

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



**Dilemas éticos de las enfermeras en la atención del adulto mayor con la  
COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR**

**Jemima Del Rocio Ramos Fernandez**

**ASESOR**

**Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz**

<https://orcid.org/0000-0002-8094-5711>

**Chiclayo, 2023**

**Dilemas éticos de las enfermeras en la atención del adulto mayor con  
la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021**

PRESENTADA POR

**Jemima Del Rocio Ramos Fernandez**

A la Facultad de Medicina de la  
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
para optar el título de

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

APROBADA POR

Mirtha Flor Cervera Vallejos

PRESIDENTE

María Caridad Arriola Arizaga

SECRETARIO

Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz

VOCAL

## **Dedicatoria**

A Dios, nuestro padre celestial, por darme la inteligencia, las ganas y la fuerza para seguir escalando cada peldaño y así continuar avanzando en mi vida profesional. A mis padres, mi hermano, mi tía y personas que me brindaron su apoyo en todo momento y me acompañaron en este camino.

## **Agradecimientos**

A Dios por permitirme llegar hasta aquí. Al Programa Nacional de Becas, por haberme brindado la oportunidad de poder estudiar una carrera universitaria.  
A mi asesora y docentes de la asignatura por cada enseñanza impartida durante la elaboración de la presente.

## INFORME TESIS TERMINADO

### INFORME DE ORIGINALIDAD

|                     |                     |               |                         |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 7%                  | 7%                  | 1%            | 2%                      |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

### FUENTES PRIMARIAS

|   |   |     |
|---|---|-----|
| 1 | <a href="http://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a><br>Fuente de Internet  | 1%  |
| 2 | <a href="http://tesis.usat.edu.pe">tesis.usat.edu.pe</a><br>Fuente de Internet  | <1% |
| 3 | <a href="http://repositorioinstitucional.uabc.mx">repositorioinstitucional.uabc.mx</a><br>Fuente de Internet  | <1% |
| 4 | <a href="http://cmim.org">cmim.org</a><br>Fuente de Internet  | <1% |
| 5 | Valeria Herrera-Lasso Regás, María Teresa Dordal Culla, Ramón Leonart Bellfill.<br>"Reacciones adversas a fármacos utilizados en el tratamiento específico de la infección por SARS-CoV-2", Medicina Clínica, 2020<br>Publicación | <1% |
| 6 | <a href="http://portalcecova.es">portalcecova.es</a><br>Fuente de Internet  | <1% |
| 7 | <a href="http://www.doccity.com">www.doccity.com</a><br>Fuente de Internet  | <1% |

[www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)

## Índice

|                              |    |
|------------------------------|----|
| Resumen .....                | 6  |
| Abstract .....               | 7  |
| Introducción .....           | 8  |
| Revisión de literatura ..... | 11 |
| Materiales y métodos .....   | 14 |
| Resultados y discusión ..... | 18 |
| Conclusiones .....           | 42 |
| Recomendaciones.....         | 43 |
| Referencias .....            | 44 |
| Anexos:.....                 | 53 |

## Resumen

Esta pandemia, ha puesto a los profesionales de Enfermería en situaciones muy complicadas; ubicándolos entre ciertos dilemas que los llevaron a la reflexión. Es por ello, que este estudio tuvo como objetivo: describir, analizar y comprender los dilemas éticos de las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021.

La investigación se desarrolló con una metodología cualitativa con enfoque descriptivo exploratorio. Los sujetos de estudio fueron 12 enfermeras que trabajaron en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo; tipo de muestra fue no probabilística por conveniencia, tamaño de la muestra determinada por la técnica de saturación y redundancia, tipo de muestreo mediante la técnica de bola de nieve.

Para la recolección de información se empleó una entrevista semiestructurada validada por juicios de expertos. El procesamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido; se cumplió con criterios de rigor ético y científico. Como resultados se obtuvieron cuatro categorías: 1) Asignación de recursos vitales entre un adulto mayor y un adulto joven, 2) Riesgo-beneficio de normas durante la pandemia para velar por la seguridad del paciente, 3) Cuidar al paciente o ver por el propio autocuidado de la enfermera, 4) Dejar partir al paciente o seguir luchando por salvarlo. El principal dilema ético encontrado, fue el tener que elegir entre un adulto mayor y un adulto joven al momento de asignar los recursos vitales, ya que estos eran escasos y la demanda se había incrementado.

**Palabras clave:** Dilemas éticos (D004989), COVID-19 (D018352), Enfermeras (D009726), Adulto mayor (D000368), Hospitales (D000368).

## Abstract

This pandemic has put Nursing professionals in very complicated situations; placing them between certain dilemmas that led them to reflection. That is why this study aimed to: describe, analyze and understand the ethical dilemmas of nurses in the care of the elderly with COVID-19 in hospitals in Chiclayo, 2021. The research was developed with a qualitative methodology with an approach exploratory descriptive.

The study subjects were 12 nurses who worked in the care of the elderly with COVID-19 in Chiclayo hospitals; type of sample was non-probabilistic for convenience, sample size determined by the saturation and redundancy technique, type of sampling using the snowball technique.

For the collection of information, a semi-structured interview validated by expert judgments was used. Data processing was performed through content analysis; criteria of ethical and scientific rigor were met. As results, four categories were obtained: 1) Allocation of vital resources between an older adult and a young adult, 2) Risk-benefit of regulations during the pandemic to ensure patient safety, 3) Caring for the patient or seeing for oneself self-care of the nurse, 4) Let the patient go or continue fighting to save him. The main ethical dilemma found was having to choose between an older adult and a young adult when allocating vital resources, since these were scarce and the demand had increased.

**Keywords:** Ethical dilemmas ((D004989)), COVID-19 (D018352), Nurses (D009726), Elderly (D000368), Hospitals (D000368).

## Introducción

La enfermedad ocasionada por la COVID-19, con nombre científico de Sars-CoV-2, fue nombrada como una pandemia el 11 de marzo del 2020; trayendo consigo graves problemas sanitarios y a la vez sociales, afectando a una gran cantidad de individuos a nivel mundial. El 14 de abril de 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS), informó que existía ya un total de 220.383.954 casos confirmados, incluidas 4.561.446 muertes. Así mismo, en el Perú, hasta el 28 de julio de 2021 se han informado 2 108 595 casos confirmados, 13 348 711 casos negativos y 196 214 defunciones. <sup>(1)(2)(3)(4)</sup>

Por otro lado, el personal de salud que está al frente en la atención de pacientes infectados, también se encuentran expuestos al contagio, como lo expresa la dirigente de la Organización Panamericana de Salud (OPS), son 13.5 millones de casos presentados en trabajadores de la salud y más de 469.000 muertes reportadas en las Américas, lo que significa la cantidad de 4.000 fallecimientos al día. Estados Unidos y México, tienen las cifras de casos más altas del mundo, que equivale al 85% del total de defunciones por la COVID-19 entre el personal sanitario en la región. <sup>(5)</sup>

Ahora, si hablamos de los adultos mayores, en España, el mayor porcentaje de fallecidos equivale a un 86% de esta población. Similar es la situación en Argentina, donde el pico más alto de defunciones está entre las personas de 60 años a más. En México, se pudo evidencia que el mayor número de muertes entre hombres y mujeres estaban entre las edades de 60 a 64 años, con un 13.5% y 14.2% proporcionalmente. <sup>(6)</sup> Cifras que se repiten en la mayoría de los países del mundo. <sup>(7)</sup> Tal es el caso de Perú que, según reporte del Minsa, el mayor número de fallecidos son adultos mayores, entre varones y mujeres, comprendiendo desde los 60 – 90 años, correspondiente a 137.441 muertes. <sup>(8)</sup>

Como se puede ver, esta pandemia está afectando al mundo entero, sea en el ámbito político, económico, poblacional y mucho más en el área de salud, dejando al descubierto de manera cruda y real la precariedad de muchas instituciones, tal y como se evidenció en el Perú, donde se hallaron hospitales viejos, falta de materiales, camas, laboratorios especializados, ventiladores mecánicos, talento humano y sumado a ello, una población geriátrica abandonada, situaciones que se repiten en nuestra localidad. <sup>(9)</sup> Además de las deficiencias en infraestructura y equipamiento, según la OPS, en el Perú, se tiene la certeza que hasta el momento existen dos grupos de personas que tienen mayor probabilidad de padecer complicaciones como consecuencia de la COVID-19. Estas son, las personas mayores (individuos que han superado los 60 años) y aquellos con antecedentes de enfermedades crónicas, lo que contribuye de manera negativa a la situación que se está viviendo. <sup>(10)</sup>

Por otro lado, también está afectando a los profesionales de Enfermería, haciendo que estos se enfrenten a situaciones a las cuales no estaban acostumbrados ni preparados; ubicándolos entre retos y dilemas que los llevan a detenerse y reflexionar, pero siempre desde una visión holística; ya que, el profesional sanitario debe avalar los correctos procedimientos clínicos en la atención de la población infectada por la COVID-19; esto, no es fácil ni sencillo, debido a las consecuencias complejas que acarrea dicha enfermedad. Ante esta situación, es difícil no traer a colación a la bioética, ya que servirá de garante en este contexto para el personal de salud y los mismos pacientes.<sup>(11)(12)</sup>

Se sabe que, los profesionales de salud que atienden en primera línea, son los que deciden y actúan de manera rápida, ya que analizan y tratan de distribuir los recursos de la forma más equitativa posible. En estos casos, se necesitan protocolos de atención y obliga al personal de salud a tomar la difícil decisión de quién puede seguir viviendo y quién no. Un estudio realizado en Brasil, nos dice que, a pesar que los hospitales tengan los medios para tratar esta enfermedad, se puede apreciar que existe un descuido respecto a la atención de las personas de avanzada edad que tienen la COVID-19, ya que son considerados los más viejos. Incluso se vio que algunos hospitales decidieron no priorizar la atención a estas personas, lo que coloca a los profesionales sanitarios en un dilema ético. Sumado a esto, existe un incremento del número de pacientes adultos mayores con diagnóstico confirmado, lo que perjudica considerablemente la calidad de su atención ya que, son ellos los que necesitan de cuidado más prolongados.<sup>(11)</sup>

Así mismo, algunas noticias de Italia, refieren que, la atención de los adultos mayores en la UCI con diagnóstico de COVID-19 en el mundo, se han incrementado de manera considerable en los establecimientos de salud. Existe una preocupación evidente en los profesionales de salud ante las acciones tomadas en los diferentes lugares del mundo frente a esta pandemia, porque es evidente que la atención a las personas mayores se verá perjudicada, esto debido a que son considerados los más frágiles y quienes requieren mayor cuidado.<sup>(13)</sup>

En un estudio realizado en España, se identificaron los principales dilemas éticos a los que se enfrentan día a día las enfermeras, ocasionando una gran complejidad durante la prestación de los cuidados, estos fueron: 1) el problema entre la atención del paciente y el propio cuidado de la enfermera, 2) la intervención de la enfermera para la priorización de los cuidados, y, 3) velar por una correcta distribución de los recursos para garantizar su total utilidad.<sup>(13)</sup>

Del mismo modo, según el informe presentado por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) – España, han identificado los siguientes dilemas o conflictos éticos que atraviesa el personal de enfermería: 1) Conflicto entre cuidado del paciente y autocuidado; 2) Conflicto por asegurar la estabilidad de pacientes; 3) Conflicto entre cuidado

del paciente y riesgo de demandas por mala praxis; 4) Conflicto entre asistencia de calidad y distribución de los recursos; 5) Conflicto entre mantener un criterio propio pero contrario; 6) Conflicto por ceñirse a ciertas indicaciones.<sup>(14)</sup>

En países como España, Italia y Estados Unidos, las cuestiones éticas presentadas, son causadas por el incremento del porcentaje de pacientes que requieren una cama UCI, en esto destaca principalmente la decisión de elegir quién puede acceder y quién no, a un ventilador mecánico. A raíz de dicho escenario, se ha producido un grave desequilibrio entre los requerimientos clínicos de la población y la accesibilidad a los recursos que se necesitan.<sup>(15)</sup>

Todas estas situaciones, permiten ver la complejidad de los problemas que están presentes en una pandemia, todo el personal de salud estará frente a conflictos morales que pondrán en tela de juicio aquellos principios como la justicia distributiva, ya que todas las personas cuentan con los mismos derechos y se les debe brindar igual cantidad de medios según sea el caso. No es desconocido que, en esta crisis sanitaria los recursos son limitados; debido a esto, si una enfermera tiene disponible solo una máscara de reservorio y a la vez necesita brindar oxígeno a un paciente de 24 años y a otro de 76 años, la enfermera se verá envuelta en una encrucijada, ya que deberá decidir a uno de los dos cuyos derechos son los mismos y cuyos principios deben aplicarse de igual manera.<sup>(16)</sup>

Lo antes mencionado, nos llevó a la reflexión y a la vez, hizo que surja la duda de cómo es la situación en los hospitales de Chiclayo que atienden a pacientes con la COVID-19, que en su mayoría son adultos mayores, donde el personal de enfermería, enfrenta a diario estos dilemas éticos. Ante la presente problemática, la investigadora se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuáles son dilemas éticos que enfrentan las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021? Cuyo objetivo fue describir, analizar y comprender los dilemas éticos que experimentaron las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021.

