	Apoyo a la familia para el duelo

<sup>2</sup> Profesor Titular. Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo. Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011

---

Retiro de ventilación mecánica

Suspensión de nutrición artificial

---

*Nota:* Existen decisiones que limitan al tratamiento y otras que permiten el apoyo al paciente. Se van complementando y hacen sinergia.

Para la toma de decisiones en el contexto de pandemia por COVID-19, el Ministerio de Salud (Minsa) ha diseñado algunas consideraciones éticas en la cual el derecho a la salud de los pacientes debe estar garantizada en las mismas condiciones de atención con calidad y que implica la responsabilidad de parte de las autoridades, sobre la base de las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

### **2.1.3 Aproximaciones bioéticas para la reflexión**

#### **A. Bioética utilitarista**

Bentham, (1748-1832) el padre del utilitarismo, en su obra *Los principios de la moral y la legislación* menciona que “la naturaleza ha puesto a la humanidad bajo el gobierno de dos amos soberanos: el dolor y el placer. Sólo ellos nos indican lo que debemos hacer, así como determinan lo que haremos”, y considera que se debe tener en cuenta para lograr la felicidad que el interés de la comunidad es la suma de los intereses individuales, y que si es algo bueno o no eso va depender de lo que es mejor para la mayoría. (Rivera-Sotelo, 2011). Tuvo la influencia de Hutcheson (1694-1746), Hume (1711-1776) y Priestley (1733-1804), quienes habían planteado abordajes y aproximaciones en cuanto al mayor número de beneficiarios refiriéndose a temas como lo moral, la justicia o los ciudadanos. Para esta corriente es importante poder medir el grado de felicidad y consecuencias de las acciones entre la mayor cantidad de personas

que mediante sus acciones obtiene la mayor felicidad posible (aritmética de los placeres).

De igual forma, para Stuart Mill (1806-1873) todo va en función a las consecuencias que se tendrá mediante un planteamiento colectivo. La diferencia está en que el placer se relaciona más con lo idealista y la libertad, educación y dignidad en el pleno uso de la consciencia del individuo. Lo menciona en su obra “Utilitarismo” (1863), donde define que “por felicidad se entiende el placer y la ausencia de dolor; por infelicidad al dolor y la privación del placer”.

## **B. Bioética – Pragmatismo**

El pragmatismo se origina a finales del siglo XIX en Estados Unidos y tiene a Charles Sander Pierce como fundador y otros dos filósofos como William James (1842-1910) y John Dewey quienes contribuyeron a su difusión. Sostienen que la verdad se obtiene en función a su utilidad práctica. Ya Charles Sanders Peirce menciona como máxima pragmática: “Considera los efectos prácticos de los objetos de tu concepción. Luego, tu concepción de esos efectos es la totalidad de tu concepción del objeto”. Sin embargo, fue William James quien profundizó como procedimiento para el análisis de los problemas filosóficos.

El pragmatismo constituye un método del cual se busca general el conocimiento analizando las consecuencias y teniendo como base no solo la teoría sino a través de la experiencia. Según Rodríguez (1990) menciona que para James:

La verdad acontece a una idea. La idea llega a ser cierta, se hace cierta por los acontecimientos. La verdad es un proceso, un suceso.  
Esta es la explicación exacta de la afirmación pragmatista de que la



verdad de una idea es su verificación, el proceso concreto de su validación (p. 93).

### **C. Bioética personalista**

Se considera a Emmanuel Mounier como el padre del personalismo y a santo Tomás de Aquino, Elio Sgreccia, Karol Wojtyla y Juan Manuel Burgos como sus representantes. Kant fue uno de los precursores influyentes del personalismo por dar valor a la persona en sus escritos y establece el imperativo categórico que describe leyes morales universales a favor de la persona; pero Mounier (1905- 1950) aborda con mayor intensidad en un momento en el cual el mundo estaba viviendo situaciones de conflicto y declive social donde imperaban posiciones fascistas y quiebre de valoración al ser humano, y coloca al ser humano como la máxima expresión y centro de todo. La razón ha trabajado en cordial sintonía con la fe cristiana y se enfoca básicamente en la persona.

No tiene otra finalidad que la de promover el bien íntegro de la persona humana, vértice de lo creado, eje y centro de la vida social. (García, 2013).

Así mismo,

La corriente personalista sitúa a la persona humana como centro de su interés, a la vez que constituye el respeto de su dignidad e integridad, como límite infranqueable de cualquier actividad biotecnocientífica (Berti, 2015).

Elio Sgreccia (1996) quien define el concepto de *persona*, establece que los principios de la bioética personalista son cuatro:

**a) Principio de defensa de la vida física**, el cual alude a que la vida física tiene valor fundamental y se encuentra en un cuerpo al cual debemos cuidar, y que la persona no existe sin un cuerpo. Asimismo, siendo la libertad una característica del individuo, esta capacidad de ser libres existe con la vida física.

**b) El principio de totalidad**, el cual hace referencia a que la vida constituye un todo y si una de sus partes es parte del todo en sus dimensiones de la dualidad siendo inseparables entre lo corporal y el alma. Por lo tanto, si la necesidad obliga a realizar un procedimiento en una parte del cuerpo esto se justifica porque tendría un beneficio en el todo, que por ende sería salvarle la vida.

**c) El principio de libertad y responsabilidad**, por el cual corresponde al personal de salud mantener una relación recíproca entre la libertad y responsabilidad. En tanto al paciente le corresponde tener la libertad de decidir y ser responsable de sus actos. Aquí se da la objeción de conciencia que consiste en que el médico puede negarse a realizar un procedimiento que lo determina a vulnerar la vida de la persona. No hay libertad sin responsabilidad y no hay responsabilidad sin libertad.

**d) El principio de la sociabilidad y subsidiariedad**, en este caso se propicia la participación del bien social y el apoyo de la sociedad, y los beneficios que sean respetados por la sociedad y el individuo. En este punto se trae consigo la ayuda a los demás y permitir que sean ayudados.

#### **D. Bioética principialista**

Surge como una propuesta trabajada entre varios filósofos, entre ellos Tom L. Beauchamp, profesor del Kennedy Institute of Ethics y colaborador en la confección del Informe Belmont (1978) y en el libro *Principles of biomedical*

*ethics*, conjuntamente con James F. Childress quedó establecida la fundamentación (1979).

Según García (2013) y Vera (2015), este enfoque habla de cuatro principios que se consideran el enfoque de análisis del accionar:

**Beneficencia:** Se debe actuar buscando el bien del paciente. Las obligaciones de beneficencia son de gestión privada. Implica procurar los mejores intereses para el paciente, hacer el bien y prevenir el mal innecesario, curar la enfermedad y evitar el daño cuando haya esperanza razonable de recuperación.

**No maleficencia:** No se puede obrar con intención de dañar ("primum non nocere"). Viene a expresar que solo se debe tratar con aquello que esté indicado y que proporcione un beneficio científicamente probado. Es utilizada por el personal de salud en su toma de decisiones (limitación del esfuerzo terapéutico). Nunca se puede indicar procedimientos de maleficencia o que están contraindicados, y no se pueden indicar procedimientos contraindicados ni con el consentimiento del paciente. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio, y no causarán daño físico ni psíquico.

**Justicia:** Equidad en las prestaciones asistenciales. En las unidades de cuidados intensivos (UCI), se traduce en que todos los pacientes críticos deben gozar de las mismas oportunidades y en que se debe tratar de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social. Los esfuerzos terapéuticos se pueden limitar no solo porque el paciente los rechaza o porque están

contraindicados, sino también porque son escasos y hay que racionarlos, aunque el paciente no quiera y no estén contraindicados.

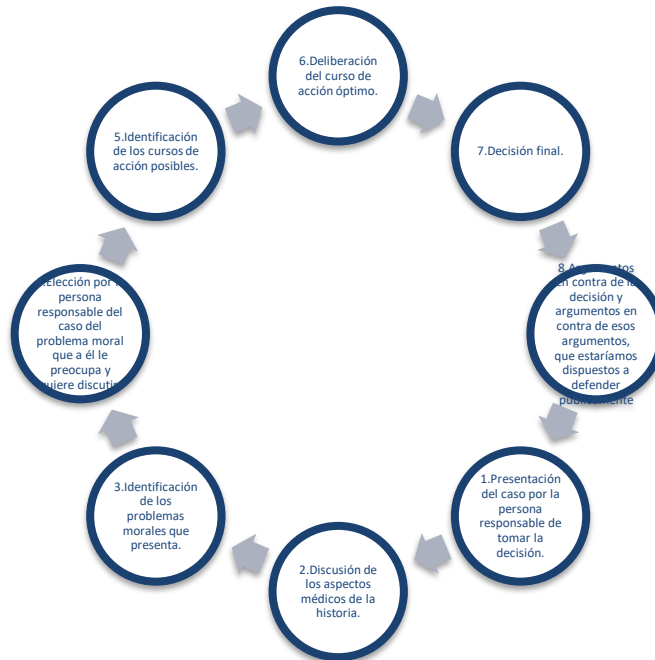
**Autonomía:** Libertad de elegir, capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinado hecho y poder asumir la responsabilidad de sus propios actos. Toda persona competente es autónoma en sus decisiones. Refleja el derecho del paciente crítico competente a aceptar o rechazar un tratamiento, a elegir entre las alternativas terapéuticas o, en caso de incapacidad, a ser representado por un subrogado o a ser tutelado judicialmente. Beauchamp y Childress nos dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma: di la verdad, respetar privacidad y consentimiento. (Siurana, 2010)

#### **2.1.4 Toma de decisiones ante situaciones de salud: deliberación y toma de decisiones**

Diego Gracia menciona que la toma de decisiones para la acción médica es un acto empírico y reflexivo. Ello implica un análisis detallado y no una acción “al ojo” o por costumbre, sin dejar pasar los aspectos éticos. El proceso de deliberación de casos bajo un análisis bioético lo determina la figura N° 4.

## Figura N° 4

### Proceso de deliberación de casos



*Nota:* Tomado de: Deliberación moral: el método de la ética clínica por Gracia D. (2020)

## Capítulo III: Metodología

### 3.1 Tipo de estudio y diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue realizado bajo el enfoque cualitativo porque se analizan las percepciones del personal de salud sobre un determinado acontecimiento, en este caso la atención en pacientes con COVID-19 de áreas críticas como las unidades de cuidados intermedio e intensivo, y para este tipo de generación de conocimientos implica el mencionado enfoque ya que “(...) indagan en situaciones naturales intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos de significado que las personas les otorgan” (Vasilachis, 2006). Asimismo, tienen como marco de referencia y método a la fenomenología porque explora, describe y analiza (o comprende) el fenómeno identificado en este caso como la atención del paciente COVID en áreas críticas (Hernández, Fernández, & Baptista, (Hernández et al., 2014).