El presente estudio se justifica porque la pandemia provocada por el virus SARS-Cov-2 es una de las mayores tragedias humanas y sanitarias que ha vivido la humanidad en estos tiempos y no estábamos preparados para ello, ni con los equipos tecnológicos, ni el conocimiento, ni la experiencia necesaria, lo que quiere decir que el sistema sanitario resulta insuficiente para atender las necesidades más elementales de los pacientes. Esto, ha conllevado a muchas situaciones difíciles para los profesionales de enfermería, quienes se encuentran en contacto directo con los pacientes. A pesar de ello, hay aprendizajes relevantes que deben ser registrados y guardados como evidencia para posibles situaciones futuras, ya que fomentará y motivará nuevas investigaciones; además, los trabajos cualitativos en relación a este tema son

limitados y muy poco investigados; es de suma importancia que en el transcurrir del tiempo se puedan presentar investigaciones interesadas en el tema y que a la larga contribuyan a nuestra profesión de manera positiva. <sup>(13)</sup>

Además, existen muchas normativas como los Códigos de Ética y Deontología Nacional e Internacional, Principios Éticos y Bioéticos que son las bases que guían nuestro actuar al igual que muchas leyes civiles como la Constitución del Estado, Declaraciones Internacionales e informes del Comité de Ética Institucional, ayudando a engrandecer actitudes, comportamientos que contribuyan a ser profesionales íntegros, fortalecidos en todas las dimensiones, que sepan discernir sus ideas, aplicar sus principios y respetar a la ser humano holísticamente para evitar situaciones negativas o adversas en su proceso como profesionales.

Por consiguiente, todos los dilemas y situaciones que atraviesan hoy los profesionales de enfermería servirán para manifestar lo que ellos tuvieron que pasar durante la emergencia sanitaria de la COVID-19, y de esta manera poder contribuir con la sociedad y los futuros enfermeros. Además, los resultados del presente estudio, podrán ser utilizados como antecedentes para futuras investigaciones que estén relacionadas con el tema en estudio, ya sea a nivel local o nacional.

### **Revisión de literatura**

Paniagua <sup>(16)</sup>, menciona que hablar de ética no es otra cosa que el respeto por la vida, que esta se encarga en sí de hacer el bien, de hacer lo correcto; y todos los profesionales, especialmente los de la salud, deben regirse a ella, ya que así lograrán ser unos “buenos cuidadores”. De la mano debe estar la Deontología porque se va a encargar de regular los deberes y normas de conducta que abarcan al profesional de enfermería; así mismo, velará porque se cumplan aquellos principios y valores básicos a tener en cuenta durante el ejercicio de la profesión. Al hablar de valores, hace referencia a la dignidad de cada ser humano, al respeto de su vida, a su privacidad y confidencialidad, sea cual sea la condición de la persona. Todo esto solo para orientar en aquellos aspectos que están vinculados al cuidador responsable, a la institución donde se encuentra brindando su servicio y a la misma sociedad.

Por otro lado, Hardy y Rovelo<sup>(17)</sup>, definen a la ética desde la perspectiva científica, considerándola como un grupo de conocimientos que derivan de la investigación del comportamiento humano al tratar de aclarar de forma lógica las reglas morales. Quiere decir que, va a comprender todo un procedimiento evaluativo y facilita las razones para determinar el por qué cierta acción es buena o mala. Por lo tanto, los profesionales de salud tienen el honor y a la vez, una gran responsabilidad al momento de brindar los cuidados a las personas cuando

están atravesando situaciones complicadas relacionadas a su salud física como psicológica, son los pacientes quienes permiten que nosotros ingresemos en sus vidas, ellos confían en nosotros; por esto, todas las acciones y cuidados que el profesional realice debe estar ligado a lo ético y científico.

La materia de la ética en el área de salud aparece de manera frecuente y abarca en su totalidad el sistema de salud. Se seleccionan deliberadamente aspectos que se hacen más notorios y necesarios en tiempos de crisis. Entre ellos, uno fundamental y del que depende su funcionamiento, es la formación de sus recursos humanos, crucial tanto para actuar en tiempos de “normalidad” como en tiempos de crisis. Lamentablemente, la crisis sanitaria provocada por la pandemia del COVID19 ha puesto de manifiesto posiciones y decisiones incompatibles con la ética médica. <sup>(17)</sup>

Musso<sup>(18)</sup> , considera a los dilemas éticos como problemas o cuestiones que aparentemente no tienen una solución clara, y que se podrían resolver mediante una rápida y profunda meditación, analizando también desde el punto de vista ético, para de esa manera llegar a un adecuado consenso. Si se quiere superar estos dilemas, no solamente se debe tratar de decidir de manera subjetiva o guiándose de la intuición, sino se debe recurrir a la coherencia que existe con los principios éticos, porque estos sirven como conducto de superación frente a las situaciones que se puedan presentar y en donde sí o sí se debe decidir, a pesar de que muchas veces las alternativas sean opuestas.

Villarreal<sup>(19)</sup>, del mismo modo nos dice que, estos dilemas surgen cuando el profesional de enfermería está en una situación compleja durante la atención, tienen dos o más posibles soluciones y no saben por cuál de ellas decidirse, ya que para elegir correctamente deben basarse en valores y principios; y es aquí, donde mayormente se presentan los conflictos. Si hablamos de principios nos referimos, por ejemplo, al de beneficencia y autonomía; y, si hablamos de valores sería el valor de la vida y el respeto a los bienes del otro. Si bien es cierto, estos son los conflictos más comunes, pero también suelen presentarse conflictos de evidencia, conflictos entre la ley y la ética. Si nos centramos de manera específica en el dilema ético, el punto principal sería de carácter moral, es por eso que, el personal de enfermería debe estar preparado si es que se presentan este tipo de conflictos y tenga los instrumentos necesarios tanto para analizar la situación como poder encontrar la solución más aceptable.

Al decir, que el personal de enfermería pasa por este contexto de dilemas también hace referencia al conjunto de experiencias que sí o sí tienen que atravesar durante el ejercicio de su profesión, ya que son situaciones que se van a dar de manera espontánea y única, debido a que cada persona tiene su propia manera de razonar y pensar, viendo la situación desde su propia

percepción, ayudando de esta manera a una mejor relación con este. Por lo tanto, se afirma que lo experimentado por los profesionales no solo está dentro de su imaginación de sus pensamientos, sino que también se ven involucrados los sentimientos, la cultura, sus obligaciones, sus valores y creencias. Asimismo, las experiencias son un medio de comunicación con los demás, porque pueden transmitir y servir de enseñanza durante su vida tanto a nivel personal como profesional. <sup>(20)</sup>

Todo este conjunto de experiencias y conflictos que pasan especialmente los profesionales de la salud con los pacientes que llegan a atenderse, se presentan con mayor frecuencia durante la atención a personas de edad avanzada. Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se les denomina grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad. Por otro lado, la ONU consideraron anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en vías de desarrollo, es decir que en Perú se considerará anciana a una persona a partir de los 60 años. Si se considera únicamente estas edades, es aún más difícil la decisión que debe tomar el personal de salud al momento de brindar la atención durante esta pandemia, ya que son las personas mayores las más vulnerables a raíz de su edad, en comparación con las personas consideradas jóvenes. Son ellos quienes presentan síntomas más complicados, lo que hace que el personal de salud se encuentre en una encrucijada y muchas veces no sepan qué decisiones y acciones tomar. <sup>(21)</sup>

Al hablar de pandemia, nos referimos a que cuando el brote de una determinada enfermedad, ya se ha extendido a varios países a nivel mundial, y que, por consiguiente, las autoridades de cada país deben actuar inmediatamente mediante una proclamación oficial de un estado de emergencia; que, según la OMS, se refiere a una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentar dicha situación. <sup>(4)</sup> Estas declaratorias van a variar de acuerdo a cada país y también a cada región del mismo, teniendo en cuenta las características sanitarias y geográficas, como es el caso de Perú. Todas las acciones que estén consideradas dentro de esta declaratoria deben ser difundidas por los ejecutores y, a la vez, cumplidas por la sociedad. Esta declaratoria de emergencia, emplea un sistema de alertas que van variando de acuerdo a la evolución del evento, y que para cada alerta se deben tener claras las medidas, acciones y roles que los profesionales deben ejecutar. <sup>(22)</sup>

## **Materiales y métodos**

Es una investigación de enfoque cualitativo<sup>(23)</sup>, ya que, se basa en un procedimiento inductivo, que va de lo particular a lo general. El propósito fue, identificar la realidad, estudiarla y analizarla, para de esa manera comprender los dilemas éticos que atravesaron las enfermeras durante la atención a los adultos mayores con la COVID-19.

El presente estudio, se desarrolló con una metodología descriptiva exploratoria<sup>(23)</sup>, debido a que hasta el momento en nuestra realidad no se han identificado estudios referentes al tema de la investigación, por lo tanto, se llegó a describir, comprender e interpretar los dilemas éticos de las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021.

La población, estuvo conformada por aproximadamente 50 enfermeras que laboraron durante la emergencia sanitaria de la COVID-19 y que han atendido a los adultos mayores en los hospitales de Chiclayo. Se consideraron solo a aquellas que cumplían con los criterios de inclusión<sup>(24)</sup>: Enfermeras que tuvieron como mínimo 6 meses de experiencia laboral en el área COVID, y además que aceptaron voluntariamente en el desarrollo de la investigación, para ello firmaron un consentimiento informado. Entre los criterios de exclusión: Enfermeras que laboraban en el área de pediatría u otro servicio que no esté relacionado con lo que se quiere estudiar, aquellas que realizaron su labor desde sus hogares (teletrabajo), que en el instante del recojo de datos se encontraron de licencia o descanso, y que hayan participado previamente de la prueba piloto realizada. Se dio opción a cada uno de los participantes de escoger su propio apelativo, esto con la finalidad de respetar su identidad.

Además, el tipo de muestra empleada fue no probabilística por conveniencia<sup>(25)</sup>, el tamaño de la muestra fue de 12 enfermeras y estuvo determinada por la técnica de saturación y redundancia, es decir, que se finalizaron las entrevistas cuando la información vertida se repetía y no surgieron nuevos datos. El tipo de muestreo se realizó mediante la técnica de bola de nieve<sup>(26)</sup>, donde aquí el primer contacto fue a través de una docente de la escuela de enfermería que facilitó el número telefónico de 5 enfermeras que trabajan en esta área, de las cuales sólo 2 aceptaron participar ya que las demás no cumplían con los criterios de inclusión pero que, gentilmente proporcionaron el número de 4 enfermeras más, de las cuales solo participaron 3.

Al finalizar la entrevista se les pedía de manera cordial el contacto de una colega para poder continuar con la recolección de los datos. Se obtuvo el contacto de 1 enfermera más, la cual participó y fue ella la que proporcionó el número de 5 enfermeras, todas participaron y, por

último, se consiguió el número de 1 enfermera más, llegando así a completar la muestra deseada. A continuación, se caracterizan a los sujetos del estudio:

✓ **Datos generales de las enfermeras participantes**

| <b>Seudónimo</b> | <b>Edad</b> | <b>Centro de Trabajo</b>                          | <b>Estudios de Especialidad o Posgrado</b>                              | <b>Tiempo como Enfermera</b> |
|------------------|-------------|---|---|------------------------------|
| Blanco           | 24          | HRDL – Clínica El Pacífico.                       | No  | 1 año                        |
| Lila             | 53          | “HNAAA”   | Sí – Especialista en Geriátrica y Gerontología – Maestría en Enfermería | 25 años                      |
| Beige            | 44          | “HRDL”  | No  | 20 años                      |
| Celeste          | 33          | “HNAAA” – “Instituto Cayetano Heredia”            | No concluido  | 9 años                       |
| Coral            | 34          | “HNAAA”   | Especialidad UCI-ADULTO   | 8 años                       |
| Rosado           | 31          | “HNAAA”   | Maestría en Enfermería  | 9 años                       |
| Verde            | 23          | “Clínica Pacífico” – Chiclayo.                    | No  | 1 año                        |
| Marrón           | 57          | “HRDL”  | Enfermería en Cuidados Críticos.  | 28 años                      |
| Turquesa         | 28          | “HRDL”  | No  | 1 año                        |
| Magenta          | 43          | “HRDL”  | Especialista en Enfermería de salud de la mujer, niño y adolescente.    | 14 años                      |
| Amarillo         | 33          | “HNAAA” – “Hospital de la Sanidad de la Policía”. | Especialidad en Cuidados Intensivos – Estudiando la Maestría.           | 8 años                       |
| Azul             | 35          | “HRDL”  | Especialidad en Centro Quirúrgico.                                      | 12 años                      |

**Fuente:** Elaboración propia

El escenario en donde se desarrolló esta investigación se encuentra ubicado al Noroeste del Perú, específicamente en los hospitales de Chiclayo que atendieron adultos mayores con la COVID-19, ya que durante el estado de emergencia fue considerado como uno de los departamentos con más incidencias de contagios y un alto porcentaje de adultos mayores fallecidos por la COVID-19.

Para la recolección de información se optó por emplear la técnica conversacional y el instrumento fue la guía de entrevista semiestructurada <sup>(27)</sup> (Anexo 1,) este instrumento permitió abarcar interrogantes que se encuentren fundamentadas en el marco teórico, y por lo tanto se podría ir sumando más de estas interrogantes durante el progreso de la entrevista. Se logró que el participante entrevistado se sienta tranquilo, cómodo y con toda la libertad de manifestarse en el transcurso de la entrevista, esto con la finalidad de obtener información clara y precisa que servirá para la investigación. El instrumento fue elaborado por la investigadora y validado por tres juicios de expertos, que cuentan con el grado de maestría (1) y doctorado (2), que dominan la línea de investigación cualitativa y laboran en el área asistencial.

Como primer paso, el proyecto de investigación fue registrado en el Sistema de Gestión de Investigación (SGI) de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; luego fue enviado al Comité de Ética de la Facultad de Medicina para que sea aprobado, posteriormente, se obtuvo la aprobación el 03 de setiembre del 2021, con la RESOLUCIÓN N° 154-2021-USAT-FMED (Anexo 2). Después de ello, se llevó a cabo la prueba piloto con dos enfermeras que laboraron en el escenario de estudio, ellas no formaron parte de la muestra, esto permitió comprobar si las preguntas fueron claras y comprendidas, como resultado, no se modificaron ninguna de las preguntas de la guía de la entrevista.

Luego de haber identificado a las enfermeras que trabajan en el área de COVID-19, se comprobó que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente mencionados, se procedió a informar sobre la finalidad de la investigación; como paso dos, a los profesionales que hayan confirmado su participación, se les hizo llegar de manera virtual a través de WhatsApp, el consentimiento informado (Anexo 3) por medio de Google Forms. Después de tener la aceptación individual, se procedió a desarrollar la entrevista semiestructurada, según su disponibilidad de tiempo. Estas entrevistas se dieron de manera virtual realizándose 11 entrevistas por medio de la plataforma de Zoom y 1 fue respondida mediante documento de Word, completando así las 12 entrevistas según la muestra obtenida; las mismas, se realizaron de manera virtual debido al Decreto Supremo que plantea Estado de Emergencia Nacional N° 044-2020-PCM <sup>(28)</sup>. Es fundamental destacar que al finalizar cada entrevista se le solicitó el nombre y teléfono de una compañera para lograr contactarse con ella y pedirle de favor su

recomendación para que también acceda a participar en el estudio. Los datos se recolectaron de setiembre – octubre del 2021.

La información obtenida fue confidencial en todo momento, para de esta forma conservar la totalidad del profesional de enfermería participante, procurando no exponer en ningún instante su nombre u otro dato, para eso se utilizó un seudónimo; después de haber terminado la entrevista se prosiguió con la transcripción de todas ellas en un documento en formato Word, una vez llevado a cabo este procedimiento se les reenvió su entrevista transcrita a cada participante para que verifiquen si los datos plasmados en dicho archivo corresponden a lo que ellos dijeron, esto permitió cumplir con el criterio de rigor científico de credibilidad.

Al momento del análisis de datos se emplearon las técnicas de análisis cualitativos según Fernández<sup>(29)</sup>, quien lo ha resumido en los siguientes pasos: 1) **Obtener la información:** en este paso se procedió a aplicar la entrevista semiestructurada a todos los participantes que aceptaron ser parte de la investigación para de esta manera obtener la información necesaria. 2) **Capturar, transcribir y ordenar la información:** después de llevada a cabo la realización de las entrevistas se continuó con la transcripción en un formato de documento de Microsoft Word. 3) **Codificar la información:** posterior a la transcripción, se identificaron y agruparon las categorías que incluyan definiciones y opiniones similares que se hayan reconocido durante las entrevistas. 4) **Integrar la información:** finalmente se procedió a vincular las categorías identificadas con el marco conceptual desarrollado en la investigación. Las entrevistas se analizaron en las matrices de procesamiento de datos.

Durante el desarrollo de la investigación, se aplicaron los criterios éticos de la bioética personalista de Sgreccia<sup>(30)</sup> como: a) **El principio de defensa de la vida física:** Cada integrante fue respetado de manera íntegra, recordando siempre su valor como ser humano, sin exponerlos bajo ninguna circunstancia a algún malestar de tipo físico, psicológico o afectivo, asimismo se respetó la intimidad y honorabilidad de los participantes, previniendo a cada instante que los datos obtenidos no sean revelados a terceros. b) **El principio de libertad y responsabilidad:** Los participantes obtuvieron los datos necesarios acerca del objetivo de esta investigación, y cada uno de ellos determinó de forma voluntaria su colaboración en este proyecto, todo esto estuvo explicado en el consentimiento informado. Cabe recalcar que el proyecto se efectuó con la previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo. c) **El principio de sociabilidad y subsidiaridad:** Se tuvo presente que los resultados conseguidos sirvan como precedentes para que en futuras investigaciones haya un mejor entendimiento respecto a la problemática a analizar, de igual modo, dejó examinar

aquellos dilemas éticos que atravesaron las enfermeras en este contexto de pandemia, avalando la probabilidad de una totalmente nueva línea de averiguación dentro de la salud.

Cabe mencionar que, en la presente investigación se ha respetado las autorías de los estudios aquí citados; así mismo, este proyecto tuvo una similitud en el sistema Turnitin de 7% (Anexo 7). En cuanto a las grabaciones de las entrevistas serán eliminadas después de 2 años. Por último, cabe señalar que el estudio fue ejecutado con la aprobación del Comité de ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

## **Resultados y discusión**

La presente investigación buscó describir, analizar y comprender los dilemas éticos que experimentan las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021. Luego de una minuciosa revisión de los discursos recolectados fueron agrupados en 4 categorías y 7 subcategorías:

- 1. DILEMA ÉTICO: Asignación de recursos vitales entre un adulto mayor y un adulto joven.**
- 2. DILEMA ÉTICO: Riesgo-beneficio de normas durante la pandemia para velar por la seguridad del paciente**
  - 2.1 Continuar con el tratamiento empírico o mantener un criterio propio por el bienestar del paciente
  - 2.2 Permitir o no las visitas familiares durante la recuperación del paciente con COVID-19
  - 2.3 Permitir o no la presencia de un sacerdote o pastor durante la recuperación del paciente con COVID-19
- 3. DILEMA ÉTICO: Cuidar al paciente o ver por el propio autocuidado de la enfermera.**
  - 3.1 Incertidumbre laboral por miedo al contagio durante la atención
  - 3.2 Incertidumbre laboral por presencia de comorbilidades
- 4. DILEMA ÉTICO: Dejar partir al paciente o seguir luchando por salvarlo**
  - 4.1 Limitación del esfuerzo terapéutico a pacientes críticos con la COVID-19
  - 4.2 Evitar el manejo inadecuado de los cadáveres o tener en cuenta los cuidados post mortem y la dignidad póstuma

## 1. DILEMA ÉTICO: Asignación de recursos vitales entre un adulto mayor y un adulto joven.

Antes de abordar específicamente este dilema, es necesario conocer algunos conceptos para comprender de manera clara la situación presentada. Tanto el adulto joven como el adulto mayor, son sujetos de derecho, que se encuentran de una u otra forma activos en la sociedad, con garantías y responsabilidades consigo mismos, su familia y su entorno. Según la OMS, se considera un adulto mayor a una persona de 60 años o más y; adulto joven a personas entre 21 y 35 años. <sup>(31)</sup>

Estas definiciones se relacionan con la presente categoría, ya que identificamos que el principal dilema ético que el personal de enfermería tuvo que enfrentar, fue el tener que elegir entre estos pacientes. Lo que significa que de cualquier modo se tenía que tomar la decisión de a quién se atendía y a quién no. Se suma a esto, la escasez de recursos, la gran demanda de personas infectadas y la relación que había entre estas personas y el personal de salud; haciendo más complicada la situación al momento de tomar decisiones respecto a la atención.

Al respecto, hubo diferentes métodos a manera de propuesta, por ejemplo: atender de acuerdo al orden de llegada, es decir, llegaste primero se te atiende primero y así hasta agotar la disponibilidad de los recursos. Evitando así, algunos privilegios o preferencias por los jóvenes y dejando de lado a los longevos o a quienes presentaran algún tipo de discapacidad o enfermedad terminal. Al poco tiempo de iniciada la pandemia, las entidades encargadas de supervisar las cuestiones éticas, dejaron en claro su punto de vista si se presentasen situaciones de esta índole. Sugirieron que los recursos deben asignarse en primer lugar, a quienes tienen mayores probabilidades de vencer la enfermedad, para ello se dio la recomendación de que los establecimientos de salud formaran comités para realizar dicha asignación de manera justa, y que dichos comités deben estar constituidos por profesionales que no estén encargados de la atención en primera línea, para evitar decisiones direccionadas porque ya conocen al paciente. <sup>(32)</sup>

Esto, se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“...Era en cuanto al oxígeno y a las camas UCI, y elegían dar prioridad a los adultos menores de 50 años y a los adultos mayores ya no se les atendía, los dejaban morir prácticamente porque el oxígeno era escaso y no alcanzaba para todos. La mayoría eran adultos mayores y se*

*esperaba que ellos entraran a UCI, pero luego empezó a ingresar gente más joven y fue ahí donde se presentó este dilema.” (Blanco, Beige, Marrón)*

*“Al punto que tenías que elegir, como se ha visto en las noticias, quién era más rescatable y que iba a ser mejor candidato para una intubación o para pasar a una cama UCI. Se actuó más de acuerdo la emergencia sanitaria que a las propias necesidades de los pacientes.” (Lila)*

*“El principal dilema que se ha presentado fue el tener que elegir si es un adulto mayor o un joven; entonces, no sabías con qué paciente quedarte, si el mayor o el más joven. Incluso, tuve pacientes que veían toda la situación que estábamos pasando y se daban cuenta que había personas que también lo necesitaban y ellos mismos nos decían que le quitamos el oxígeno para darles a los más jóvenes.” (Turquesa)*

*“Como primer dilema estuvo la admisión de pacientes, por más que haya sido en relación al grado de complejidad o grado de riesgo para la vida, había situaciones en las que son varias las solicitudes para acceder a una cama UCI, viene el dilema ahí en el tema de a quién se admite primero. Entonces preferentemente se aceptaban a personas que aparentemente ante la sociedad por ser más joven tiene más opciones de vivir y tiene un futuro por delante.” (Amarillo)*

En este sentido, es bien mencionado por los profesionales de enfermería que el principal dilema al cual tuvieron que enfrentarse en esta pandemia, fue el tener que seleccionar entre un adulto mayor y un adulto joven. Esto, debido a la escasez de recursos (principalmente oxígeno, camas UCI y los ventiladores mecánicos) y, a la gran demanda que hubo al inicio de la pandemia. En casi todos los casos, dieron preferencia a las personas jóvenes, ya que tenían mayores posibilidades de recuperarse, a diferencia de los adultos mayores.

Al respecto, estos resultados son similares al estudio de Muñoz<sup>(32)</sup>, quien aporta que, debido a la fragilidad de la infraestructura de los establecimientos de salud, durante la pandemia de COVID-19 han surgido importantes dilemas éticos. Estos aparecieron por la inestabilidad entre la oferta y la demanda de servicios sanitarios, dicho desequilibrio se debe al rápido aumento del número de pacientes en estado crítico. Los dilemas éticos se evidenciaban al decidir qué pacientes evaluar, tratar o priorizar en el contexto de escasez; por ejemplo, si no cuentan con las camas o ventiladores necesarios para la cantidad de pacientes, se debe tomar una decisión de a quién atender.

Así mismo, en el estudio de Arévalo-Leal<sup>(33)</sup>, argumenta que, en algunos países se ha decidido limitar el ingreso a UCI de personas mayores (65, 70, 80 años). Si bien es cierto, el número de años de vida alcanzados y la finalización del ciclo de vida son variables relevantes en este contexto; sin embargo, si se toma la edad como criterio exclusivo, esta resulta insuficiente, ya que no se estaría teniendo en cuenta los factores médicos y el pronóstico; al basarnos solamente en la edad, estamos contribuyendo a una discriminación injustificada basada únicamente en un número de años.

También nos hace referencia que, a la hora de asignar los recursos de salud, se debe considerar a todos los pacientes que lo están necesitando, esto con la finalidad de que no haya víctimas invisibles como consecuencia de la pandemia. Este conflicto suscitado a causa de la escasez de recursos, se describe en el informe del Ministerio de Sanidad Español, como “la tensión entre utilitarismo y humanitarismo”, lo que significa que tanto los pacientes que se atienden primero como los que se atienden después, deben tener el mismo resultado (ser salvados) ya que todas las personas tienen el mismo derecho de recibir el tratamiento que les corresponda según su estado de salud.

Al existir esta escasez de recursos, se requieren medidas más rigurosas en cuanto a la asignación de los mismo; como sugieren los médicos italianos, se debe dirigir estos recursos esenciales: como camas UCI y ventiladores, a aquellos pacientes que pueden aprovecharlos al máximo. Está claro que todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad y al uso de la mejor tecnología disponible. Pero cuando el número de pacientes supera a la tecnología y hace que los servicios de salud colapsen, se necesita un enfoque racional de la situación, que en muchos de los casos no va de la mano con la ética.<sup>(34)</sup>

Los estudios contrastados tienen similitud con lo que han afirmado los profesionales de enfermería en las entrevistas, ya que nos dieron a conocer su experiencia en cuanto a las situaciones presentadas en la atención durante la pandemia. Los estudios también indican la importancia de la suficiencia de los recursos materiales al momento de brindar los cuidados, ya que deben darse a todos los que lo requieran y, si existe un desequilibrio en el abastecimiento, traerá un efecto perjudicial en la atención, especialmente en la de los adultos mayores.