### 3.2 Informantes claves

La selección de los informantes claves (o muestra) fue de manera intencional con personal de salud que laborara en las áreas de cuidados críticos de hospitales nacionales de los gobiernos regionales y de EsSalud.

### 3.3 Criterios de inclusión y exclusión

#### 3.3.1 Criterios de inclusión

- Personal de enfermería que laboró durante la primera ola de la pandemia por el COVID-19 en áreas de cuidado crítico (UCI y UCIN) de hospitales.
- Con más de un año de experiencia en el área

#### 3.3.2 Criterios de exclusión

- Personal de enfermería que laboró menos de un año en el área.

### 3.4 Definición operacional e identificación de variables

#### Experiencia (RAE, 2023)

Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.

Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo.

### **Unidad de cuidados intensivos (UCI)**

Es un área de una institución hospitalaria que atiende a pacientes con problemas de salud altamente mortales y que necesitan monitoreo, tratamiento y soporte para las funciones vitales (Medline, 2022).

### **Unidad de cuidados intermedios (UCIM)**

Es un área hospitalaria que brinda cuidados asistenciales con nivel inferior a las unidades de cuidados intensivos (UCI), pero muy superior a las áreas de hospitalización. (Heras et al., 2007).

#### **3.5 Descripción del contexto**

Los informantes claves laboran en los servicios de cuidados intermedio e intensivos donde se encuentran pacientes que requieren una atención especializada por la complejidad de su situación de salud por causa del COVID-19, y quienes trabajaron durante la primera y segunda ola, momentos donde la situación de la pandemia fue crítica.

#### **3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista semiestructurada (Díaz-Bravo et al., 2013)<sup>3</sup> y el instrumento fue la guía de entrevista que contenía dos partes, una de datos generales de la entrevistada y la segunda parte en la que se encontraban seis preguntas relacionadas a la atención de los pacientes COVID-19.

---

<sup>3</sup> Entrevistas semiestructuradas: presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

Se abordó desde su percepción cómo fueron sus experiencias, qué emociones sintieron, qué reflexiones obtuvieron, el cuidado ante la cura o el fallecimiento, qué tanto se aplicaron los principios bioéticos y la toma de decisiones (ver anexo 1).

### **3.7 Plan de recolección de datos e instrumentos**

Para la identificación de los informantes claves se recurrió a profesionales de la salud cercanos que pudieran dar una referencia y poder contactar. Se identificó a personal de salud (enfermeras) de hospitales de Lima y el interior del país que laboraran en las áreas de cuidados críticos.

Fue un poco complicado ubicar con facilidad ya que muchos de los profesionales de UCI se encuentran trabajando en dos lugares y por ello su disponibilidad era limitada. Inclusive algunos no llegaron a responder el comunicado para acceder a la entrevista.

La entrevista fue virtual. Con las personas que accedieron en promedio se utilizó 40 minutos, previamente se envió el enlace en la cita prevista e inclusive días antes se envió la guía de entrevista. En cada entrevista se inició con un preámbulo donde se explicaba el objetivo de la investigación.

Posteriormente cada participante se presentó y mencionó sus datos como nombre, lugar y tiempo de trabajo, además de precisar la aceptación a la entrevista.

### **3.8 Plan de análisis e interpretación de la información**

Se ha considerado el análisis de contenido sobre las respuestas del personal de salud en función a lo vivenciado durante la primera ola de la pandemia por el COVID y las acciones realizadas, analizadas desde los principios bioéticos.

Para el análisis de la información (Hernández et al., 2014) se consideró los pasos donde se revisó y leyó las respuestas de cada entrevistada, luego la identificación de los aspectos y respuestas principales de cada pregunta. Esos puntos principales se convirtieron en las



categorías agrupándolos y se precisaron los temas según la categoría, para luego integrar la información que permitirá la interpretación y discusión.

De una manera esquemática el proceso de análisis comprendió tres fases principales: a) análisis descriptivo, b) análisis estructural, y c) análisis interpretativo. (Hernández et al., 2014).

### **3.8.1 Análisis inicial o descriptivo**

Se procedió al ordenamiento de las transcripciones de cada respuesta para conocer los aspectos generales de las percepciones de cada entrevistado respecto a sus experiencias en la atención del paciente COVID-19. Ello permitió situarnos en el contexto. Se identificaron las respuestas que tienen relación con cada pregunta y se identificaron los principales contenidos e ideas.

### **3.8.2 Análisis estructural (cómo esa respuesta se clasificó en función a códigos, agrupando ideas)**

En esta fase se procedió a un análisis de la información recabada por cada entrevistado para agrupar y clasificar en categorías sobre la base de temas que estaban relacionados entre sí.

### **3.8.3 Análisis interpretativo (qué significan esas respuestas para uno, qué quiere decir)**

Finalmente, se procedió a la interpretación y confrontación con la teoría. Se analizaron todas las dimensiones que implican la experiencia vivida y consideró los principios bioéticos (de ambos, tanto principialista como personalista).

## **3.9 Aspectos éticos**

Para la presente investigación se obtuvo información de manera directa a través de entrevistas; principalmente, virtual por el actual contexto. Estas serán realizadas previamente y de manera voluntaria, donde la confidencialidad estará garantizada, siendo anónima.

En ningún momento se influenció en las respuestas en beneficio personal de la investigadora o de la UCSS. Asimismo, se respetará la idiosincrasia o cualquier opinión proporcionada. El acceso a la información será procesado bajo el enfoque cualitativo y analizado en su conjunto.

Teniendo en cuenta que participaron diferentes instituciones de la localidad, se coordinó previamente con los informantes claves el desarrollo de la entrevista y la respuesta de aceptación para tal efecto. Se hizo uso del consentimiento informado (anexo 2).

## **Capítulo IV: Resultados**

En el capítulo anterior se describió el método empleado en la presente investigación, bajo cuyos lineamientos se recolectó la información requerida para los análisis pertinentes. A continuación, se presentan los resultados:

#### **4.1 Análisis inicial o descriptivo**

Entre la caracterización de las informantes claves se tiene del total (08) entrevistadas (100% de sexo femenino), el 12,5% menor de 40 años, 37,5% entre 40 a 50 años y 25% de 50 a más años. El 75% trabajaron en la UCI y el 25% en la UCIM. El 87,5% fueron especialistas en UCI y el 12,5% en centro quirúrgico. El 87,5% contaba con más de cinco años de experiencia. Asimismo, el 62,5% de EsSalud. El 37,5% de hospitales del interior del país. El 100% con título o estudios culminados de especialidad relacionado a cuidados críticos.

**4.1.1 Entrevistada 1.** Atención en la UCI con 35 años de labor en la institución. Especialista en cuidados intensivos. Labora en un hospital de cuarto nivel de EsSalud.

##### **a) Experiencias**

Refiere que ha tenido muchas experiencias durante el trabajo en la UCI atendiendo pacientes COVID y ver que día tras día morían los pacientes sin que pueda hacer mucho por ellos, sin poder estar cerca de su familia y no saber si retornarían o sin despedirse. Inicialmente, estas experiencias se matizaron de miedo, dolor, tristeza, angustia porque ese paciente las necesitaba (a enfermeras), pero también el poder contagiarse. Convivir con la muerte y no saber cómo decirle a la familia que no se logró salvar la vida.

Manifiesta que hubo improvisación de un momento a otro, donde acondicionaron las áreas de cuidados UCI con infraestructura y personal, sin las condiciones mínimas necesarias.

##### **b) Emociones posteriores**

Se convirtió en una persona con mayor sensibilidad tanto en el trabajo como fuera de él. Hubo depresión por tantas pérdidas, pero sabían que tenían que continuar porque los pacientes la necesitaban fuerte para afrontar esos momentos difíciles con pacientes y sabía que con depresión no se podía ayudar a nadie ni a ella misma.

**c) Reflexiones de la atención**

Refiere que la parte espiritual es fundamental porque Dios es único y eso es necesario hacerle entender al paciente, que a pesar que Dios tiene diferentes nombres es necesario entregarse a Él y eso permitirá estar en paz.

**d) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

En la curación es la lucha por sobrevivir, pero se cansaban. En la muerte la presencia de la familia era importante y la parte espiritual era necesaria.

Darle ánimo al paciente para que siga luchando ya que hay tratamientos invasivos y deterioran la salud, que confíe en el personal de salud y que luchara, pues los procedimientos eran invasivos y los pacientes se cansaban.

Refiere que el trabajo en la UCI es convivir con la muerte y la presencia de la familia es importante para la despedida, y no llegaban a hacerlo, solo el personal les decía que podían estar tranquilos e irse en paz; en muchos casos se les cogía de las manos. La parte espiritual es fundamental, y en ese momento se les decía que se acerquen a Dios y se pongan en paz.

**e) Aplicación de los principios bioéticos**

Refiere que ha habido situaciones que no permitieron aplicar estos principios porque, lamentablemente, la situación no daba para poder mantener todos esos principios de la bioética.

Sin embargo, lo que primó fue la beneficencia, por ende, la no maleficencia. La justicia, al inicio, sí; pero luego se complicaron las cosas por la falta de recursos. La autonomía se dio la oportunidad de explicarle, pero estuvo limitada.

**f) Toma de decisiones**

La decisión para la selección de pacientes fue por parte de los médicos, que daban oportunidades; pero si recaían ya no se podía hacer nada y se les dejaba. Si el paciente no puede decidir, salimos afuera y “familiar del paciente tal”, y dicen “aquí estoy”, venga usted, se le explica y el familiar firmaba la autorización.

**4.1.2 Entrevistada 2.** Enfermera especialista que labora en UCI de un hospital nacional de Arequipa, nivel III. Más de cinco años de servicio en la institución. Menciona que fue una experiencia súper complicada porque se enfrentan a una enfermedad nueva y le generó mucho miedo y temor, incluso para el mismo paciente a la hora de realizar procedimientos era muy complicado, era el temor sobre la seguridad. Se priorizaba para cama UCI a personas jóvenes y gestantes. Se consideró sobre todo el principio de beneficencia, pero no todos pudieron acceder a camas UCI.