## **2. DILEMA ÉTICO: Riesgo-beneficio de normas durante la pandemia para velar por la seguridad del paciente**

Al mencionar la seguridad y protección del paciente, se refiere al grupo de medidas que se debe tener en consideración a lo largo de la ejecución de los cuidados y/o actividades de enfermería, para lograr un cuidado crítico más humano y menos teórico. Las actividades destinadas al confort del paciente maduro y el anciano, poseen como fin principal aliviar el malestar presentado por medio de procedimientos clínicos, la supresión de los recursos estresores, la ayuda espiritual y familiar, y asegurar la esperanza de vida en el entorno hospitalario. <sup>(35)</sup>

### **2.1 Continuar con el tratamiento empírico o mantener un criterio propio por el bienestar del paciente**

En este contexto de pandemia, el personal de enfermería es primordial al momento de ejecutar los cuidados al paciente hospitalizado con Coronavirus, para prevenir e identificar complicaciones de manera precoz y cooperar con los miembros del equipo de salud, para evaluar la reacción del paciente al procedimiento empleado para combatir a la COVID-19.

Cuando se dice que, enfermería debería continuar literalmente con las instrucciones, se refiere exactamente a aquel grupo de normas o reglas dadas para un fin específico. En este caso, sería la recuperación de los pacientes contagiados.<sup>(36)</sup> Sin embargo, no podemos guiarnos sólo de dichas indicaciones y dejar de lado el criterio propio profesional, que básicamente es el conjunto de principios y habilidades que van a favorecer a que se emitan juicios sólidos y se tomen decisiones basadas en la realidad de cada paciente.<sup>(37)</sup> Estas definiciones han estado muy presentes durante la pandemia, ya que el personal de salud,

específicamente, el personal de enfermería, no sabía si ceñirse exclusivamente a las indicaciones o tomar decisiones desde su propio juicio y experiencia.

La pandemia de COVID-19 ha supuesto un desafío para los sistemas de salud de todo el mundo, ya que se enfrentan a un agente desconocido con un alto índice de contagio y una evolución clínica sorprendente, lo que hace más difícil el desarrollo de políticas de salud que permitan el acceso igualitario a la atención sanitaria y a una asignación adecuada de los recursos utilizables. Ya se ha evidenciado que, durante el manejo y la atención de estos pacientes, se han suscitado muchos dilemas éticos desde decidir a quién se le debe realizar las pruebas de descarté, el empleo de terapéutica empírica o la opción entre a qué paciente se le permite el acceso a un ventilador mecánico o a una cama UCI. <sup>(38)</sup>

Esto, se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“Otro dilema ético era en cuanto a la medicina, como era una enfermedad nueva, no se tenía claro el tratamiento que debía darse, entonces se tenía a los pacientes como conejillo de indias, para ver si los medicamentos empleados funcionaban o no.” (Blanco)*

*“...A veces con la elección del tratamiento, por ejemplo, se tenía que colocar corticoides frecuentemente utilizados en los pacientes COVID y en ocasiones, estos pacientes también eran diabéticos. Se sabe que, los corticoides elevan el azúcar y era en ese momento donde se presentaba el dilema si colocarles o no, porque existía un riesgo-beneficio.” (Celeste, Magenta)*

*“Yo sabía que el tratamiento que se estaba administrando no estaba teniendo resultados en el adulto mayor, pero aun así teníamos que administrarles; algunas veces les preguntaba y sugería a los médicos si existía la posibilidad de cambiar ese medicamento por otro, y me respondían que no y si no había buenos resultados, debíamos prepararnos porque las probabilidades de que fallezcan eran mayores”. (Coral, Turquesa)*

*“A veces los médicos te daban hoy día 10 medicamentos para el paciente hospitalizados con COVID, pero para mañana tenían unos 5 más y eran medicamentos que su eficacia no estaba completamente demostrada y no se tenía la seguridad o certeza de que vayan a hacer el efecto que se espera.” (Amarillo)*

Se presentaron también situaciones en las que las enfermeras no sabían si ceñirse a las indicaciones dadas por el cuerpo médico o mantener una postura distinta y hacer uso de su objeción de conciencia y decir: no, no voy a administrar estos medicamentos porque no sabemos a ciencia cierta si tendrán efectos positivos en los pacientes. Como es una enfermedad nueva, no se conocía a profundidad cómo actuaba este virus y cuáles eran los tratamientos adecuados para combatirlo. Se experimentaba en los primeros pacientes en cuanto a los medicamentos, se les administraba varios de ellos y desde luego, alguno tenía que hacer efecto. Sumado a esto, había personas con enfermedades crónicas y al administrarle estas cantidades de medicamentos, obviamente se tenían algunos efectos secundarios como reacción a tanta medicina.

Salinas<sup>(39)</sup>, explica que esta pandemia ha dado lugar a que se reporten y prueben todo tipo de medicamentos para combatir la enfermedad y sin tener el respaldo de una base o fundamento científico, cosa que nunca se había visto. Todo esto sucede, en un contexto donde se hayan conjugados muchos factores, tales como: la enfermedad es nueva, no se conoce mucho sobre su nosología y su rápida evolución en el organismo, lo que impulsa al equipo de salud a tener que tomar una decisión lo antes posible. La severidad de los pacientes posibilita el uso de terapias sin evidencia suficiente de su efectividad; se dice que, la única esperanza en estos casos es probar medicamentos que aún no han sido testeados y, que en el peor de los casos no traerán ningún beneficio, pero tampoco provocarán daños.

Herrera-Lasso<sup>(40)</sup>, realizó una revisión de las principales reacciones adversas a algunos medicamentos empleados como tratamiento de la COVID-19, con la finalidad de poder identificar de manera temprana las consecuencias que generan y plantear así un manejo integral. Tenemos al Lopinavir/Ritonavir, del cual se ha probado su acción inhibitoria in vitro contra el SARS-CoV. Sin embargo, en investigaciones realizadas en pacientes hospitalizados con neumonía grave por COVID-19, no se ha podido comprobar que exista una relevante recuperación con

este medicamento. De igual manera, se demostró la efectividad *in vitro* de la Hidroxicloroquina ante el virus; sin embargo, son más grandes los efectos adversos que provoca este medicamento, se menciona dentro de estos a: la hipoglucemia, discrasias sanguíneas, cefalea, sordera, acúfenos, variación de la funcionalidad hepática y fotosensibilidad. Por otro lado, tenemos a la Ivermectina, estudios revelan la importancia de este medicamento a lo largo de la infección; su actividad inhibitoria en el transporte nuclear podría ser eficaz contra el SARS-CoV-2., comprobando en 48 horas una pérdida significativa de material viral con una sola dosis.

Por otro lado, Pérez-Martínez<sup>(41)</sup>, concluye que la administración masiva e indiscriminada de los antibióticos como tratamiento para la COVID-19, parece estar motivada por diversos escenarios que someten al equipo de salud a elegirlos para la administración. Los antibióticos indicados durante el tratamiento son: ceftriaxona, azitromicina, vancomicina y quinolonas. Estos, pueden convertirse en un factor repotenciado con la inflamación e interrupción del microbiota intestinal ocasionada por el COVID-19, lo que dejaría en evidencia que mientras no exista una infección por bacterias, los resultados pueden ser peores. En relación a la administración de antibióticos, España e Italia ocupan las primeras filas; del mismo modo, son los países que lideran las mayores tasas de mortalidad por COVID-19 en la Unión Europea. Por el contrario, países donde se ha limitado la administración de antibióticos, como Suiza, Suecia, Dinamarca, Noruega y Reino Unido, tienen las menores tasas de mortalidad de su región.

Toda esta situación respalda lo encontrado en el presente estudio y a la vez nos hace preguntarnos lo siguiente: ¿Es ético que a los profesionales de enfermería se les exija cumplir a cabalidad con la administración de dichos medicamentos sin pensar en las consecuencias y falta de sustento que existe para hacerlo? Si bien es cierto, el equipo de enfermería debe seguir las indicaciones dadas por el equipo médico; sin embargo, también tienen la facultad y capacidad para tomar decisiones respecto a la administración del tratamiento. Además, cobra importancia aquí la característica investigadora de cada profesional, y se hace el llamado a indagar acerca de la eficacia que tienen dichos medicamentos y si es correcto o no administrarlos. Esta cualidad debe primar en todo el personal para evitar así cualquier complicación en los pacientes infectados.

## 2.2 Permitir o no las visitas familiares durante la recuperación del paciente con COVID-19

Cuando se habla de permitir las visitas, se está englobando una verdadera atención a los enfermos y ancianos, tanto en cuidado físico, como en compañía, ya que la ayuda emocional y espiritual es fundamental en este entorno. La atención de mayor relevancia en casos de vejez y patologías graves, es aquella donde están involucrados nuestros propios familiares. El imprescindible aislamiento de los pacientes COVID para evitar la propagación de dicha patología, ha obligado a modificar y adaptar cada una de las acciones y dinámicas de los nosocomios y a cambiar el sistema de visitas y la estancia de familiares de los pacientes.<sup>(42)</sup> Este nuevo surgimiento de políticas sanitarias y estrategias que limitan las visitas incluso en situaciones del final de la vida, generan disconfort tanto en el paciente, familia y el propio personal de salud. Además, la aplicación de estas políticas podría tener efectos que no han sido adecuadamente considerados, con un impacto negativo e imprescindible a nivel afectivo-emocional y espiritual de la persona enferma.<sup>(43)</sup>

La parte afectiva del ser humano es el área de la vida que tiene que ver con las emociones, los estados de ánimo y, en general, con la experiencia vivida que es propia de cada persona.<sup>(44)</sup> Los pacientes hospitalizados con COVID19 confirmado o sospechado experimentan una gran presión psicológica; Por lo tanto, se sienten solos, asustados, tristes y preocupados.<sup>(45)</sup> Todas las sensaciones que experimenta el paciente están dirigidas no solo hacia los efectos que provoca la enfermedad, sino también hacia la muerte, afectando así su estado emocional.

Esto, se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“Decidimos ya no ver al paciente solo por la patología de la COVID, sino también desde la parte afectiva que estaba completamente agredida, ya que el adulto mayor se sentía solo. Para mí la parte emocional juega un papel importante porque es un elemento básico para la recuperación del ser humano. Se empezó a coordinar el ingreso de los familiares para que vean y acompañen a los pacientes. También se buscó la comunicación mediante las videollamadas, y el adulto mayor se alegraba, le escribían cartitas o elaboraban pancartas y nosotros le entregábamos o le colocábamos a lado de su cama.” (Lila)*

*“Por otro lado, el hecho de que los adultos mayores ingresen a un área COVID y sus familiares no puedan visitarlos y no sepan de ellos a diario, es una situación difícil, pues muchas veces fallecían y tampoco podían estar presentes o verlos antes del entierro por el tema del alto riesgo de contagio.” (Rosado)*

*“También otro punto era en cuanto a las visitas, se privaba a que los familiares visiten al paciente. Solo cuando traían a los pacientes, la familia podía ingresar, pero hasta un cierto límite; después de eso, digamos que a la de Dios dejaban a su familiar. Se cerraban las puertas y el familiar solo podía esperar y estar al pendiente por si le avisaban algo. Hemos empleado ciertas estrategias para poder ayudar en esa necesidad de los pacientes, a través del celular para que el familiar pueda hacer una llamada o video llamada y pueda ver a su ser querido.” (Marrón)*

*“Otro dilema muy grande, era respecto a las visitas; cuando inició todo lo de la pandemia, llegabas con tu paciente hasta la puerta y no podías ingresar y en la mayoría de los casos, nunca más lo veías hasta que fallecían. Empezamos a hacer las llamadas, las video llamadas, o los mensajitos porque veíamos que, así como el familiar quería ver al enfermo, el enfermo también quería ver a sus familiares y eso, a nivel anímico, ayuda bastante.” (Turquesa)*

*“En relación a las visitas, pues hasta ahora es limitado digamos, si ingresan a ver a los pacientes, pero también se han establecido límites respecto a eso.” (Magenta)*

De acuerdo a esto, también se presentaron inconvenientes en cuanto a las visitas, debido a que la COVID-19 es altamente contagiosa, se tenían que aislar a los pacientes, esto quiere decir que, su familia o seres queridos no podían visitarlos ni estar en contacto con ellos, esto para evitar el incremento de contagios. Si bien es cierto, la recuperación de los pacientes, se basa en el tratamiento farmacológico, y con mayor razón para esta nueva enfermedad del Coronavirus; también es importante no descuidar la parte anímica del paciente y tanto más, en los adultos mayores. La

parte emocional y afectiva también cumplen un rol fundamental en su recuperación, ya que va a influir de manera positiva o negativa en la evolución de su enfermedad.

Es por ello que, SEDISA<sup>(42)</sup>, refiere que, todas las personas infectadas por la COVID que se encuentran en aislamiento y sin oportunidad de poder sentir el cariño de sus familiares, han llevado al personal de salud a definir acciones para reducir este sentimiento de abandono y soledad que ellos atraviesan durante su estancia en el establecimiento de salud. Y, que, por lo tanto, para facilitar la conexión emocional y el apoyo, se necesita a la familia, como parte de la verdadera calidad de atención de las personas.

Del mismo modo, Casabella<sup>(43)</sup>, nos menciona que, la presencia de la familia puede aliviar el delirio asociado con cambios a largo plazo en la función cognitiva. Casualmente, los primeros informes han mostrado una alta incidencia de delirio en pacientes con COVID19. Por otro lado, es clave que la familia esté presente, ya que cumplirán la función de intermediarios y así podrán orientar de una mejor manera al equipo de salud a intervenir en las necesidades de los pacientes que se encuentran en sedación o inconscientes, apoyando de esta forma en la toma de decisiones.

Respecto a las estrategias empleadas para poder conectar a aquellos pacientes aislados con sus seres queridos, el hospital de Morelos – México, comunicó que el área de Trabajo Social viene realizando un total de nueve mil videollamadas hechas con la finalidad de que no se pierda la comunicación y el contacto entre pacientes positivos a la COVID-19 y familiares. A la par, también se hizo mención que hace más de un año que viene manteniéndose este sistema de comunicación virtual como un método simple, que permita transmitir aliento y a la vez de confianza para unir a paciente y familia. Todo esto, sin dejar de tener en cuenta el estado de salud del paciente.<sup>(46)</sup>

Sucedió lo mismo, en un hospital de Argentina, en el cual pusieron en funcionamiento un ambiente virtual para facilitar el contacto entre familia y paciente contagiado; esta acción se realizó con la finalidad de mantener el vínculo entre ellos. En este ambiente, todos los enfermos pueden recibir mensajes, cartas y fotografías; promoviendo de esta forma su pronta recuperación.<sup>(47)</sup>

También, en un estudio realizado en Colombia, se desarrollaron estrategias de monitoreo tanto virtual como presencial, con una visión centrada en el ser humano, ya que se encontró que la participación de la familia juega un rol importante durante la atención, mejora la comunicación e interacción entre el paciente, la familia y el

equipo de salud. Al día, aproximadamente se llevaron a cabo 71 visitas virtuales, se recibieron 428 cartas, mensajes de voz y videos, entre otros. <sup>(48)</sup>

Los resultados de estas investigaciones complementan los hallazgos de este estudio; ya que, se ha podido recalcar la influencia del apoyo familiar en la parte emocional del paciente aislado por la COVID-19. Además, existe una similitud en cuanto a las estrategias empleadas por las enfermeras entrevistadas en el estudio, y las acciones tomadas por los hospitales de los países mencionados. Ante esto, se puede decir que las visitas y el apoyo de los familiares sí tiene importancia para la recuperación de los pacientes; y que, con estas estrategias, el personal de enfermería ya no se encontrará en el dilema de permitir o no las visitas a los pacientes.

### **2.3 Permitir o no la presencia de un sacerdote o pastor durante la recuperación del paciente con COVID-19**

Cuando una persona está enferma, se acerca a un estado de debilidad y fragilidad en el que es consciente de sí mismo, y es ahí donde empieza a cuestionarse sobre aspectos no sólo médicos, sino también aspectos espirituales y mentales. Cuando se habla exactamente de la dimensión espiritual, se trata de la experiencia interior más profunda de cada persona, lo que constituye en sí su ser y, que además busca establecer un vínculo con todo lo que está alrededor suyo, pues necesita encontrarle un sentido a su existencia y al por qué está en este mundo. Ahora, si esta dimensión espiritual se solidifica y se muestra a través de una relación trascendente con Dios, a través de un credo y un dogma, estamos ante una dimensión religiosa. <sup>(49)</sup>

Esto se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“...No olvidarnos de la parte espiritual de la persona, lo emocional y psicológico de todas las personas que atendemos, aunque no compartamos el mismo credo, pero siempre velar por la vida espiritual de los pacientes que ya no les queda mucho tiempo.” (Blanco)*

*“...En la parte espiritual, coordinamos con el sacerdote para que pueda ingresar y acompañar también a los pacientes de ese modo.” (Lila)*

*“Hubo pacientes que eran bastante creyentes en Dios y ya estaban en sus últimos momentos de vida y querían un sacerdote o un guía espiritual. Era en ese momento donde se presentaba el dilema ético de dejar pasar al sacerdote permitiendo de ese modo que el paciente mayor tenga una muerte digna; o no dejarlo pasar ya que se tenía prohibido el ingreso de visitas.” (Verde)*

Así como, la parte emocional juega un rol importante, también la parte espiritual lo es. Por la misma enfermedad y por lo que los pacientes escuchaban de cómo estaba avanzando en ellos, tenían la necesidad de que un sacerdote o un guía espiritual los visite, para que les dé esa fortaleza, tranquilidad y paz que sólo Dios puede dar. Por eso, la parte espiritual del ser humano es fundamental también en estos casos.

Quadri<sup>(50)</sup>, nos menciona que la actual pandemia ha desestabilizado también a la iglesia de diversas maneras, siendo principalmente afectadas la planificación y los métodos para la continuidad de las acciones religiosas. Según las recomendaciones dadas para sobrellevar esta pandemia, se ha sugerido que empiecen a regularse tanto las acciones religiosas fuera de los establecimientos de salud como dentro de ellos, esto quiere decir, que se permita la visita de un clérigo a los pacientes con COVID-19, con el objetivo de brindarle apoyo espiritual.

Por otra parte, Fardin<sup>(51)</sup>, comprobó lo dicho en los artículos publicados a partir de 1978 al 2019 sobre la interacción entre la espiritualidad en tiempos de crisis. Por los resultados se pudo deducir que la espiritualidad puede contribuir en los individuos a mantener su mente relajada aún en tiempos de crisis y patologías severas.

Así mismo, Van Hook<sup>(52)</sup>, nos comenta que el óptimo estado del área espiritual de las personas contribuye a que pueda recuperarse en el momento o después de atravesar momentos complicados relacionados con su salud. Esto, porque se genera en ellos una sensación de tranquilidad, esperanza y a la vez les da el valor que necesitan para afrontar su enfermedad. Además, añade que la espiritualidad está relacionada con el sentido de significado.

Currier<sup>(53)</sup>, añade a lo mencionado que, existen diferentes formas de reforzar esta parte espiritual en pacientes hospitalizados, dentro de estas prácticas menciona: la conversación con Dios, la lectura de las sagradas escrituras y el respaldo de personas

que congregan igual que ellos. Todo esto, puede aliviar la sintomatología presentada por la COVID-19. También hace hincapié en la oración como método que mejores resultados ha dado durante el proceso de afrontamiento de la enfermedad.

Los estudios encontrados tienen similitud con nuestros resultados porque durante las entrevistas, el personal de enfermería manifestó que, así como la parte emocional y familiar juega un rol importante en la recuperación del paciente con COVID-19, el área espiritual también lo es. Con esto, se demuestra que la presencia de un sacerdote o pastor (según sean las creencias de los pacientes), puede ayudarlos a mantener la calma, la fe y la esperanza durante el proceso de su enfermedad; esto, a través de la oración y de la lectura de la palabra de Dios.

### **3. DILEMA ÉTICO: Cuidar al paciente o ver por el propio autocuidado de la enfermera.**

En el equipo de salud, los enfermeros son más vulnerables a los factores de riesgo biológicos y sociales para el desarrollo de alteraciones en su salud, esto debido a su alta exposición al virus en el transcurso de su trabajo, desarrollo de sus funciones y el miedo al contagio tanto personal como familiar. Por un lado, la enfermería, como parte integral del sistema, es responsable de promover la salud, prevenir enfermedades y brindar asistencia a las personas con afecciones de todo tipo y aún más, en este contexto pandémico. Pero, por otro lado, también debe velar por su bienestar y su cuidado personal, lo que significa que debe realizar actividades encaminadas a preservar su salud y prevenir enfermedades; y cuando las padezca, adoptar la forma de vida más adecuada para ralentizar su evolución.<sup>(54)</sup>

Ambas situaciones, se han podido apreciar en esta pandemia porque el personal de enfermería debía y quería cuidar de los pacientes infectados, pero a la vez, también existía un temor a que pudieran contagiarse.

#### **3.1 Incertidumbre laboral por miedo al contagio durante la atención**

El miedo es una emoción negativa que lleva a eludir estímulos específicos en función del riesgo percibido, llevando al sujeto a intentar escapar de lo que considera riesgoso, peligroso o perjudicial para él mismo.<sup>(55)</sup> Durante la pandemia, escuchar esto no es nada nuevo y, además, este temor se basa en los informes brindado, donde existe una tasa elevada de trabajadores de salud contagiados de COVID-19. Las enfermeras procuran tener un ajustado y duradero vínculo con

aquellos pacientes que son sospechosos de estar infectados o aquellos que ya cuentan con un diagnóstico verificado de COVID-19. En estas condiciones, la capacidad de adecuación de casi todas las enfermeras empieza a menguar, un cambio que constantemente el sistema de salud no le brinda la importancia que merece. <sup>(56)</sup>

Esto, se puede evidenciar en los siguientes discursos:

*“El mismo desconocimiento de esta pandemia y el miedo que teníamos en la atención, nos hizo actuar muchas veces de manera incorrecta, sabiendo que no deberíamos hacerlo, pero lo hacíamos por la demanda que había en la atención”. (Lila)*

*“Muchas veces no había guantes, entonces uno tenía que aspirar secreciones y cómo lo hacías si no tenías los guantes, es ahí donde surgía el dilema entre el cuidado de los pacientes y el propio autocuidado ya que también podíamos contagiarnos.” (Coral)*

*“Hubo un momento que a mí me pasó que, al paciente yo le tenía miedo porque me podía contagiar, brindaba una atención rápido y toma y, ya me voy porque me vas a contagiar, yo también tengo padres, tengo familia y priorizaste en ese momento tu vida, tu salud.”  
E11 (Amarillo)*

Por otro lado, también se presentó el dilema entre seguir atendiendo a los pacientes COVID o simplemente renunciar, cuidar y cuidar a su familia. Esto se dio debido al temor que existía en todas las personas, en este caso, en los profesionales de enfermería de contagiarse de esta enfermedad, ya que ellos están en contacto directo con todos los pacientes infectados y el riesgo al contagio es muy alto. A esto también se añadía el que no se tenían los EPP necesarios para poder atenderlos, haciendo la situación mucho más complicada e incrementado el temor en cada atención brindada.

Vargas<sup>(57)</sup>, aporta en su estudio que, el cuidado del personal de salud y la atención de los pacientes con COVID19, está muy influenciada por las emociones autónomas y las percepciones relacionadas con el temor de contagio, el shock y la imposibilidad para enfrentar todas las situaciones al mismo tiempo, incluido el personal.

Al respecto, estos resultados tienen similitud con un estudio realizado en China<sup>(58)</sup>, donde se desarrolló el tema sobre “Miedo en enfermeras de primera línea durante la pandemia”, se contó con la colaboración de 2014 enfermeras de dos hospitales de Wuhan, China. Donde, los resultados arrojaron que, el 91,2% presentaron un alto nivel de miedo al contagio.

Del mismo modo, en otro estudio realizado en Cuba<sup>(59)</sup>, y que ha sido publicado en Noticias de la Organización de Naciones Unidas (ONU), nos muestran como evidencia el miedo del profesional de enfermería a ser contagiados por COVID-19 durante el desarrollo de su labor en la parte asistencial. Exactamente son tres profesionales de enfermería las que comentaron acerca del evidente miedo que sintieron mientras desempeñaban sus actividades para luchar contra esta pandemia, pero también recalcan que lo seguirán haciendo mientras las necesitan, colocando así el amor por su profesión y su deber, por encima de cualquier miedo o temor.

De acuerdo a estos estudios, se infiere que, esta pandemia ha tenido un impacto negativo en la salud mental del equipo de salud. Su elevada tasa de transmisión a nivel mundial plantea altos riesgos laborales para los profesionales de la salud, especialmente los profesionales de enfermería.

La enfermera se ve afectada por el miedo a ser contagiada y no solo eso, sino también el miedo a contagiar a sus familiares. Esto, a su vez, repercute directamente en su trabajo, ya que, al momento de prestar sus cuidados, existirá la barrera del miedo para brindarlos como debería ser. Los estudios encontrados coinciden con los resultados de la presente investigación, porque en ellos se puede evidenciar la presencia del miedo en los profesionales de enfermería al continuar atendiendo a pacientes contagiado de la COVID-19, pero, a pesar de ello, decidieron seguir laborando fieles a su vocación.

### 3.2 Incertidumbre laboral por presencia de comorbilidades

La comorbilidad, popularmente conocida como morbilidad asociada, es un término que se utiliza para explicar 2 o más patologías que ocurren en la misma persona. Pueden manifestarse de forma simultánea o una tras otra. La comorbilidad además involucra que, si se presenta una relación entre estas patologías, tienen la posibilidad de manifestarse complicaciones en la evolución de las dos.<sup>(60)</sup> Este concepto estuvo presente en algunos miembros del personal de enfermería y, por dicho motivo, tuvieron que abandonar su labor durante la pandemia.