**a) Experiencias**

Refiere que realmente fue una experiencia súper complicada y cree que todos estuvieron enfrentados a una enfermedad nueva, desconocida con una expectativa de mucho miedo y mucho temor. Luego, en la segunda ola se sintieron más seguros, ya acostumbrados a atender pacientes que venían fatal, pero queriendo vivir porque ellos venían con una saturación que en la vida habían visto.

**b) Sentimientos posteriores**

Refiere que se siente muy bien de haber afrontado una pandemia, le hizo fuerte con toda la experiencia vivida que no imaginó enfrentar y sintió con más estabilidad emocional.

**c) Reflexiones**

Indica que siente que se hizo más fuerte y ha aprendido a conocerse como profesional para poder brindar el cuidado respectivo y empatía (*el sentido del otro lado es que te sentías tan bien cuando el paciente...*). Vio conocidos, madres de compañeros de trabajo y han batallado con eso. Pero al ver pacientes que fallecían jóvenes y madres con hijos pequeños, a pesar de haber atendido, entraba la desesperanza y frustración porque se pierde una familia y todo lo que trae consigo, consecuencias en muchas familias, muchas personas, hijos, esposas, padres de familia, quizás niños huérfanos.

**d) Cuidados en la vida y muerte**

Refiere que al inicio no se permitía los ingresos de los familiares, después han ido ingresando solo un familiar con bioseguridad.

Los familiares querían despedirse, entonces se ponía en la situación de aquellos que no se podían despedir de su familiar hospitalizado y se tomaron algunas acciones para que puedan verlos por última vez. En alguna oportunidad se recurría al párroco (que antes de la pandemia acudía frecuentemente) y esta vez les apoyaba la parte espiritual a través de los santos óleos.

**e) Principios bioéticos**

Refiere que el principio de beneficencia de todas maneras existió con el apoyo de todo el personal para que sea lo mejor posible. Lo menos que se quería hacer era dañar al paciente.

El principio de justicia, a pesar de que es un derecho para todos tener una atención en unidades críticas, uno necesita cuando nuestra vida corre peligro, pero esta vez, lamentablemente, no todos han podido acceder a una cama UCI. Muchas personas han muerto porque no había cama UCI.

La autonomía, según la condición del paciente, en algunos casos se aplicó este principio y en otros no porque estaban con compromiso sensorial y ya no podían decidir sobre ellos. La hipoxia generaba que el compromiso de conciencia ya no esté funcionando bien, entonces quien tenía que tomar la decisión eran los familiares.

**f) Toma de proceso de decisiones**

El criterio para tomar una decisión era como prioridad principal a gestantes y jóvenes. Si tenía comorbilidad la probabilidad era baja para acceder a una cama UCI. Los médicos evaluaban según la evolución del paciente y lo que podrían necesitar tanto en tratamiento como en procedimiento.

**4.1.3 Entrevistado 3.** Enfermera especialista con más de 20 años de labor en la UCI de un hospital EsSalud de cuarto nivel en Lima. Refiere haber experimentado lo más triste durante la pandemia acompañado de frustración y estando los pacientes entubados no se podía conversar con ellos, pero a través del oído le dábamos aliento. El médico decide qué hacer con el paciente. Refiere que no existe enfermero intensivista que no considere los principios bioéticos.

**a) Experiencias**

Refiere que fue lo más triste que haya podido experimentar en sus años de experiencia profesional como enfermera especialista en UCI. La mayor frustración del hecho de ser intensivista es que siempre ha concebido que es una profesión tan importante que muchas enfermeras no se dan cuenta de ello.

**b) Emociones posteriores**

Refiere al hecho de la frustración y por todo lo que hacemos, por la carga y no ver a colegas que hagan lo mismo, la frustración es que los pacientes se han contaminado y se han muerto.

**c) Reflexiones de la atención**

Refiere que la situación de la pandemia ha desnudado la capacidad de gestión que durante tantos años vivimos y experimentamos respecto a nuestro sistema sanitario de salud, ya que muchas personas han fallecido porque no hemos reunido el recurso humano suficiente para poder atender a esos pacientes y esos pacientes pudieron haber sido tu familia y seres queridos.

**d) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

El sentido del oído es el único órgano que no se sabe si todavía se anula por completo. Le susurraba al oído, le agarraba de la mano y si le escucha o no. Están muy acostumbrados de manejar estos pacientes dormidos, pero nuestro esfuerzo diario y denodado es justamente verlos despiertos.

**e) Aplicación de los principios bioéticos**

No existe enfermero intensivista ni médico intensivista que no adopte estos principios.

No sabes la empatía que tiene cada una de estas personas y estoy segura que han sentido la misma frustración, el mismo miedo y han llorado conmigo en diferentes formas; esos sentimientos de solidaridad, esos sentimientos de empatía con el paciente, de autonomía con el paciente, tú no sabes todo lo que hacíamos.

**f) Toma de decisiones**



Fue muy vertical. Son decisiones que pasan por encima de las enfermeras e ignoraron las recomendaciones de las sociedades científicas. No solamente de Perú sino a nivel latinoamericano. Hay un estándar de trabajo, todo está protocolizado, que se adapte a la realidad.

**4.1.4 Entrevistado 4.** Enfermera especialista con once años de labor en el servicio de emergencia en el hospital nivel IV EsSalud en Lima. Trabajaba en UCIM en el momento de la pandemia.

Refiere que se acondicionaron ambientes para UCIM y que hubo una sobredemanda de pacientes. Y para derivar a las camas UCI se tuvo que decidir a personas de menos edad y sin comorbilidad. Al trabajar con pacientes ventilados externamente tenían miedo de contagiarse. Además, que siempre han trabajado con el principio de beneficencia, pero estaban desvinculados de la familia del paciente.

**a) Experiencias**

Mencionó que fue una gran experiencia porque a raíz de eso le permitieron también organizar todo lo que era el área COVID en los primeros meses y sabía lo que era el desenvolvimiento de la sobredemanda de pacientes.

**b) Sentimientos posteriores**

Menciona que, a pesar de haber dado lo más que se pudo, sintió esa sensación de impotencia cuando se pierde a alguien, a un paciente a quien se entrega lo máximo.

**c) Reflexiones**

Refiere que hubo profesionales con poca experiencia CAS COVID<sup>4</sup>, pero con poca experiencia ya que mandaron el *currículum vitae* y de ahí los llamaron; algunos eran

---

<sup>4</sup> Personal de salud contratado bajo una modalidad para la atención en pandemia del COVID.

recién egresados sin SERUMS y se les observaba, le encontramos que habían fallado o que no habían hecho; y eran pocas las personas que tenían apertura y se les podían enseñar.

**d) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

Reflexiona que estás completamente desvinculado del familiar, es más, solo tenían contacto por el teléfono, o sea ni siquiera el paciente, porque estaba completamente prohibido el ingreso familiar.

**e) Principios bioéticos**

Es bien complejo, con nosotros siempre se trabajó con el principio de beneficencia, no maleficencia, y han tratado de practicar la justicia y respetar la autonomía del paciente.

**f) Proceso de decisiones**

Conforme incrementaron los casos COVID había reglas internas que tenían que asumir en cuanto a la clasificación del paciente. Al inicio fueron pacientes hasta sesenta años; llegó un momento en que los pacientes tenían hasta 40 años, porque no había más camas UCI disponibles y la priorización era lo que valía y si tenía alguna comorbilidad, por lo que, lamentablemente, lo dejaban. Al inicio, solo con reservorio porque las cánulas de alto flujo solo llegaron para abril, o sea, mes y medio solo con ventilador o algún tipo de oxigenoterapia. No se les podían dar otra cosa y aparte el que manejaba oxigenoterapia no invasiva estaba propenso a contagio, porque en ese momento no teníamos el área como en este momento está diseñado.

**4.1.5 Entrevistado 5.** Enfermera especialista de 35 años de experiencia en hospital nivel IV EsSalud en Lima. Labora en UCI. Refiere que fue como un sueño y que de la noche a la mañana se tuvo que incorporar más ambientes, el personal nuevo no fue capacitado y el personal de enfermería y médicos no se abastecía para poder informar a la familia y hemos atendido con justicia cuando un paciente llegaba. Las decisiones para una cama UCI la tomaban los médicos en función a protocolos y a la edad, los jóvenes tenían prioridad.

**a) Experiencias**

Fue como un sueño, de la noche a la mañana teníamos pacientes en la UCI y tuvieron que incorporar un ambiente porque en la UCI estaba lleno, e implementar una nueva sala que no estaba acondicionada. Todos los protocolos tuvieron que cambiar, ya no hacían los protocolos de la UCI. Los médicos tampoco se abastecían para poder informar cuando la familia llamaba por teléfono.

**b) Emociones posteriores**

Era todo un algo nuevo enfrentarse a la pandemia COVID-19, y por ello decidió quedarse y continuar trabajando en el hospital.

Refiere que transpiraban cualquier cantidad, no podíamos hacer nada, pero la experiencia de la atención hizo valorar más la vida y a la familia, porque de pronto se venían los pacientes uno y otro.

**c) Reflexiones**

No refiere de manera explícita

**d) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

Ante la curación:

Muchos lograron salir y era una algarabía en el servicio, y era una alegría porque después de tanto esfuerzo mejoró el paciente.

Para ellos (los pacientes) el personal de UCI era su familia porque no veían a nadie, entonces les agarraron los pacientes un cariño y por eso se iban llorando la mayoría. Se despedían con lágrimas, les agarraban la mano y decían gracias.

Ante la muerte:

Cuando un paciente fallece había que llamar a la familia, que pasen a despedirse, o cuando fallecen que pasen pase la familia de uno a uno, se despidan y lloren, pero en esos momentos de la pandemia no se podía hacer eso. Fallecían y ya estaban en cola pacientes para ingresar a UCI; simplemente lo preparaban y colocaban el nombre en unas bolsas negras, colocamos el nombre con “liquid paper”<sup>5</sup> para que no se confundan y enviaban al mortuario. Luego, la familia estaba llamando, preguntando por sus pacientes y se tenía que decir que había fallecido.

Muchos de ellos no se les podía enseñar la cara y se les incineraba, de frente se iban al crematorio. Hacían sus trámites, de frente a cremarles, ahí se tenía contacto con la familia y decían, “¿señorita será mi paciente o será otro?”; y lo único tenía que decir: “señor, confíe en nosotros”.

Nunca había visto que en su turno fallezcan ocho o diez pacientes. Todos los protocolos tuvieron que cambiar, ya no se hacía los protocolos de la UCI, en cuanto un paciente fallece había que llamar a la familia, que pasen a despedirse o cuando fallecen que pasen la familia de uno a uno se despidan y lloren, pero en esos momentos, no.

---

<sup>5</sup> Borrador líquido de color blanco.

**e) Aplicación de los principios bioéticos**

Refiere que cuando llegaba el paciente a la UCI siempre lo han atendido con justicia, o sea lo justo para todos, toda la atención ha sido igual, no ha habido diferencia y eso sí se ha practicado en todo momento. Si a él le hago esto si le dirijo esto.

En cuanto a la beneficencia ahí siempre se luchó, nunca se dijo con este paciente ya no hago más porque se pensaba que no se recuperaría, se recuperaba; y con el que pensaba que se va recuperar, se moría. Entonces las cosas han sido contradictorias.

**f) Toma de decisiones**

Para la entrada a la UCI había protocolos que decidían eran los médicos, ahí enfermería nunca participó, ahí los médicos daban las oportunidades, veían si el paciente tenía mucho compromiso y por decir un paciente con 80 años con compromiso pulmonar 90% y había otro joven de 45 años con menor compromiso, y decían entre él y él, hay que dar la oportunidad al joven, y la prioridad era la gestante.

**4.1.6 Entrevistado 6.** Enfermera especialista en centro quirúrgico, con más de 5 años de labor y en ese momento trabajando en un hospital nacional de Arequipa en UCI. Refiere que hubo escasez de unidades en el momento álgido de la pandemia con pacientes complicados y alta estancia hospitalaria. Considera que la salud está en pésimas condiciones y las decisiones fueron tomando en cuenta los protocolos de atención.

**a) Experiencias**

Ha vivido la escasez de unidades en el momento más álgido de la pandemia. Los pacientes eran realmente complejos y con una estancia hospitalaria prolongada. Cuando fue el principio de la pandemia sí fue un choque psicológico anímico, era

bastante desgastante emocionalmente, luego la sensación de realización personal profesional de haber podido trascender y haber salido de esa situación

**b) Emociones posteriores**

No ha sido muy fructífera la comunicación porque el paciente está ventilado, entubado, es un paciente que no se comunica, que no nos manifiesta el sentir.

Como sector salud tenemos que reconocer y tratar la situación actual del sector salud, no es secreto que estamos en pésimas condiciones.

**c) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

Ha sido una experiencia traumática, sorprendente y frustrante; ver la fragilidad de la vida y la rapidez con que se iban o la lucha que tenían otras. Lamentablemente, en pandemia todo ha sido tan restringido que ha habido pacientes que a los familiares no los conocían, o si tienen hijos, porque muchas veces entra ventilado, sale fallecido y se lo lleva el personal de la funeraria. No se tenía contacto con la familia y algún conocido no se tiene contacto.

**d) Aplicación de los principios bioéticos**

De parte de enfermería se tuvo como base primero la beneficencia, la no maleficencia; la autonomía, por ser un área crítica, por ser paciente inconsciente, deja de poderse aplicar porque se da el consentimiento informado.

**e) Toma de decisiones**

En realidad, bastante criterio médico. Los médicos eran los que decidían que parámetros manejar, qué drogas o medicamentos usar.

**4.1.7 Entrevistado 7.** Enfermera egresada de la especialidad de UCI y laborando en el área UCIN de EsSalud Ilo. Llegaba el paciente para atención, pero ya estaba mal y a veces fallecía.

**a) Experiencias**

Ha podido vivir al inicio cuando la paciente venía por el inyectable y fallecía en tóxico, prácticamente se desplomada en la misma sala donde estaban todos los pacientes y fallecían.

**b) Emociones posteriores**

Hay sentimientos encontrados porque te sientes bien al recordar a pacientes que han luchado y salidos, y haz visto salir caminando con su familia y ahí te sientes bien.

**c) Reflexiones de la atención**

Hay muchas cosas familiares que se adentran, como es el apoyo familiar, porque no vienen a preguntar por ellos (los pacientes) y no se preocupan por ellos, y hay que estar acompañando.

**d) Cuidados en la curación y fallecimiento**

Fallece el paciente y nosotros nos encargábamos, con el personal técnico, de embolsar al paciente.

**e) Aplicación de los principios bioéticos**

En cuanto a los principios, el principio de beneficencia es lo que más abordó. La autonomía se aplicó cuando el paciente estaba despierto porque no puede tomar decisiones.

**f) Toma de decisiones**

En lo que es recursos viendo las cosas que nosotros tengamos, pues si vemos que un paciente no se complicaba solo por el COVID, sino por su complejidad, por ejemplo, el área de renal, se coordinaba para la consulta.

#### **4.1.8 Entrevistado 8**

##### **a) Experiencias**

Ver morir a familiares de colegas y amigos es una sensación fea que quizás nunca se piensa ver ni vivir esas experiencias.

##### **b) Emociones posteriores**

Hubo satisfacción en cuanto al paciente que salía de alta. Ese grado de satisfacción de haber podido ayudarlos y atenderlos en su mejoría; pero los pacientes que han fallecido muchas veces lloraron con el resto de enfermeras y con las familiares, tratando de dar el consuelo y la fortaleza para que continúen con su vida.

##### **c) Reflexiones**

Reflexión que en general todos debemos de tratar de vivir la vida en armonía, llevar una vida saludable, buena y vivir el día a día, no pensar mucho en el futuro. De la noche a la mañana nos apaga la luz y no hemos podido disfrutar, y no estar con nuestra familia. Tratar de disfrutar más la vida.

En un momento era una enfermedad desconocida, no sabíamos de ella. Ahora llega un paciente COVID y según el grado de complejidad ya sabe uno cómo actuar, pero en ese momento uno dice tal vez si hubiera hecho eso, o tal vez se hubiera salvado el paciente, o colocarle otro sistema de ventilador, o quizás una cánula de alto flujo. Hemos utilizado la máscara *snorkel* que se adaptó en su momento. Si hubieran sabido de la enfermedad, cree que más vidas de pudieron salvar.



**d) Cuidados en la curación y ante el fallecimiento**

Por decirlo a los 5 o 6 días que se inició la pandemia la entrevistada tuvo el primer paciente fallecido. Al inicio colocaban en las bolsas negras, entonces era un sentimiento tan feo que nunca se había sentido, fue denigrante colocarlo a una bolsa. Lo difícil que era movilizarlo y encima el miedo que de repente al voltearlo nos podíamos contagiar, eso pensábamos, eran pensamientos encontrados frustrantes.

Como satisfacción de haber podido ayudarlos era los pacientes que se curaban y la alegría de verlos, de reencontrarse con su familia.

Había pacientes que han salido de UCI directo a casa porque no había cama y lo llevábamos a la puerta, y se veía cómo su familia se reunía, y los esperaban con tanta alegría y algarabía incluyendo a familiares que hemos tenido en la unidad.

**e) Aplicación de los principios bioéticos**

Siempre hemos tratado de abordar el de beneficencia porque se ha querido hacer el bien, que se recupere y que salga bien de la unidad. También el principio de no maleficencia y de no discriminar a nadie que tengan la misma posibilidad. De autonomía también, porque a veces en UCI para entubar estábamos preparados todo el conjunto de trabajo para intubar porque la mayoría subía para intubar, el paciente decía que no quería intubarse y se ha respetado eso.

**f) Toma de decisiones**

Según el grado de complejidad llegaba el paciente a UCI, el médico dejaba las indicaciones.

#### 4.2 Análisis estructural

La información obtenida se sometió al análisis fenomenológico, de esta manera, se encontraron las siguientes categorías y temas que nos ayudaron a analizar los contenidos y agrupar las opiniones vertidas en categorías y temas, teniendo como resultado: Tabla N° 5

**Tabla N° 5**

*Identificación de categorías y temas*

Categoría	Tema	Denominación
C1: Atención de pacientes COVID	Tema 1	Situación de la enfermedad
	Tema 2	Estado emocional del personal de salud
	Tema 3	Situación del servicio de salud
C2: Emociones por el personal de salud después de la atención	Tema 1	Emociones positivas
	Tema 2	Emociones negativas
C3: Reflexiones sobre la atención casos críticos	Tema 1	Limitaciones en la capacidad instalada hospitalaria
	Tema 2	Importancia de la familia
	Tema 3	Necesidad del soporte espiritual y emocional
C4: Cuidados en la curación y ante el fallecimiento	Tema 1:	En la Curación
	Tema 2	En el fallecimiento
C5: Principios bioéticos aplicados en la atención del paciente	Tema 1	Los principios bioéticos más aplicados
	Tema 2	Los principios bioéticos menos aplicados
C6: Toma de decisiones	Tema 1	Acceso a cama UCI
	Tema 2	Terapéutica farmacológica y procedimientos

*Nota:* Se obtuvo seis categorías y catorce temas las cuales se detallan más detenidamente en este ítem.

4.2.1 **Categoría 1: Atención de pacientes COVID-19.** En cuanto al contexto de la pandemia, para el personal de salud le significó tres aspectos con el estado de los pacientes que atendió, su expectativa fue en cuanto a sus emociones que estuvieron asociados con las

experiencias en la atención de estos pacientes críticos y las condiciones del servicio de salud.

Tema 1	Situación de la enfermedad
Tema 2	Estado emocional del personal de salud
Tema 3	Situación del servicio de salud

**4.2.1.1 Tema 1: Situación de la enfermedad.** Enfermedad nueva, casos complicados, pacientes complejos. Ver morir amigos y familia. Soledad de pacientes. Entre la muerte y la salvación: Morían en tóxico. Convivir con la muerte.

*“...fue una experiencia súper complicada de manera personal y creo que todas en sí nos enfrentamos a una enfermedad nueva, desconocida, con una expectativa de mucho miedo y mucho temor”.* (Entrevistada 2)

*“Teníamos un triaje que se acumulaba a pesar que se venía por los toques de queda, recibíamos quinientas personas al día, ya era una sobredemanda de pacientes, nos tocaba alternar entre lo que era el paciente crítico y el triaje”.* (Entrevistada 4)

*“He podido vivir es al inicio cuando la paciente venia por el inyectable y fallecía en tóxico, prácticamente se desplomada en la misma sala, donde estaba todos los pacientes y fallecía”.* (Entrevistado 7)

*“Ver morir a familiares de colegas y amigos es una sensación fea que quizás nunca pensé ver ni vivir esas experiencias”.* (Entrevistada 8)

**4.2.1.2 Tema 2: Estado emocional del personal de salud.** Las entrevistadas refieren que vivieron una experiencia de sensaciones como miedo, temor y tristeza.