Como se evidencia en los siguientes discursos:

*“El personal se retiró en un 50% o más tal vez, algunos por comorbilidades y otros por temor.” (Turquesa)*

*“Otra situación que se vivió fue que muchas de las colegas fueron a su casa porque ellas también eran vulnerables y no podían seguir trabajando, y nos hemos quedado las enfermeras más jóvenes y el personal reducido.” (Verde)*

*“En mi caso, tuve que dejar de trabajar porque sufro de claustrofobia, por esa razón no toleraba el EPP, porque uno tenía que entrar totalmente hermética, sellada por completo, no había un espacio de tu cara que no cubrieras. El conflicto era conmigo misma, sabía que la gente nos necesitaba porque el número de pacientes aumentaba.” (Azul)*

Aparte del temor a contagiarse, existía también la presencia de comorbilidades en el personal de salud, elevando su riesgo de contraer esta enfermedad. Debido a esto, se evidenció el retiro de un gran porcentaje de los profesionales de enfermería, ya que no podían seguir trabajando (porque perjudicaría su propia salud) y mucho menos atendiendo a pacientes ya infectados.

La pandemia de la COVID-19 ha llevado a los trabajadores sanitarios a un enfrentamiento del cual no se tenía ninguna referencia y a la vez ha generado

un gran impacto a nivel emocional, esto por la frustración, la impotencia, dificultad para adaptarse y el miedo a la discriminación.<sup>(61)(62)</sup> Generando escenarios de mucho estrés para todos los expertos de la salud, inclusive para los pacientes. Si bien es cierto, se desea y se quiere brindar la mejor atención, sin embargo, también debemos velar por nuestra protección, y evitar llevar el virus a nuestras propias viviendas y contagiar a nuestros familiares. Esto, se vuelve aún más difícil, cuando ves que la persona que se ha contagiado es un colega o compañero de trabajo. Es allí donde empezamos a recordar que también nosotros somos mortales.<sup>(63)</sup>

En un estudio realizado en Lima, Perú; se encontró que sí existía la presencia de las comorbilidades en el personal de salud como factor de riesgo, llevando esto a desistir de su labor debido a la condición que presentaban. Las comorbilidades más frecuentes fueron; obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus 2 con un porcentaje de 29,8%, 9,9% y 6,3% respectivamente.<sup>(64)</sup>

De igual forma, en el estudio de Sayedd, donde se estudió la prevalencia de ansiedad, depresión y estrés mediante un estudio de casos y controles donde en el grupo de casos se obtuvo niveles más altos a diferencia del grupo de controles, y la asociación de esta en los pacientes con una comorbilidad preexistente. Esto nos indica la importancia y urgencia de poder disponer de recursos para mantener una buena salud mental, más aún en aquellas personas que forman parte del equipo de salud y que presentan una enfermedad crónica o grave.<sup>(65)</sup>

Aunque fueron pocos los estudios encontrados para comparar con lo hallado en esta investigación; se ha podido evidenciar que la presencia de comorbilidades en el equipo de enfermería ha estado directamente relacionada con las renunciadas y la falta de personal que hubo al inicio de la pandemia. Dado que existía esto, las enfermeras elegían no solo el bienestar de su familia, sino también su propio bienestar; porque sabían que si seguían brindando la atención podrían presentar mayores complicaciones como consecuencia de las enfermedades preexistentes que padecían. Se puede deducir también, que la mayoría de enfermeras tienen este tipo de condición médica, lo que debe llevarlas a reflexionar y cuidar más de su salud en todo momento, y no solamente cuando se vean en peligro.

#### 4. DILEMA ÉTICO: Dejar partir al paciente o seguir luchando por salvarlo

Cuando se habla de encarnizamiento terapéutico, nos referimos al uso de tratamientos que no pueden curar al paciente, sino que simplemente prolongan su vida en condiciones dolorosas.<sup>(66)</sup> Se trata de un error ético y, además, crea una visión falsa de lo que puede hacer el fármaco en los últimos momentos del paciente. Por el contrario, cuando hablamos del buen morir, significa que la persona tenga una muerte sin dolor, acompañados de sus seres queridos, sin perder la capacidad de dar y recibir amor.<sup>(67)</sup>

##### 4.1 Limitación del esfuerzo terapéutico a pacientes críticos con la COVID-19

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) consiste en no aplicar medidas fuera de serie o desmesuradas para el logro de determinado tratamiento que se proyecta en un paciente con bajas esperanzas de vida. Pueden encontrarse dos tipos: uno, no iniciar dichas intervenciones y dos, retirarlas cuando ya han sido aplicadas. Esta situación, estuvo ampliamente presente en los pacientes con estado grave o muy grave debido a la COVID-19 y sus complicaciones.<sup>(68)</sup>

Lo evidencian los siguientes discursos:

*“Tuve una adulta mayor con COVID, pero aparte de eso también tenía enfermedades crónicas como Hipertensión, Diabetes, Hipotiroidismo, Enfermedad Renal; entonces, ya la señora evidentemente se encontraba en una situación muy difícil. A nosotros como profesionales, nos enseñan a dar los cuidados de manera integral, pero también nos educan acerca de que no debe permitirse el encarnizamiento terapéutico en el paciente. Entonces, estábamos en el dilema si debíamos actuar o no, dejarla partir o seguir brindando los cuidados”. (Verde)*

*“Algunos pacientes solo dependían de una máquina (ventilador mecánico) o de los medicamentos, y cuando ya la situación se había agravado aún más, el médico en conjunto con la enfermera pedían que se haga una baja de parámetros fisiológicos para que ya esa persona por sí misma pueda partir, esto por humanidad y a la vez porque había otra persona detrás que necesitaba una cama; al inicio para mí esto era difícil, lo de bajar parámetros a pacientes*

*que ya sabíamos que tal vez era un sufrimiento albergar una vida (porque eso también es parte de la ética)”. (Amarillo)*

De acuerdo a Fumadó, la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico, que incluye la limitación de los tratamientos de soporte vital, es un procedimiento que se utiliza con frecuencia cuando los pacientes se encuentran en estado crítico y está relacionado con tomar la decisión de establecer o retirar dichas medidas que ya hayan sido implementadas. Esto se da, cuando no se tiene un beneficio tangible como respuesta a estas intervenciones y lo que hacen, no es más que prolongar el proceso de muerte.<sup>(69)</sup>

En la misma línea, Vallés - Fructuoso, nos dice que la limitación del esfuerzo terapéutico se debe considerar cuando existe una escasa o nula respuesta a los tratamientos empleados. También señala que existen tres formas de LET: ingreso a UCI limitado, medidas de soporte vital limitadas y el retiro de dichas medidas una vez comenzadas. Se debe retirar el tratamiento cuando este podría conducir a la muerte de manera inmediata, prematura y cuando se evidencie un fallo sistémico completo en el paciente.<sup>(70)</sup>

Velarde-García et al, en su investigación menciona que existe dos tipos de LET, por una parte, está las decisiones que deben tomarse y por otra, la aplicación y utilización de la LET. Cabe mencionar que este suceso no solo es importante para los pacientes, sino también para los profesionales de salud, porque conlleva a una gran carga a nivel personal y emocional, pudiendo ocasionar angustia e incomodidad al momento de afrontarlo.<sup>(71)</sup>

Vallès-Fructuoso et al, destacan cuán importante es respetar la autonomía del propio paciente, porque es él quien sufrirá los resultados de las decisiones que se tomen. En algunos casos, este principio de autonomía se ve afectado ya que el paciente puede encontrarse clínicamente inconsciente lo que significa que tanto su capacidad mental como su voluntad están en pausa. Por tal motivo, es que hacen hincapié en el reconocimiento y cumplimiento de la voluntad de los pacientes que se encuentran en el final de la vida y más aún cuando se está atravesando una pandemia. Al hacer esto, se está permitiendo que los pacientes todavía puedan manifestar lo que ellos prefieren y desean al momento de su muerte.<sup>(70)</sup>

Hwee Poi et al, concluye que para tomar la decisión de retirar el equipo de ventilación mecánica es de vital importancia convocar a una reunión multidisciplinar,

esto, con el fin de que se evalúen todos los aspectos relacionados a la recuperación del paciente. A la vez, este grupo debe comunicar y explicar de manera clara el porqué del procedimiento, que la mayoría de veces es porque la respuesta a las indicaciones prescritas no fueron las esperadas. <sup>(72)</sup>

Otro dilema presentado, fue el de decidir si continuar con todos los tratamientos y procedimientos (que, en su mayoría, eran invasivos) para mantener con vida a los pacientes que ya estaban muy complicados o mejor dejarlos partir y no contribuir a que sigan sufriendo. De acuerdo a esto, se pudo evidenciar que hubo un encarnizamiento terapéutico con los pacientes que ya estaban en situación crítica, pues es deber de los profesionales de la salud luchar por mantener la vida de las personas.

En algunos casos, lograron conversar como equipo y así tomar la decisión de realizar una limitación de este tratamiento o procedimiento, para que los pacientes no sufran más de lo que ya estaban sufriendo. Cabe recalcar, que no estaban a favor de la eutanasia, lo único que querían era que no se continúe con procedimientos que causen mayor dolor y sufrimiento a los pacientes; lo que buscaban era un uso adecuado de dichos procedimientos.

#### **4.2 Evitar el manejo inadecuado de los cadáveres o tener en cuenta los cuidados post mortem y la dignidad póstuma**

El cuidado mortuario se aplica al paciente inmediatamente después de su muerte, para preparar el cuerpo, antes de que sea trasladado a los servicios funerarios. <sup>(73)</sup> Este cuidado tiene importantes implicancias en la dignidad póstuma, es decir, reconocer el valor del cuerpo de una persona, aunque esté sin vida, ya que se está respetando su memoria y red de relaciones, sus valores, creencias y preferencias religiosas, ideológicas y morales, así como su integridad física. A raíz de la pandemia, estos cuidados y esta dignidad, se ha visto dañada por varios motivos, siendo los principales: la cantidad de pacientes, el tiempo para atenderlos a todos y el espacio. <sup>(74)</sup>

Para evidenciar ello, veamos los siguientes discursos:

*“Cuando ya los pacientes fallecían era muy triste, porque igual era un ser humano y se merecía el respeto hasta el final de su vida, aun cuando*

*ya hayan fallecido.... Y, el hecho de colocarlo en una bolsa, era difícil porque así no debía ser, o también cuando había muchas muertes se amontonaban los cuerpos en los pasillos... El paciente fallecía y ya rápido a colocarlos en la bolsa y desocupar esa cama para que pueda ingresar otro paciente”. (Marrón)*

*“El hecho de enfrentar una muerte que no ha sido del todo digna, porque no había espacio, entonces cómo hacerlo, dónde colocarlos”. (Lila)*

*“Antes de la pandemia, pues fallecían y se le daban los cuidados post mortem, porque a nosotros nos forman para brindar cuidados desde el nacimiento hasta el final de la vida. Cuando ya inició la pandemia, era totalmente distinto, no podíamos realizar esos cuidados por el tiempo, por el temor, y porque había más pacientes a los cuales atender. Sólo los cubríamos con la sabanita o embolsábamos y ya rápido lo entregábamos a la morgue.” (Turquesa)*

*“... una enfermera mucho mayor que yo, me dice: no te olvides que tu paciente te debe quedar muy estético y muy bonito. Y eso me hizo sentir y ver que sí, es un cuerpo, ya falleció, pero es una persona que alguien está esperando afuera para llorarlo y pues hay que tratarlo como se debe porque “es alguien para alguien”. (Amarillo)*

Antes de la pandemia, cuando los pacientes fallecían, se les daba los cuidados post mortem para que puedan ser entregados posteriormente a sus familiares. A raíz de la pandemia, todos estos cuidados dejaron de hacerse; uno, por la gran demanda que había y, dos, por el contagio que todavía podía darse. Eran tantas las personas que fallecían que, los cuerpos simplemente los amontonaban porque no había dónde colocarlos; además, los cadáveres eran embolsados y no podían ser entregados ni velados como se debía, ya que por más que hayan fallecido, merecían dichos cuidados y respeto por su cuerpo.