*“...experiencias desde un primer momento matizadas entre miedo, dolor, tristeza, angustia, miedo y angustia porque, a pesar que uno estaba consciente de que nuestro trabajo tenía que estar ahora con el paciente que nos necesitaba, había miedo de podernos contagiar, de llevar el COVID a casa”.* (Entrevistada 1)

*“Lo más triste que haya podido experimentar en mis más de 20 años de enfermera especialista en UCI”.* (Entrevistada 3)

**4.2.1.3 Tema 3: Situación del servicio de salud.** Aprender a organizarse adecuar ambiente UCIM/UCI. De la noche a la mañana pacientes en UCI. Improvisar infraestructura.

El personal refiere que experimentó la carencia de infraestructura y adecuación de los servicios críticos:

*“...se tuvieron que improvisar ucis de la noche a la mañana sin lo mínimo necesario para proteger al personal que trabajaba allí...”* (Entrevistado 1)

*“...la escasez de unidades en el momento más álgido de la pandemia. Los pacientes eran realmente complejos y con una estancia hospitalaria prolongada”.* (Entrevistada 6)

**4.2.2 Categoría 2: Emociones por el personal de salud después de la atención.** Se observaron dos temas en lo que corresponde a las emociones positivas, pero también experimentaron emociones negativas.

Tema 1	Emociones positivas
Tema 2	Emociones negativas

**4.2.2.1 Tema 1: Emociones positivas.** Expresaron que se sintieron bien, se hicieron fuertes, obtuvieron más experiencia. Estabilidad emocional. Valorar la familia. Realización profesional. Mayor sensibilidad.

*“Me convertí en una persona, mi sensibilidad se elevó al máximo...”*

(Entrevistada 1)

*“Nos hemos hecho fuertes, en mi vida yo pensé afrontar una pandemia, tengo ya la experiencia. Nos ha hecho fuerte de inicio en tener más estabilidad emocional”.* (Entrevistada 2)

*“...sensación de realización personal profesional de haber podido trascender y haber salido de esa situación”* (Entrevistada 6)

*“... cuando el paciente salía de alta, ese grado de satisfacción de haber podido ayudarlos y atenderlos en su mejoría”.* (Entrevistada 8)

**4.2.2.2 Tema 2: Emociones negativas.** Frustración (por la poca importancia que se le da a la enfermera intensivista). Impotencia. Desgaste emocional. Sentimientos encontrados (satisfacción/llanto).

*“Al hecho de la frustración y por todo lo que hacemos por la carga y no ver a colegas que hagan lo mismo, la frustración es que los pacientes se han contaminado y se han muerto”.* (Entrevistada 3)

*“Esa sensación de impotencia cuando se pierde a alguien. Cuando tú entregas lo máximo por el paciente, sí, de todas maneras se siente algo, un pesar”.* (Entrevistada 4)

*“Hay sentimientos encontrados porque te sientes bien al recordar a pacientes que han luchado y salido, y haz visto salir caminando con su familia. Ahí te sientes bien”.* (Entrevistada 7).

**4.2.3 Categoría 3: Reflexiones sobre la atención casos críticos.** Enfocaron sus reflexiones a aspectos de atención de los casos críticos, prevaleciendo la atención sanitaria, soporte emocional de profesionales y la familia.

Tema 1	Limitaciones en la capacidad instalada hospitalaria
Tema 2	Importancia de la familia
Tema 3	Necesidad del soporte espiritual y emocional

**4.2.3.1 Tema 1: Limitaciones en la capacidad instalada hospitalaria.** Tener que dar nosotros. Falta de recursos humanos. Personal sin experiencia en UCI/UCIM. Capacidad de gestión. Situación de salud pésima. Limitada comunicación con el paciente. Desconocimiento de la enfermedad.

*“Se vio desnudada la capacidad de gestión que durante tantos años vivimos y experimentamos respecto a nuestro sistema sanitario de salud”* (Entrevistada 3)

*“Si pues hubo gran ingreso de chicos CAS COVID eran muchachos que mandaron al CV y de ahí lo llamaron, algunos eran recién egresados no experiencia no SERUMS y simplemente no sé cómo es que había pues cuando uno le observaba le encontramos que habían fallado”* (Entrevistada 4)

*“Como sector salud tenemos que reconocer y tratar la situación actual del sector salud, no es secreto que estamos en pésimas condiciones”* (Entrevistada 6)

**4.2.3.2 Tema 2: Importancia de la familia.** Personas conocidas y fallecidos que dejaban a hijos pequeños.

*“Reflexión que en general todos debemos de tratar de vivir la vida en armonía, llevar una vida saludable, buena y vivir el día a día, no pensar mucho en el futuro”*

(Entrevistada 8)

#### **4.2.3.3 Tema 3: Necesidad del soporte emocional y espiritual**

*“...la parte espiritual es fundamental porque al final todos creemos en un creador podemos ser de religiones, pero el dios es único”* (Entrevistada 1).

**4.2.4 Categoría 4: Cuidados en la curación y ante el fallecimiento.** Se evidenciaron dos temas vinculados al desenlace del paciente crítico con COVID, ya sea si se logaron curar, cómo fue la atención y estar en alta; o si fallecieron, cómo se manejaron los últimos momentos.

Tema 1:	En la curación
Tema 2	En el fallecimiento

#### **4.2.4.1 Tema 1: En la curación.** Acceso de la familia/desvinculado (¿celular?).

Tratamiento invasivo y lucha, acercamiento al paciente (susurro). UCI manejo pacientes dormidos. De alta: alegría.

*“...porque este tipo de tratamientos son y van deteriorando la salud del paciente, el hecho que lo coloquen invasivos, vías agujas, este aparato en la cara que tengan que estar todo el día boca abajo son situaciones bastante complicadas e incómodas y a veces muchos pacientes se cansaba y decían ya no lo quiero hacer”*

(Entrevistada 1)

*“Muchos lograron salir y era una algarabía en el servicio y era una alegría para nosotras después de tanto esfuerzo se ve reflejado...Para ellos nosotros éramos su familia todo, porque no veían a nadie”* (Entrevistada 5)

**4.2.4.2 En el fallecimiento.** Despedirse de familiares. Padre para los santos óleos. Parte espiritual. Protocolos de despedida cambiaron. Solo por teléfono se informaba de muertes. Crematorio sin contacto con la familia. Morían y de frente a la funeraria sin contacto con familia. De frente a una bolsa fue denigrante.

**Despedida sin familiares:**

*“...a veces como que no se permitía los ingresos de los familiares, después han ido ingresando solo uno con toda la debida protección posible, con todo el EPP porque también había hijas que querían ver a sus familiares para despedirse y uno se pone en la situación de ellos, como puedes morirte sin despedirte de tu familiar”* (Entrevistada 2)

*“Nosotros volvíamos a retomar con el padre que le daba los santos oleos y de alguna forma esa parte espiritual y también el familiar cuando entraba eso es lo que se estilado”* (Entrevistada 2)

*“Estás completamente desvinculado del familiar, es más solo lo tenemos por el teléfono o sea ni siquiera el paciente...pero estaba completamente prohíbo el ingreso familiar por problema de contagio”.* (Entrevistada 4)

*“Y muchos de ellos hasta te decían como en un inicio no se les podía enseñar la cara y se les incineraba de frente se iban al crematorio”.* (Entrevistada 5)

*“Fallece el paciente y nosotros nos encargábamos con el personal técnico a embolsar al paciente”* (Entrevistada 7)



**4.2.5 Categoría 5: Principios bioéticos aplicados en la atención del paciente.** Se indagó sobre el conocimiento de los principios bioéticos aplicados en el contexto de la atención en pleno auge de la pandemia. El personal de salud identifica cuáles con los más aplicados y los menos aplicados.

Tema 1:	Los principios bioéticos más aplicados
Tema 2	Los principios bioéticos menos aplicados

**4.2.5.1 Los principios bioéticos más aplicados.** Empatía. Los intensivistas hacen esos principios: beneficencia y no maleficencia.

*“En cuanto a la beneficencia de todas maneras ha habido todo el apoyo posible del personal en cuanto al cuidado del paciente en lo mayor posible hemos tratado de hacer el bien “. (Entrevistada 2)*

*“En cuanto a los principios la beneficencia es lo que más se ha abarcado” (Entrevistada 7)*

*“Siempre hemos tratado de abordar el de beneficencia porque siempre hemos querido hacer el bien que se recupere que salga bien de nuestra unidad”. (Entrevistada 8)*

**4.2.5.2 Los principios bioéticos menos aplicados.** Justicia y autonomía. Autonomía solo en UCIM.

*“En principios de justicia lamentablemente, en realidad todos tenemos derecho a una atención en unidades criticas cuando uno necesita, cuando nuestra vida corre peligro, lamentablemente no ha habido para mí porque no todos han podido acceder a una cama UCI. Muchas personas han muerto afuera o sea tenían el derecho a tener una cama” (Entrevistada 2)*

*“Es bien complejo, nosotros siempre hemos trabajado con el principio de beneficencia, no maleficencia, hemos tratado de practicar la justicia y respetar la autonomía del paciente”*

(Entrevistado 4)

*“De parte de enfermería nosotras tenemos como base primero la beneficencia, la no beneficencia, la autonomía por ser un área crítica, por ser paciente inconsciente, deja de poderse aplicar porque se da el consentimiento informado”* (Entrevistada 6)

*“La autonomía se aplicó cuando el paciente estaba despierto porque no puede tomar decisiones”.* (Entrevistada 7)

*“De autonomía también porque a veces el familiar que lo suba a uci, que lo intuben, pero al momento que estábamos preparados todo el conjunto de trabajo para intubar, porque la mayoría subía para intubar, el paciente decía que no quería intubarse y hemos respetado eso”* (Entrevistada 8)

**4.2.6 Categoría 6: Toma de decisiones.** En cuanto a la toma de decisiones durante el proceso de atención resultó en la decisión de acceder a una cama UCI y respecto a los procedimientos realizados durante la estancia del paciente.

Tema 1:	Acceso a cama UCI
Tema 2	Terapéutica farmacológica y procedimientos

**4.2.6.1 Acceso a cama UCI.** Prioridad gestante y jóvenes sin comorbilidad. Decisión era de los médicos, protocolo farmacológico y criterio camas. Criterio médico. La decisión fue muy vertical (no se tomó a la enfermera). Protocolos sin adecuar a la realidad.

*“La decisión para la selección de pacientes fue por parte de los médicos que daban oportunidades, pero si recaían ya no se podía hacer nada y se les dejaba”.* (Entrevistada 1)

*“Muy vertical. Son decisiones que pasan por encima de nosotras como profesionales y eso no pasó como los otros países. Ignoraron a las sociedades científicas”.* (Entrevistada 3)

*“Para la entrada a la UCI había protocolo que decidían eran los medico ahí enfermería nunca participó, ahí los médicos daban las oportunidades”* (Entrevistada 5)

*“En realidad, bastante criterio médico. Los médicos eran los que decidían qué parámetros manejar, qué drogas”.* (Entrevistada 6)

#### **4.2.6.2 Terapéutica farmacológica y procedimientos**

*“Si el paciente no puede decidir salimos afuera y “familiar del paciente tal”, y dicen “aquí estoy” venga usted se le explica y el familiar firmaba la autorización”.* (Entrevistada 1)

*“Los médicos evaluaban quiénes son los que no están tolerando (...) o si necesitaban una ventilación mecánica”* (Entrevistada 2)

### **4.3 Análisis interpretativos**

#### **Categoría 1: Atención de pacientes COVID**

El personal de salud refleja su apreciación respecto a la situación de los casos COVID como la forma en que se presentó la enfermedad, la cantidad de contagios, la inminencia de muerte de los pacientes, la adecuación en la atención UCI/UCIM y las emociones que experimentaron en la atención.

#### **Tema 1: Situación de la enfermedad**

Para ellos se enfrentaban a una enfermedad nueva con casos muy complicados y pacientes complejos (con comorbilidades). Vieron morir a amigos y familiares, y prácticamente convivir con la muerte por la dimensión de casos de fallecidos por día. Eso asociado con la soledad de los pacientes (por la restricción de visitas y falta de presencia de familiares).

#### **Tema 2: Estado emocional del personal**

Principalmente sintieron miedo, tristeza, dolor y angustia por el hecho de que podían también contagiarse, por la incertidumbre de no saber más sobre la enfermedad, era una enfermedad nueva.

### **Tema 3: Situación del servicio de salud**

Refieren que con la pandemia existía una sobredemanda de pacientes (y complicados) que no se podía cubrir la atención ni las camas. A pesar de ello el personal de salud tenía una sobredemanda de pacientes y muchos fallecidos.

De la noche a la mañana, con los recursos mínimos se tuvo que organizar y adecuar los ambientes para cuidado crítico, que anteriormente eran ambientes para otras funciones y que no se tenía la infraestructura adecuada. Por lo que todo se improvisó, ya que hubo pacientes críticos de la noche a la mañana.

## **Categoría 2: Emociones por el personal de salud después de la atención**

### **Tema 1: Emociones positivas**

Refieren que con la pandemia, frente a la atención de casos de pacientes críticos COVID han generado mayor sensibilidad, pero a la vez se hicieron fuertes porque sabían que los pacientes los necesitaban. En algunos casos han desarrollado mayor estabilidad emocional.

También que ahora tienen sentimientos de mayor valoración hacia la familia y consideran que sienten que han crecido o se han realizado profesionalmente con esta situación frente a la pandemia.

### **Tema 2: Emociones negativas**

En algunos casos mostraron frustración por no haber sido reconocidas de la importancia como enfermeras intensivistas, y a la vez sintieron desgaste emocional por la complejidad de casos

y situaciones durante la atención en áreas críticas. También tuvieron sentimientos encontrados: por un lado satisfacción y por otro, llanto.

### **Categoría 3: Reflexiones sobre la atención de casos críticos**

#### **Tema 1: Limitaciones en la capacidad hospitalaria**

Refieren que existió carencia de recursos humanos y los que estaban tenían más para atender; además, hubo personal que contrataron sin experiencia en cuidados críticos. Entonces, las antiguas tenían que enseñar o simplemente el personal nuevo se descuidaba. Refieren que la situación de salud y la gestión de salud fueron pésimas para enfrentar una situación de tal magnitud.

#### **Tema 2: Importancia de la familia**

Se dieron cuenta que el apoyo familiar es importante en estos pacientes que estaban incomunicados, pero también estaban preocupados por sus familias y necesitaban conversar con ellos. Refiere que muchos pacientes eran personas conocidas y también tenían hijos pequeños otros pacientes que fallecieron, y que algunos familiares sí estaban preocupados, y en algunos casos podrían tener contacto telefónico y se notaba la alegría de los pacientes.

#### **Tema 3: Necesidad del soporte espiritual y emocional**

El desconocimiento de la enfermedad y la inminencia de muerte hicieron que pacientes presentaran ansiedad, lo que se vio que influenció en el empeoramiento de los casos. Ello con la limitada comunicación de los pacientes con el exterior.

### **Categoría 4: Abordaje ante la curación o fallecimiento**

#### **Tema 1: En la curación**

El tratamiento en los pacientes en estado crítico es invasivo y el paciente lucha por sobrevivir. El personal procuraba acercarse al paciente para entablar una comunicación, ya sea con un susurro en caso podía escuchar. La falta de comunicación fue sustituida en algunos casos mediante la conexión con el celular, con el cual se hacían videollamadas con la familia, ya que el paciente estaba desvinculado de ellos. En el alta había una inmensa alegría.

## **Tema 2: En el fallecimiento**

Se procuró la despedida con los familiares y otorgarle los santos óleos con el padre del hospital, quien apoyaba en la parte espiritual. Los protocolos de despedida no fueron los mismos que antes de la pandemia, ya que fallecían e iban directamente a una bolsa (era denigrante) y de ahí a la funeraria (o crematorio). Solamente por medio del celular se comunicaba sobre el fallecimiento. Algunos no pudieron despedirse de su familia.

## **Categoría 5: Principios bioéticos aplicados en la atención del paciente**

### **Tema 1: Los principios bioéticos más aplicados**

Indican que el principio de beneficencia se aplicó a todos sin excepción porque siempre estuvo en la mente del personal de salud el hacer el bien con ellos. Por ende, la no maleficencia se tomó en cuenta de la misma manera.

### **Tema 2: Los principios bioéticos menos aplicados**

A pesar de los esfuerzos que el personal de salud ha realizado a favor de la atención del paciente refieren que los principios de justicia y autonomía no han sido completamente abordados.

En el caso de los pacientes de UCI se hizo menos uso de autonomía, ya que la mayoría se encontraban inconscientes. Algunas veces era el familiar quien firmaba y en cuidados intermedios lo hacía el paciente.

## **Categoría 6: Toma de decisiones**

### **Tema 1: Acceder a cama UCI**

Para la atención de pacientes COVID-19 en estado crítico consideraron que personas jóvenes y gestantes eran la prioridad. Había personal que laboraba en dichas instituciones que también fueron considerados. La decisión era exclusivamente del personal médico, tanto en procedimientos como en selección de camas UCI, y fue muy vertical, no se tomaba en cuenta a la enfermera.

### **Tema 2: Terapéutica farmacológica y procedimientos**

Para las decisiones de tratamiento farmacológico y procedimientos se utilizaron protocolos, los cuales fueron con más énfasis en pacientes sin buen pronóstico.

## **Capítulo V: Discusión, conclusiones y recomendaciones**

### **5.1 Discusión**

La presente investigación refleja el contexto vivido durante las fases más críticas de la pandemia por COVID-19, es decir, la primera y segunda ola (2020-2021).

Los resultados giran en función a la pregunta de investigación ¿cómo se ha brindado la atención de pacientes COVID-19 en las áreas de cuidado crítico en la UCIN y la UCI en la primera y segunda ola?

Desde la percepción de los entrevistados la atención del paciente COVID en estado crítico, es decir, quienes requerían un cuidado especial producto de complicaciones de la enfermedad, estuvo marcado por una improvisación en la instalación de áreas como UCI y UCIM, que anteriormente no fueron implementadas, y que hubo incremento en la cantidad de pacientes en esta etapa de pandemia.

El sistema de salud pública peruano se caracteriza por una respuesta insuficiente y precaria ante las adversidades. A los cien días de pandemia (primera ola), la cantidad de camas se incrementó, pero fue limitada y la mayoría concentradas en la capital. (Zevallos et al., 2020). Esa situación, con casos complejos poco visto antes en materia de complicaciones respiratorias masivas y una enfermedad nueva, hizo que el personal de salud experimentara emociones de temor ante un posible contagio. Tal como en la investigación de Andreu-Periz et al. (2020), las enfermeras sintieron mucho miedo en la atención de un paciente COVID-19. A pesar de que el personal entrevistado contaba con formación académica de especialistas en diversas áreas críticas como intensivistas, no fue ajeno a presentar esas emociones frente a una situación incierta.

Sin embargo, el grado de responsabilidad en la atención generó sentimientos encontrados, por un lado, una mayor estabilidad emocional y por otra, una mayor carga emocional. Resulta entonces contradictorio. Según Álvarez et al. (2022), durante el primer año de la pandemia hubo un aumento en el estrés de enfermeras UCI COVID.

A todo ello, el personal de salud ha considerado ciertas reflexiones donde uno de los puntos principales es la carente situación de salud del sistema público. Uno de los aspectos de derechos



humanos es la provisión de servicios de salud de calidad, tanto en capacidad instalada (infraestructura, logística, etc.) como también el trato sin discriminación (Organización Mundial de la Salud, 2008). Es de entender que, antes de la pandemia, nuestro sistema de salud no estaba preparado para enfrentar una situación caótica y desbordante, entonces ¿cómo estará ahora?

Cepal (2021) reconoce la crisis sanitaria en América Latina y el Caribe y la necesidad de transformar los sistemas de salud en sus aspectos estructurales, financieros y de recursos humanos, y que la pandemia deja una crisis en la gestión de la salud y se requiere una “infraestructura sólida y resiliente en épocas normales” para garantizar la equidad en salud (Vera, 2015).

Existe un efecto positivo en la participación de la familia (Valqui, 2022) en la atención de pacientes en UCI; si bien en los casos de COVID, por temas de bioseguridad, la comunicación y contacto físico se vio restringido, hubo opciones de comunicación, pero fue limitada. Sin embargo, se pudo aplacar los sentimientos de ansiedad de los pacientes, a través del apoyo espiritual tanto del personal de salud como de los familiares.