En relación a esto, en Santiago de Chile, existe una situación parecida a la encontrada en estos resultados, ya que una enfermera manifestó: si bien es cierto, todo el personal de salud está muy acostumbrado a ver personas partir, pero el proceso que se tiene que realizar cuando un paciente fallece a causa de COVID-19, es muy desordenado y triste a la vez. El tener que colocar el cadáver en una bolsa mortuoria es lo más fuerte que he hecho en mis seis años de carrera; una vez que está dentro de la bolsa, no sale más de ahí, lo último que queda por hacer es introducirlo directo en el ataúd. No se abre para nada, se sella completamente y sus familiares no vuelven a ver su rostro, nunca más.<sup>(75)</sup>

Del mismo modo, Arriaga, nos muestra que otro dilema ético relacionado con la parte sociocultural, es lo ocurrido con la inadecuada manipulación de los cadáveres en este contexto de pandemia. Esto se dio, a raíz de la crisis en los establecimientos de salud y en los crematorios. Los cuerpos permanecían día tras días envueltos como sea con plásticos y amontonados uno sobre otros y en ambientes que no eran apropiados, como por ejemplo en los pasillos, cerca de los almacenes donde se encontraban materiales médicos que iban a ser utilizados para posteriores tratamientos. Dejando al olvido que, esos cuerpos pertenecieron a personas, seres humanos que tuvieron una historia y que por el hecho de haber fallecido no significa que hayan perdido su dignidad.<sup>(76)</sup>

La dignidad de la vida humana es universalmente reconocida y, dado que la muerte es consecuencia de la vida, también debe ser digna, con preservación del derecho a la dignidad de la persona humana. En este sentido, con el final de la vida, se mantiene la protección jurídica de la dignidad humana de la persona fallecida. Es por eso que, en Brasil, tienen normativas en relación a este proceso, tales como: Ley N° 8.501/92, que prevé la disposición de cadáveres no reclamados; Ley N° 9.434/1997, que prevé la extracción de Órganos, Tejidos y Partes del Cuerpo Humano con fines de trasplante y tratamiento.<sup>(77)</sup>

Lo mismo sucede en España, debido a la gravedad de la crisis sanitaria causada por la pandemia de COVID-19, han visto necesario elaborar un listado de recomendaciones que los profesionales de salud deben tener en cuenta durante el transporte de cadáveres y al momento de efectuar las autopsias. Se ha considerado aspectos legales, judiciales y se ha emitido una disposición específica de la Policía Sanitaria Mortuoria.<sup>(78)</sup>

En Perú, también existen normativas para el manejo de los cadáveres de pacientes con COVID-19, se tiene la Resolución Ministerial 171-2020-MINSA. Sin embargo, solo se consideran aspectos anatómicos, biológicos y teniendo en cuenta los factores de riesgo, mas no se habla del respeto hacía el cuerpo que, aunque esté sin vida, merece ser considerado de manera integral por los establecimientos de salud y por las directivas institucionales y por ser objeto de derecho.<sup>(79)</sup> Dentro de esta resolución se menciona por ejemplo que podrán estar presentes en el procedimiento funerario de cremación solo dos familiares directos del paciente fallecido y, en caso de inhumación, no pasará de cinco. Finalmente, los resultados obtenidos y los estudios contrastados nos llevan a analizar y reflexionar de manera profunda esta situación. Si bien es cierto, los cuidados post mortem han quedado de lado a causa de esta pandemia; sin embargo, enfermería y todo el personal de salud, no debe olvidar que la persona humana es digna hasta el último momento. Se han elaborado normativas en cada país para el correcto manejo de los cadáveres, donde la única preocupación es evitar aumentar el número de contagios, y no se ha considerado ni valorado el aspecto íntimo de la persona fallecida. Es necesario también pensar en la incertidumbre, el dolor y la desesperación de los familiares al no poder velar y despedirse como se debe de su ser querido.

## Conclusiones

Ante la pandemia de la COVID-19, los profesionales de enfermería reconocieron que el principal dilema ético al cual tuvieron que enfrentarse, fue el tener que asignar recursos vitales y elegir entre un adulto mayor y un adulto joven, esto debido a que existía una gran demanda durante la atención, los recursos eran demasiado escasos y no eran suficientes para cubrir las necesidades de los pacientes.

Cuando inició la pandemia, no se conocía con exactitud cuál era el tratamiento más oportuno para tratarla, haciendo muchas veces que exista una improvisación en el tratamiento porque no existía evidencia científica de que tendría resultados favorables en los pacientes. A la vez, se establecieron restricciones de las visitas para pacientes contagiados, afectando de este modo su área emocional – afectiva y espiritual al no poder ver a sus familiares.

La atención que brindan los profesionales de enfermería se ha visto afectada durante la pandemia por el temor y miedo de contagiarse o contagiar a su familia, generando incertidumbre de si continuar con la labor o simplemente renunciar. Se sumaba a esto, la presencia de comorbilidades en el equipo de salud, generando un mayor riesgo de complicaciones si se contagiaban. Dentro de las comorbilidades que más se presentaron fueron: obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2.

La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), ha sido una de las opciones más consideradas durante la pandemia, esto es complicado porque al profesional de enfermería le enseñan a cuidar para mantener la vida del paciente. Sin embargo, se ha tenido que optar por esto para dejar de realizar procedimientos que estén aumentando el dolor y sufrimiento en el paciente. A raíz de esta enfermedad, se ha tenido en cuenta solo acciones para evitar el contagio al momento de la manipulación del cadáver, generando en el personal de enfermería tristeza porque no se estaba pensando en lo que significaba el cuerpo para los familiares y seres queridos.

## **Recomendaciones**

A los establecimientos de salud, contar con una infraestructura sólida, con servicios abastecidos para responder de acuerdo a las necesidades de la población, brindar una atención de calidad e íntegra centrada en cada individuo, y garantizar el acceso a medicamentos y equipos esenciales para continuar con la atención, sin dejar de lado a ninguna persona que la necesite y así evitar situaciones de elección por falta de recursos.

A las áreas COVID de los establecimientos de salud, mantener capacitados a su personal para que se encuentren en la facultad de tomar las mejores decisiones tanto a nivel de equipo como a nivel personal para realizar los diversos procedimientos o actividades dirigidas a la recuperación de los pacientes.

A los profesionales de enfermería, continuar con las estrategias empleadas para mantener la comunicación de los pacientes hospitalizados con sus familiares, sin olvidar fortalecer la parte espiritual con la finalidad de seguir contribuyendo a la recuperación y mejora de los mismos.

A los investigadores venideros, tomar en cuenta el presente estudio como base para desarrollar y difundir otros trabajos de investigación en torno a la temática para identificar los dilemas éticos que pueden presentarse durante la atención en el caso de nuevas pandemias.

## Referencias

1. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
2. Perú decreta emergencia sanitaria por pandemia de covid-19 - El Comercio [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/peru-emergencia-sanitaria-pandemia-covid19.html>
3. Enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) | OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
4. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: [https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw-5v7BRAmEiwAJ3DpuJFCOWqcwv44Yeunjz4CTUP0tK4pSyz7SLINpUUO9r5a\\_IaVMh6rwRoCzi0QAvD\\_BwE](https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAjw-5v7BRAmEiwAJ3DpuJFCOWqcwv44Yeunjz4CTUP0tK4pSyz7SLINpUUO9r5a_IaVMh6rwRoCzi0QAvD_BwE)
5. Cerca de 570.000 trabajadores de la salud se han infectado y 2.500 han muerto por COVID-19 en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>
6. Acosta LD, Arango DC, Costa JV, Delgado A, de A. Freire FHM, Garay S, et al. Las personas mayores frente al COVID-19: tendencias demográficas y acciones políticas. *Rev Latinoam Población* [Internet]. 2021;15(29):64–117. [consultado el 12 de mayo de 2022] Available from: <https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/290>
7. Beltran-Aroca CM, González-Tirado M, Girela-López E. Problemas éticos en atención primaria durante la pandemia del coronavirus (SARS-CoV-2). *Med Fam Semer.* 2021;47(2):122–30.
8. Covid 19 en el Perú - Ministerio del Salud [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
9. Carbajal CÑ, Vallejos MC, Manchay RD, Barrera CD, Carbajal CÑ, Vallejos MC, et al. Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2020;31(4):255–65. [consultado el 12 de mayo de 2022] Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-)

- 130X2020000400255&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Ledesma F, Del Valle M, Cúneo MM, Marc GP, del Carmen Martínez Perea M, Albano L, et al. Bioethics in times of pandemic. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(6):S183–6.
  11. Fhon JRS, Silva LM, Leitón-Espinoza ZE, de Brito Matiello F, de Araujo JS, Rodrigues RAP. Hospital care for elderly COVID-19 patients. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020;28:e3396. [consultado el 12 de mayo de 2022] Available from: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/G3t7j6xhWCBY86LjCTMyQGn/?lang=en>
  12. Rivas García F. Bioética y profesionales sanitarios en el abordaje de la pandemia provocada por COVID-19 en España. *Rev Iberoam Bioética*. 2020;(13):01–14.
  13. Capella VB. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería* [Internet]. 2020;29(1–2):46–50. [consultado el 12 de mayo de 2022] Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
  14. Ética enfermera durante la pandemia de COVID-19 [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://instituciones.sld.cu/bolcimeq/2020/06/01/etica-enfermera-durante-la-pandemia-de-covid-19/>
  15. Rosero Botina C. Dilemas morales en el personal sanitario asistencial durante la pandemia COVID-19 [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/3689>
  16. Paniagua Fernández R. LA ÉTICA DEL CUIDADO Y MAYORES: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida. *Cuad ética en clave cotidiana*. 2015;(5):1–61.
  17. Hardy-Pérez AE, Roveló-Lima JE. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. *Med e Investig*. 2015;3(1):79–84.
  18. Musso LB-. Enfermería y la resolución de los dilemas éticos. *Redalyc* [Internet]. 2012;30–2. [consultado el 12 de mayo de 2022] Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105224306013>
  19. Villarreal Cantillo E, Visbal Illera G. Dilemas éticos. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):113–23.
  20. El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología | *Sociología Histórica* [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://revistas.um.es/sh/article/view/269621>

21. Envejecimiento | Naciones Unidas [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
22. Declaratoria de emergencia sanitaria [consultado el 12 de mayo de 2022]. Available from: [http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com\\_content&view=article&id=212&lang=es](http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=article&id=212&lang=es)
23. Cáceres EL. Investigación en enfermería: la enfermería basada en la evidencia - Dialnet [Internet]. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. ISSN 1139-1375, Vol. 2, N°. 3. 1999. p. 35–8. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6589324>
24. Nunez RM, Perdomo HAG. Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación. Rev Chil pediatría [Internet]. 2016;87(6):511–2. [consultado el 18 de mayo de 2022] Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062016000600015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062016000600015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
25. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet]. 2017;35(1):227–32. [consultado el 18 de mayo de 2022] Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022017000100037&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
26. Baltar F, Gorjup MT. Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. Intang Cap. 2012;8(1):123–49.
27. M<sup>a</sup> D, López O, Gómez MCS. Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. Vol. 24, RIE. 2006. p. 205–22.
28. Decreto Supremo N° 044-2020-PCM - Gobierno del Perú [Internet]. [consultado el 18 de mayo de 2022] Available from: <https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/460472-044-2020-pcm>
29. Fernández Núñez L. Fichas para investigadores. ¿Cómo analizar datos cualitativos? 2006;(2002):1–13.
30. Manual de Bioética Elio Sgreccia PDF | PDF | Bioética | Teorías filosóficas [Internet]. [consultado el 18 de mayo de 2022] Available from: <https://es.scribd.com/document/469651031/MANUAL-DE-BIOETICA-ELIO-SGRECCIA-pdf>
31. Pinedo LFV. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):199. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from:

- <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196>
32. Muñoz Urbizo IP. Estrategias hospitalarias frente a una pandemia. *Rev Med Hondur.* 2021;88(2):127–34.
  33. Arévalo-Leal JS, Córdoba AIG, Bustamante BJP, León NA, Niuman AC, Peña CET. Problemas éticos en la asignación de recursos escasos y cuidado intensivo en la atención de la pandemia por SARS CoV-2. *Acta Médica Colomb.* 2020;45(3).
  34. El dilema de la última cama | Lovo | Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4562/4398>
  35. Faria JMS, Pontífice-Sousa P, Gomes MJP. Comfort care of the patient in intensive care - an integrative review. *Enferm Glob.* 2018;17(2):503–14.
  36. El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19 | Rev. inf. cient;99(5): 494-502, | LILACS | CUMED [Internet]. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139212>
  37. Montero Álvarez S. El cuidado del criterio profesional autónomo. *Rev Iberoam Bioética* [Internet]. 2016;0(2):1–14. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from: <https://revistas.comillas.edu/index.php/bioetica-revista-iberoamericana/article/view/7332/7660>
  38. Enríquez A, Sáenz C. Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. *Estud y Perspect* [Internet]. 2021;106. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from: [www.cepal.org/apps%0Ahttps://www.cepal.org/es/publicaciones/46802-primeras-lecciones-desafios-la-pandemia-covid-19-paises-sica](https://www.cepal.org/apps%0Ahttps://www.cepal.org/es/publicaciones/46802-primeras-lecciones-desafios-la-pandemia-covid-19-paises-sica)
  39. Salinas M, Salinas R, Infante JM, Santiago P. Tratamientos experimentales y coronavirus Experimental treatments and Coronavirus [Internet]. [consultado el 20 de mayo de 2022] Available from: <https://time.com/5828910/oklahoma-utah-hy->
  40. Herrera-Lasso V, Dordal Culla MT, Leonart Bellfill R. Reacciones adversas a fármacos utilizados en el tratamiento específico de la infección por SARS-CoV-2. *Med Clin (Barc).* 2020;155(10):448–53.
  41. Pérez-Martínez CA, Padilla-Santamaría F, Helguera-León SA, Mejía-Cornejo JJ, Casados-Rodríguez BE, Martínez-Abarca CI, et al. Antimicrobial use and abuse in COVID-19: When is its use justified? *Med Interna Mex.* 2021;37(6):1015–29.
  42. Soporte emocional a pacientes hospitalizados - SEDISA. Sociedad Española de Directivos de la Salud. [Internet]. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from:

- <https://sedisa.net/experiencia/soporte-emocional-a-pacientes-hospitalizados/>
43. Casabella García, Christian; Páizas, Fernando; Solano Rueda, Carlos; Guantay, María; Garay C. Cambios en las visitas a cuidados intensivos durante la pandemia COVID-19 – MEDICINA BUENOS AIRES [Internet]. 2020. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2020/volumen-80-ano-2020-s-6-indice/cambios/>
  44. Rodríguez Puerta A. Dimensión Afectiva del Ser Humano: Componentes Principales [Internet]. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from: <https://www.lifeder.com/dimension-afectiva-ser-humano/>
  45. Paredes Pérez PM, Dawaher JE, Chérrez Paredes MF. Impacto Del Covid 19 En La Salud Mental De Los Pacientes Hospitalizados. Rev la Fac Ciencias Médicas la Univ Cuenca. 2020;38(2):55–64.
  46. Acercan comunicación virtual a familiares y pacientes con COVID-19 | Secretaria de Salud [Internet]. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from: <https://salud.morelos.gob.mx/noticias/acercan-comunicacion-virtual-familiares-y-pacientes-con-covid-19>
  47. El Hospital Universitario implementó espacio virtual de comunicación para familiares de pacientes con Covid-19 [Internet]. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from: <https://www.unlar.edu.ar/index.php/in/90-medios/noticias/2704-el-hospital-universitario-implemento-espacio-virtual-de-comunicacion-para-familiares-de-pacientes-con-covid-19>
  48. Erazo-Muñoz M, Cruz JB, Cantor-Cruz F, Martínez AA, Castillo AM, Aranguren DA, et al. Investigación original Acompañamiento virtual y presencial a pacientes hospitalizados durante la pandemia de COVID-19 en Colombia. [consultado el 23 de mayo de 2022] Available from: [www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2021.97](http://www.paho.org/journal%7Chttps://doi.org/10.26633/RPSP.2021.97)
  49. Ángeles C., Tarrida CL, López-Tarrida AC, Ruiz-Romero V, González-Martín T. CUIDANDO CON SENTIDO: LA ATENCIÓN DE LO ESPIRITUAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL [Internet]. Vol. 94, Rev Esp Salud Pública. 2020. p. 13–4. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: [www.msrebs.es/resp](http://www.msrebs.es/resp)
  50. Quadri SA. COVID-19 and religious congregations: Implications for spread of novel pathogens. Int J Infect Dis [Internet]. 2020;96:219–21. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <http://www.ijidonline.com/article/S1201971220303131/fulltext>

51. Fardin MA. COVID-19 Epidemic and Spirituality: A Review of the Benefits of Religion in Times of Crisis. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2020 92 [Internet]. 2020;9(2):104260. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://brieflands.com/articles/jjcdc-104260.html>
52. Van Hook MP. Spirituality as a potential resource for coping with trauma. - *PsycNET* [Internet]. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2016-07636-002>
53. Currier JM, Eriksson CB. Trauma and spirituality: Empirical advances in an understudied area of community experience. <https://doi.org/10.1080/1085235220161197755> [Internet]. 2017;45(4):231–7. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10852352.2016.1197755>
54. Definiciones | ICN - International Council of Nurses [Internet]. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
55. Ramos Linares V, Martínez Gonzáles AE, Piqueras Rodríguez JA, Oblitas Guadalupe LA. EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. *Suma Psicológica* [Internet]. 2009;16:85–112. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007>
56. Moreno-Arribas MV. Una visión global de la pandemia COVID-19: qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC. Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 2021.
57. Quijije R, Vargas G, Pincay MEO, Cando N. EVALUACIÓN DE ESTRÉS EN EL PERSONAL MÉDICO HOSPITALARIO ANTE EL COVID-19. *Univ Cienc y Tecnol.* 2020;24(106):96–101.
58. Hu D, Kong Y, Li W, Han Q, Zhang X, Zhu LX, et al. Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020;24. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
59. Temor asistencial del personal de enfermería ante la pandemia del COVID 19 - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/temor-asistencial-del-personal-de-enfermeria-ante-la-pandemia-del-covid-19/>

60. La comorbilidad | National Institute on Drug Abuse (NIDA) [Internet]. [consultado el 25 de mayo de 2022] Available from: <https://nida.nih.gov/es/informacion-sobre-drogas/la-comorbilidad>
61. Muñoz Fernández S, Molina Valdespino D, Ochoa Palacios R, Sánchez Guerrero O, Esquivel Acevedo J. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19 [Internet]. *Acta Pediatr Mex.* 2020. p. 127–36. [consultado el 27 de mayo de 2022] Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94542>
62. Torres Muñoz V, Farias Cortés J, Reyes Vallejo L, Guillén Díaz Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19 [Internet]. *Rev Mex Urol.* 2020. p. 1–9. [consultado el 27 de mayo de 2022] Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94412>
63. La enfermería en tiempos de la COVID-19: un relato de dos enfermeros de práctica avanzada desde el frente de la pandemia - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [consultado el 27 de mayo de 2022] Available from: <https://www.paho.org/es/historias/enfermeria-tiempos-covid-19-relato-dos-enfermeros-practica-avanzada-desde-frente-pandemia>
64. Guillén Vidarte H. Percepción de riesgo al COVID-19 y salud mental en trabajadores de salud del hospital de Chancay en el periodo Julio a Agosto del 2020 en Lima, Perú [Internet]. Repositorio Universidad Ricardo Palma. 2020. [consultado el 27 de mayo de 2022] Available from: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3785>
65. Sayeed A, Kundu S, Banna MH Al, Christopher E, Hasan MT, Begum MR, et al. Mental health outcomes of adults with comorbidity and chronic diseases during the COVID-19 pandemic: A matched case-control study. *Psychiatr Danub.* 2021;32(3–4):491–8.
66. Encarnizamiento terapéutico. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. [Internet]. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/encarnizamiento-terapeutico>
67. El derecho al “buen morir” - Centro de Bioética [Internet]. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/noticias/2010/08/05/el-derecho-al-buen-morir/>
68. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2012;212(3):134–40. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://www.revclinesp.es/es-limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-articulo-S0014256511003122>

69. Martin-Fumadó C, Gómez-Durán EL, Morlans-Molina M. Medico-legal and ethical considerations on resource limitation and clinical decisions during the COVID-19 pandemic. Vol. 46, *Revista Espanola de Medicina Legal*. Ediciones Doyma, S.L.; 2020. p. 119–26.
70. Vallès-Fructuoso O, Pablo BR, Plaza MF-, Milà VF-, Vallès-Fructuoso O, Martínez-Estalella G. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Enfermería Intensiva*. 2016;27(4):138–45.
71. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, de Madrid UE, Beatriz SA, Carlos URJ. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses Cé sar Cardenete-Reyes Domingo Palacios-Ceñ a. *Nurs Ethics*. 2018;25(7):867–79.
72. Poi; Mervyn Yh Koh; Han Yee NAYHCH. Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2020;395(10231):1168.
73. Cuidados de enfermería postmortem. Caso clínico - *Revista Electrónica de Portales Medicos.com* [Internet]. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-postmortem-caso-clinico/>
74. Pinto B, Gómez A, Marulanda J, León A. Necroética: el cuerpo muerto y su dignidad póstuma. 2018;27(1):55–64.
75. “De repente tenemos cuatro fallecidos, uno tras otro, con paros simultáneos”: el crudo testimonio de una enfermera en el centro de la pandemia en Chile - *BBC News Mundo* [Internet]. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56847851>
76. Arriaga-Deza EV. Dignidad y Dignidad Póstuma: Respeto al Paciente y al Fallecido Dignity and Posthumous Dignity: Respect for the Patient and the Deceased. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.113.749>
77. Garrido RG, Almeida MP. Impasses entre dignidade e saúde no manejo de cadáveres da COVID-19: identificar ou reconhecer? Stalemates between dignity and health in the handling of COVID-19 corpses: identify or recognize? [Internet]. [consultado el 29 de mayo de 2022] Available from: [www.escs.edu.br/revistacss](http://www.escs.edu.br/revistacss)
78. González-Fernández J, Ibáñez-Bernáldez M, Martínez-Tejedor JA, Alama-Carrizo S, José FS-UBY, Montero-Juanes M. Gestión de los cadáveres durante la pandemia por COVID-19 en España. *Rev Esp Med Leg* [Internet]. 2020;46(3):109–18. [consultado el

30 de mayo de 2022] Available from: [www.elsevier.es/mlegal](http://www.elsevier.es/mlegal)

79. Diaz-Manchay R, Perez-Loaiza J, Carrasco-Fernandez J, Ñique-Carbajal C. Final de la Vida Humana y COVID 19: Experiencia desgarradora. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2020;13(1):97–8. [consultado el 30 de mayo de 2022] Available from: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/631>

## Anexos:

### Anexo N° 01: Resolución de aprobación



**CONSEJO DE FACULTAD**  
**RESOLUCIÓN N° 154-2021-USAT-FMED**  
**Chiclayo, 03 de setiembre de 2021**

Vista la solicitud virtual N° TRL-2021-11018 en virtud de la aprobación con fecha 31 de agosto de 2021 por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante RAMOS FERNANDEZ JEMIMA DEL ROCIO, de la Escuela de Enfermería. Asesor: Dra. Elizabeth Soledad Guerrero Quiroz.

**CONSIDERANDO:**

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de investigación denominado: DILEMAS ÉTICOS DE LAS ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON LA COVID-19 EN HOSPITALES DE CHICLAYO, 2021, fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

**SE RESUELVE:**

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Dar a conocer la presente resolución a la interesada.

Regístrese, comuníquese y archívese.



*Ramos CAST.*  
**Lic. Irene Mercedes del Rocío Rangel Castro**  
 Secretaria Académica  
 Facultad de Medicina



*[Signature]*  
**Mgtr. Luis Enrique Jara Romero**  
 Decano (e)  
 Facultad de Medicina

**Anexo N° 02: Consentimiento Informado****Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ENFERMERAS**

-

---

**Datos informativos:**

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo  
Investigadores: Jemima del Rocío Ramos Fernández  
Título: Dilemas éticos de las enfermeras en la atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021

---

**Propósito del Estudio:**

Estamos invitando a participar en este estudio, para que a partir de los resultados que se logren obtener, se pueda describir, analizar y comprender los dilemas éticos que experimentan las enfermeras en atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021.

**Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará una entrevista que contienen preguntas relacionadas con el tema de investigación, se procederá a grabar la voz, mediante la plataforma Zoom, esto será realizado en un tiempo estimado de 20 minutos.
2. Después de dos días, se le presentará la entrevista transcrita en un documento de Microsoft Word mediante correo electrónico para que verifique si está de acuerdo con lo que dijo sobre el tema.
3. En seguida se procesará la información de manera confidencial, utilizando el apelativo elegido para su identificación y se emitirá un informe general de los resultados, a la universidad.
4. Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

**Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en este estudio. Sin embargo, algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista.

**Beneficios:**

Usted se beneficiará al finalizar la entrevista, mediante una consejería personalizada sobre lactancia materna, con demostración y redemostración de las técnicas y las posiciones de amamantamiento y con la entrega de un tríptico educativo sobre el tema.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información con pseudónimos y no con nombres. 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. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

**Autorizo guardar la base de datos:**  SI  NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, comunicarse con la alumna Jemima del Rocío Ramos Fernández al tel. 937552484, investigador principal.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al correo: [comiteetica.medicina@usat.edu.pe](mailto:comiteetica.medicina@usat.edu.pe)

**CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Por lo mencionado acepto participar del estudio: SI ( ) NO ( )

---

Participante

Nombre:

---

Fecha

---

Investigador

Nombre: Jemima del Rocío Ramos

Fernández

DNI: 73545161

---

Fecha

**Anexo N° 03: Entrevista semiestructurada****UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO ESCUELA DE  
ENFERMERÍA****PRESENTACIÓN:**

Soy estudiante de Enfermería de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y estoy realizando un proyecto de investigación con el objetivo de describir, analizar y comprender los dilemas éticos que experimentan las enfermeras en atención del adulto mayor con la COVID-19 en hospitales de Chiclayo, 2021.

Por lo que se pide total franqueza, y, a la vez, se agradece su cooperación para la siguiente entrevista. Asimismo, se garantiza que toda la información que nos proporcione se mantendrá reservada y será utilizada exclusivamente para fines académicos y se conservará en todo momento la confidencialidad de los datos, es por ello que se le identificará a cada uno con un seudónimo.

**I. DATOS GENERALES:****Seudónimo:**

Edad:

Centro laboral:

Estudios de especialidad o postgrado:

Labora en otra institución:

Tiempo como enfermera:

**II. DATOS ESPECÍFICOS:**

1. Podría explicarme: ¿Cuáles son los dilemas éticos que ha experimentado en la atención del adulto mayor hospitalizado con la COVID-19?
2. ¿Cuál fue el dilema ético que se presentó con más frecuencia en el adulto mayor hospitalizado con la COVID-19, y por qué?
3. ¿Cómo resolvió usted estos dilemas éticos durante la atención al adulto mayor hospitalizado con la COVID-19?
4. ¿Cuál ha sido el dilema ético más difícil de afrontar en la atención a un adulto mayor, y por qué?
5. ¿Cuál fue el dilema ético que causó un gran impacto en su persona y cuáles fueron sus consecuencias?
6. ¿Desearía agregar algo más?