Puede resultar controversial el abordaje hospitalario que se dio durante la atención en pacientes próximos a fallecer, donde el individuo moribundo dejó de ser tratado como persona al no considerarse como prioridad los cuidados paliativos. Estos incluyen la muerte digna a la que toda persona tiene derecho. Una alternativa fue el uso de los dispositivos telefónicos que permitió un despido con la familia; sin embargo, una vez producido el fallecimiento, la persona pasó a ser un cuerpo inerte contaminado, sin considerar las expectativas de los familiares y mantener sus prácticas de salud (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2007).

En nuestro país, el tema de la muerte digna se ha venido enfocando a pacientes que solicitaron su adelanto consciente de morir (caso Estrada) más conocido como eutanasia; sin embargo, la muerte digna va más allá de ello. Está relacionada con el derecho a morir brindando las condiciones

y cuidados adecuados para que el paciente afronte ese proceso del final de la vida en casos inminentes o prolongados (pacientes desahuciados), abordando, además, el aspecto espiritual.

En la modernidad el acompañamiento ante el fallecimiento permite al personal de salud ser testigos implícitos, ya sea por los procedimientos que en los establecimientos de salud (como, por ejemplo, el hospital) se realizan, y donde el desenlace es el alta o fallecimiento. Sin embargo, en esa etapa de internamiento, que pueden ser días o semanas entre el realizar los procedimientos (tratamiento) o el fallecimiento (en caso el pronóstico es conocido, no muerte inminente como un accidente), mayormente la familia no participa. En caso de pacientes considerados como desahuciados tienen tiempo para despedirse porque retornan a casa.

En las unidades de cuidado críticos con pacientes COVID-19, efectivamente, existieron protocolos de atención, y en casos en que era irreversible su mejoría estaban solamente y directamente relacionados con la farmacología, a través de la sedación y algunos medicamentos para el dolor y evitar el sufrimiento; ahí los cuidados paliativos constituyen una ayuda bajo la mirada de una atención integral multidimensional (Rubio y Ventura, 2020). Entonces, el abordaje integral que incluye el soporte emocional estaba limitado.

La importancia de la familia y el apoyo emocional forma parte importante en las unidades de cuidados crítico como UCI. Ya en 1979 Molter (citado por Escudero y Callejaúm, 2014) mencionaba que el personal de salud de UCI se ha olvidado de considerar a la familia en la atención, además de los aspectos como el consuelo y soporte emocional, tanto para la familia como al paciente.

Los principios bioéticos serían parte inherente del trabajo del personal de salud establecido en los códigos de ética y deontología de sus respectivos colegios profesionales (médicos, enfermeras y otros profesionales). En las profesiones de las ciencias de la salud existe (o debería existir) el compromiso de vocación y de servicio.

La Ley General de Salud (1997) en el artículo 23 menciona que todo aquello que no se encuentre en la Ley se rige por el código de ética de cada profesión. En ese sentido, en la presente investigación, en cuanto a los principios bioéticos, el de beneficencia es el que se aplicó con rigor y sin reparo, pues en todo momento el personal pensó en hacer el bien y, por ende, no causar daño. Los principios que causan controversia por la omisión (o limitada acción) fueron el de autonomía y el de justicia. Autonomía en el sentido de que un paciente en UCI mayormente está inconsciente y las decisiones fueron tomadas por el médico tratante.

Sin embargo, en estas circunstancias, donde si bien la ética de los mínimos (no maleficencia y justicia) y de los máximos (beneficencia y autonomía) no basta, en esta situación se vio reducida y sesgada, ya que el paciente requiere de una plenitud en la atención que va más allá de solamente una atención mínima y de cuatro principios, que añadido debería de considerarse otros aspectos como la empatía, solidaridad, no aprovechamiento (ante la escasez de insumos y los pocos recursos existentes -incluyendo el recursos humanos de especialistas-, médicos y enfermeras lucraron); vemos que, igualmente, se dio lo mínimo necesario, que fue principalmente la consecuencia de decisiones políticas poco acertadas, por ejemplo, la aplicación de la libertad del mercado en salud (Ortiz y Medina, 2021).

## **5.2 Conclusiones**

En primer lugar, el personal de salud de las unidades de cuidados críticos ha soportado y enfrentado una situación con mucha desventaja frente a un sistema de salud inadecuado, donde la capacidad de gestión y la falta de recursos (humanos, insumos, infraestructura) no eran lo idóneo. A pesar de ello, han logrado un aprendizaje y experticia en el manejo de los pacientes (logro profesional).

La segunda conclusión pone en evidencia la importancia del aspecto emocional y espiritual en el trabajo con los pacientes en cuidados críticos, es decir, que ello influyó en el tratamiento y la calidad de la atención, tanto en pacientes que estaban ansiosos y lograron curarse, y se vieron limitaciones para abordar aspectos de una muerte digna en aquellos pacientes resignados a fallecer.

En tercer lugar, en todo momento se garantizó hacer el bien (principio de beneficencia), se trató de ser justos (mediante decisiones horizontales para acceder a los escasos recursos) y se vulneró el principio de autonomía.

### **5.3 Recomendaciones**

#### **Para las instituciones del segundo y tercer nivel de atención:**

- Establecer (y restablecer) los comités de bioética que permitan tomar decisiones de casos individuales de pacientes de unidades críticas.
- Establecer y adecuar los propios protocolos según la capacidad instalada en los establecimientos del segundo nivel de atención, como son los hospitales.
- Fomentar la capacitación y entrenamiento a personal nuevo en temas de atención humanizada y cuidados paliativos ante la muerte en caso de pacientes críticos.
- Difundir los principios bioéticos en el personal de salud.

#### **Para las instituciones formadoras de recursos humanos en salud y colegios profesionales**

- Implementar acciones para comprender el papel que les corresponde como personal de salud y la vocación de servicio a la hora de desempeñarse como tal.
- Promover la importancia de la bioética en la atención de salud en pregrado y postgrado.
- Actualizar los códigos de ética y deontología de los colegios profesionales.

#### **Para los gestores de políticas públicas en salud**

- Propuestas normativas para el acompañamiento en la fase final de la vida en pacientes críticos.
- Propuestas normativas para garantizar la atención humanizada y con valoración de los principios bioéticos y los derechos en salud.

### **Para la sociedad civil**

- Establecer acciones para incluir mecanismos de participación de la familia en la atención de pacientes críticos, ya sea presencial o virtual, especialmente en situaciones cercanas al fallecimiento.

## **Referencias**

Álvarez, A., Delgado, A., Jadue, A., Aller, J. & Galvez, J. (2022). Experiencia de estrés en enfermeras(os) de la unidad de cuidados críticos durante la pandemia COVID-19 durante el 2020 en la Región Metropolitana. *Revista Confluencia*, 5 (2), 10-13.  
<https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/754>

Andreu-Periz, D., Ochando-García, A. & Limón-Cáceres, E. (2020). [Versión electrónica] Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID- 19 en España. *Enfermería Nefrológica*, 23 (2), 148-159. <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v23n2/2255-3517-enefro-23-02-148.pdf>

Beca, J. (2011). *La toma de decisiones en ética clínica*. Conferencia presentada en Seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011. <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2014/05/La-Toma-de-decisiones-en-%C3%A9tica-cl%C3%ADnica.pdf>

Bellver, V. (2020). Bioética, Derechos Humanos y COVID-19. *Cuadernos de Bioética*, 31 (102), 167-182. <http://aebioetica.org/revistas/2020/31/102/167.pdf>

Benjamin G. (2020). [Versión electrónica] Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44. 1-4.

Berti García, B. (2015). Los principios de la Bioética [Versión electrónica]. *Revista Prudentia Iuris*, 79, 269-280. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34847.pdf>

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52233/v44e702020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*.

[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47301/1/S2100594_es.pdf)

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2021). *Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID en el Perú*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2026126/Informe%20sobre%20las%20causas%20del%20elevado%20n%C3%BAmero%20de%20muertes%20por%20la%20pandemia%20del%20COVID-19%20en%20el%20Per%C3%BA.pdf.pdf>

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M. & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2 (7), 162-167.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727066>

Díaz-Castrillón F., Toro-Montoya A. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*. 24(3), 183-205.

<https://medicinaylaboratorio.com/index.php/myl/article/view/268>

Escudero, D. & Callejaúm, C. (2014). [Versión electrónica] Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Revista Medicina Intensiva*, 36 (3), 371-375.

<https://www.medintensiva.org/es-pdf-S0210569114000370>

García, J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética*, 24, 67-76. <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>

Giordano, A., Canale, A., Ponte, J., Reyes, N., Cacciatori, A., Correa, L. & Núñez, L. (2021) Recomendaciones de la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva sobre los aspectos bioéticos en la pandemia Covid-19. *Revista Médica Uruguaya*, 37 (1), 1-17.

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v37n1/1688-0390-rmu-37-01-e501.pdf>

Gracia, Diego. (2021). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina Clínica*, 10, 18-23. <http://www2.udec.cl/ofem/oem/deliberacion.pdf>

Gutiérrez Tudela, J. (2020). La pandemia de la COVID-19 en el Perú: análisis epidemiológico de la primera ola. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 34(2), 51-52.

<https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/595/659>

Hernández, R., Fernández C., & Baptista P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

[https://www.esup.edu.pe/wp-](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

[content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

[Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf](https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf)

Loncan, P., Gisbert, A., Ferbández, C., Valentín, R., Teixido, A., Vidaurreta, R. & Saralegui, I. (2007). [Versión electrónica]. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (3), 113-128.

<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original8.pdf>

Lopes Sá de Souza, M., Falcão I., Silva Sales A., Ribeiro da Costa E., Nazaré D., Lopes Sá G., Ferraz V., Maciel dos Santos R., Feitosa E. (2022). Reflexões de profissionais da enfermagem sobre cuidados paliativos. *Revista. Bioética*, 30 (1), 162-171.

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/M8PwcV7ZPSRcFVrKCRhnhYB/?format=pdf>

Maglio, P., Cámara, L., Finn, B., Klein, M., Pincemin, I., Ferraro, H. Galvalisi, N., Alesandrino G., Manera, J., Musacchio, H. Contreras, P., Grarea, M. Lüthy, V., Nemerovsky, J., Baldomá, F., Cherro, A., Runzuglia, L., Malfante, P., Salvioli, M. & García, A. (2020). Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *Revista Medicina*, 80 (3), 45-64.

<http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v80s3/v80s3a08.pdf>



MedlinePlus (2022, 9 de octubre). *Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)*.  
[https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp\\_imagepages/19957.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/19957.htm)

Ministerio de Salud (2005). *Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios*. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3372.pdf>

Ministerio de Salud. (2020a). *Documento técnico. Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia Covid-19*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/871496/consideraciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-los-servicios-de-salud-durante-la-pandemia-covid-19-v2.pdf>

Ministerio de Salud (2020b) *Documento técnico. Manejo de personas afectadas por COVID 19 en áreas de atención crítica*.

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/687500/R.M.\\_N\\_\\_254-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/687500/R.M._N__254-2020-MINSA.PDF)

Ministerio de Salud. (2021a). *Norma Técnica de Salud. Manejo de personas afectadas por COVID-19 en los servicios de hospitalización*.

<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2682760/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20N%C2%BA%20179-MINSA-DGIESP-2021.pdf>

Ministerio de Salud (2021b). *Situación del COVID-19. Perú. 2020 / 2021*.

<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE312021/03.pdf>

Ministerio de Salud. (2022). *Norma Técnica de Salud. Manejo de personas afectadas por COVID-19 en áreas de atención crítica de adultos*.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-094-2022-MINSA.pdf>

Ñiquen, C., Cervera, M., Díaz, R. & Domínguez, C. (2020). Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Médica Herediana*, 31, 255-265.

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n4/1729-214X-rmh-31-04-255.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*.

[https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2008). *El derecho a la salud*.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19*. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020\\_es.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2021) *Cuidados paliativos*. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>

Ortiz, G & Medina, M. (2021). *COVID-19 y bioética*. Universidad Nacional Autónoma de México - Instituto de Investigaciones Jurídicas.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6503/32a.pdf>

Ramírez, A. Montero, M. & Vásquez, L. (2021). Caracterización de pacientes con COVID-19 en una unidad cuidados intensivos. *Revista Cubana Medicina Tropical*, 73 (1), 1-18.

<http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v73n1/1561-3054-mtr-73-01-e592.pdf>

Real Academia Española. (2023). Experiencia. En: *Diccionario de la lengua española*.

<https://dle.rae.es/experiencia>

Rivera-Sotelo, A. (2011). El utilitarismo de Jeremy Bentham ¿fundamento de la teoría de Leon Walras? *Cuadernos de Economía*, 30 (55), 55-76.

<http://www.scielo.org.co/pdf/ceco/v30n55/v30n55a03.pdf>

Rodríguez, M. (1990). Conocimiento y verdad en el pragmatismo de William James. *Enrahonar*, 16, 89-104.

<https://ddd.uab.cat/pub/enrahonar/0211402Xn16/0211402Xn16p89.pdf>

Rubio, O. & Ventura, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista Bioética y Derecho*, 48, 81-93.

<https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n48/1886-5887-bioetica-48-0081.pdf>

Rubio, O., Estella, A., Cabre L., Saralegui-Reta, I., Martin, M., Zapata, L. Esquerda, M., Ferrer, R., Castellanos, A., Trenado, J. & Amblask, J. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Revista de Medicina Intensiva*, 44 (7), 439-445.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7158790/pdf/main.pdf>

Sánchez, I. (2020). Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia. *Humanitas*. <https://www.humanitas.cl/bioetica/lineamientos-eticos-en-la-atencion-de-pacientes-en-una-situacion-de-pandemia>

Sgreccia, E. (1996). *Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Biblioteca de Autores Cristianos.

[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/2863c5229d0ae0cb05257d10005241b6/\\$file/resena\\_13543\\_mar091\\_-\\_indice.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/2863c5229d0ae0cb05257d10005241b6/$file/resena_13543_mar091_-_indice.pdf)

Silva, A., Borges, E., Das Neves, M., Comassetto, I. & Dos Santos, M. (2022). Dilemas éticos durante la pandemia del covid-19. *Revista Bioética*, 30 (1), 19-26.

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/NGzPZJRbX6wZBK94bNmJPcC/?format=pdf&lang=es>

Siurana, J. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22, 121-157. <https://www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>

Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (2020) *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las unidades de cuidados intensivos*. <https://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/etica-semicyuc-covid-19.pdf>.

Superintendencia Nacional de Salud (2021). *Formato F500.2 – Aplicativo (Camas) para gestión centralizada de la Disponibilidad de camas de Hospitalización y UCI a nivel nacional y de todos los subsistemas*.

<https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/Definiciones%20Operacionales%20-%20Disponibilidad%20Camas%20F500.2.pdf>

Takao Kaneko-Wada<sup>1</sup>, F., Domínguez-Cherit, G., Colmenares-Vásquez, A., Santana-Martínez, P., Gutiérrez-Mejía, J. & Arroliga, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Gaceta Médica de México*, 151, 628-634,

<https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gm155j.pdf>

Tambone, V., Boudreau, D., Ciccozzi, M., Sanders, K., Campanozzi, L, Wathuta, J, Violante, L., Cauda, R., Petrini, R., Abbate, A., Alloni, R., Argemi, J., Renom, J., De Benedictis, A., Galerneau, F., García-Sánchez, E., Ghilardi, G. Palmer Hafler, J., Linden, M., Marcos, A.,

Onetti M., Pandolfi, M., Pelaccia, T., Picozzi, M., Revello, R., Ricci, G., Rohrbaugh, R., Rossi, P., Sirignano, A., Spagnolo, A., Stammers, T., Velázquez, L., Agazzi, E., & Mercurio, M. (2020). Ethical criteria for the admission and management of patients in the ICU under conditions of limited medical resources: a shared international proposal in view of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8 (284), 1-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7308475/pdf/fpubh-08-00284.pdf>

Valqui, I., (2022). *Importancia de la Visita Familiar al Paciente en Estado Crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos* [Trabajo Académico para optar por el título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11679/Importancia\\_ValquiHerrera\\_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11679/Importancia_ValquiHerrera_Ingrid.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Vasilachis, I. (coord.) (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2013/03/Estrategias-de-la-investigacin-cualitativa-1.pdf>

Vera, O. (2015). Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 21 (1), 61-71. [http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1\\_a09.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a09.pdf)

Zevallos, E., Cruzado, J & Avalos, R. (2020). COVID-19; Perú a los 100 días, breve observación de una pandemia que pone en serios aprietos a la salud pública mundial. *Revista Médica Herediana*, 31 (4), 287-289. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n4/1729-214X-rmh-31-04-287.pdf>

## **Anexos**

Anexo 1: Guía de entrevista

Anexo 2: Consentimiento informado

## **Anexo 1: Guía de entrevista semiestructurada**

Estimado participante, agradecemos su participación en este estudio el cual permitirá conocer, desde su percepción, la atención de salud en pacientes COVID-19 de las áreas de cuidados críticos durante la primera y segunda ola.

### **Guía de entrevistas a personal de salud de UCI**

- Institución: Minsa ( ) EsSalud ( )
- Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
- Edad: 30 a 40 años ( ) 40 a 50 años ( ) 50 a más ( )
- Tiempo de labor en la institución: 1 a 5 años ( ) 5 a más años ( )

### Experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes COVID-19 en UCI.

- ¿Qué experiencias usted recuerda en la atención a pacientes con COVID-19 en la UCI/UCIM en la primera y segunda ola?
- ¿Cómo se siente usted después de haber atendido al paciente?
- ¿Qué reflexiones ha tenido usted acerca de la atención de estos pacientes?
- ¿Cómo se abordó las situaciones de curación o fallecimiento?

### Principios bioéticos en la atención de pacientes COVID-19 en UCI

- ¿Qué principios bioéticos cree usted que se han aplicado para mejorar la atención de los pacientes con COVID en la UCI?
- ¿Cómo se toman las decisiones para la atención en pacientes UCI desde su ingreso hasta el alta?

## Anexo 2: Consentimiento informado

---

Instituciones : Universidad Católica Sedes Sapientiae

Investigador : Ofelia María de Jesús Alencastre Mamani

Título : Experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes covid-19 en las áreas de cuidados críticos. Aproximaciones desde la bioética.

### Propósito del estudio:

Analizar las experiencias del personal de salud sobre la atención de pacientes covid-19 en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) e intensivos (UCI).

### Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se llevarán a cabo los siguientes procedimientos:



1. Usted será entrevistado por el investigador del estudio. Para esto, se utilizará una guía de entrevista.
2. Adicionalmente, se obtendrán datos acerca de características personales, profesionales y laborales (para el personal de salud).
3. El tiempo total de su participación en el estudio es de aproximadamente treinta minutos.

**Riesgos:**

No existen riesgos al participar en este estudio de investigación. Sin embargo, usted podría sentir incomodidad sobre la gestión del establecimiento o del gobierno local que considere confidencial.

En caso usted sienta incomodidad está en su libre derecho de responderlas o no.

**Beneficios:**

No existe beneficio directo para usted por participar en este estudio. Sin embargo, se le informará de manera personal y confidencial de los resultados que se obtengan de la encuesta realizada.

**Costo de la participación:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Tanto la ficha de datos como las encuestas que se le aplicarán serán anónimas y confidenciales.

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. La información obtenida durante este estudio será mantenida en forma confidencial y serán manejadas únicamente por el investigador, sin mencionar en ningún momento su identidad o la de los otros participantes. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llame a la investigadora Ofelia María de Jesús Alencastre Mamani, teléfono celular: 969197929. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar al presidente del Comité Institucional de Ética de la Universidad Sedes Sapientiae.

**Declaración del participante:**

Este estudio me ha sido explicado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Acepto voluntariamente participar en el estudio. Entiendo que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se me sancione.

Si luego tengo más preguntas acerca del estudio, puedo comunicarme con la investigadora al teléfono arriba indicado.

Si tengo preguntas acerca de mis derechos como participante en esta investigación, o me parece que he sido tratado injustamente, puedo comunicarme con el presidente del Comité de Ética de la Universidad Sedes Sapientiae al teléfono arriba mencionado.

Me entregarán una copia de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
*Firma del participante*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre:

DNI:

**Declaración del investigador:**

Yo declaro que el participante ha leído la descripción del proyecto, he aclarado sus dudas sobre el estudio y ha decidido participar voluntariamente en él. Se le ha informado que los datos que provea

se mantendrán anónimos y que los resultados del estudio serán utilizados para fines de investigación.

\_\_\_\_\_  
*Firma del investigador*

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre:

DNI: