



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

Experiences of Health Personnel Regarding the Care of COVID-19 Patients in Critical Care Areas. Approaches from Bioethics



Autoras

Ofelia Alencastre

Universidad Católica Sedes Sapientiae
2020200043@ucss.pe

Gema Sologuren-García

Universidad Nacional Jorge Basadre
Grohmann
gsologureng@unjbg.edu.pe

Carmen L. Linares

Universidad Nacional Jorge Basadre
Grohmann
cclinarest@unjbg.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0003-4111-6336>



Resúmen

El personal de enfermería especializado en cuidados críticos para pacientes COVID-19 desempeña un papel fundamental proporcionando apoyo emocional y humano, mejorando la calidad de vida de los pacientes y aliviando su sufrimiento, lo que contribuye al éxito del tratamiento.

Objetivo: analizar los principios bioéticos aplicados por el personal de enfermería en la atención de pacientes COVID-19 en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) e intensivos (UCI).

Metodología: enfoque fenomenológico interpretativo y entrevista en profundidad semiestructurada, aplicadas a ocho enfermeras que atendieron a pacientes COVID-19 de UCI y UCIN (primera y segunda ola) en hospitales del Ministerio de Salud y EsSalud, seleccionadas por conveniencia.

Resultados: se aplicaron principios de bioética priorizando la beneficencia y la justicia distributiva en cuanto a los recursos buscando el bienestar de los pacientes de cuidados críticos; vulnerándose en algunos casos el principio de autonomía.

Abstract

Nursing staff specialized in critical care for COVID-19 patients play a fundamental role in providing emotional and human support, improving the quality of life of patients and alleviating their suffering, which contributes to successful treatment.

Objective: to analyze the bioethical principles applied by nursing staff in the care of COVID-19 patients in the intermediate care unit (INCU) and intensive care unit (ICU).

Methodology: interpretative phenomenological approach and semi-structured in-depth interview with eight nurses who cared for COVID-19 patients in the ICU and INCU (first and second wave) in Hospitals of the Ministry of Health and EsSalud, selected on the grounds of convenience.

Results: they applied bioethical principles prioritizing beneficence, and distributive justice in terms of resources, seeking the well-being of critical care patients; in some cases violating the principle of autonomy.

Key words

Bioética; cuidados críticos; muerte digna; COVID-19.

Bioethics; critical care; dignified death; COVID-19.

Fechas

Recibido: 11/06/2025. **Aceptado:** 30/01/2026



1. Introducción

En marzo de 2020, la OMS designó al COVID-19 como pandemia debido a su rápida propagación y altas tasas de mortalidad (OPS/OMS, 2020).

A nivel nacional, el primer caso en Perú fue reportado el 5 de marzo de 2020, desencadenando la declaración de emergencia sanitaria y la implementación de medidas gubernamentales en respuesta a la situación. Los medios de comunicación destacaron las limitaciones de los centros hospitalarios frente a las complejas complicaciones de los pacientes infectados. Las estrategias de respuesta evolucionaron continuamente según la información diaria sobre casos y fallecimientos (MINSA, 2020; Gutiérrez-Tudela, 2021).

Los cuidados paliativos incluyen a la familia considerando el alivio del sufrimiento, identificando oportunamente problemas de salud física, psicológica y espiritual

Desde el inicio de la pandemia, se observó una abrumadora demanda en la atención médica tanto ambulatoria como hospitalaria, especialmente en las UCI y UCIN (MINSA, 2021; MINSA/DGSP, 2006).

A pesar de los esfuerzos realizados en la inversión pública para la provisión de recursos humanos, equipos médicos e infraestructura, estos resultaron insuficientes para hacer frente al colapso del sistema de salud. La escasez de camas en UCI y UCIN, camas hospitalarias y ventiladores fue evidente, dificultando la respuesta adecuada ante la pandemia (El Peruano, diario oficial, 2021; Ministerio de Salud, 2021).

Se elaboraron e implementaron una serie de medidas para la atención de pacientes COVID-19 desde el diagnóstico, tratamiento ambulatorio, hospitalario y atención posterior, procedimientos que se actualizaban según se iba conociendo la enfermedad. Se difundieron medidas preventivas para controlarla: uso de mascarillas, distanciamiento físico y lavado de manos (MINSA/DGIESP, 2021).

Los cuidados paliativos incluyen a la familia considerando el alivio del sufrimiento, identificando oportunamente problemas de salud física, psicológica y espiritual (OPS/OMS, 2023). Es crucial que el médico se comprometa a considerar estos cuidados y se reconozca al personal de enfermería como recurso humano competente, siendo parte intrínseca en la atención de los pacientes en UCI (Kaneko-Wada et al., 2015). La pandemia provocó la separación de los familiares debido a las restricciones implementadas. Sin embargo, el aspecto humano y emocional sigue siendo fundamental para el paciente crítico, ya que reduce su sufrimiento y afecta positivamente al resultado del tratamiento (Duque Delgado et al., 2020).

Acerca del modelo de atención al final de la vida Loncán et al. (2007) recomiendan: buen tratamiento sintomático, conocer cómo percibe el paciente su enfermedad y qué siente como amenazas subjetivas, establecer un pacto terapéutico basado en confianza y respeto, facilitar las relaciones afectivas y dar soporte al entorno, atendiendo la expresión de sentimientos sobre el sentido de la vida. Además, el entorno confortable no está separado del lado espiritual, más bien forma parte de la necesidad del paciente (Souza et al., 2022).



Ante los recursos limitados, prima el beneficio del paciente, aplicando el principio de justicia y cuidados paliativos, evitando el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”. Evaluar condiciones del grupo etario, considerar el consentimiento informado y coordinar con el comité de ética de la institución (Rubio et al., 2020).

También, tomar en cuenta guías o protocolos que permitan determinar criterios de

selección, sustentadas en el valor de la dignidad de la persona y principios de solidaridad, justicia y equidad (Maglio et al., 2020).

El acceso igualitario para todos los pacientes, la consideración de su condición y opinión de especialistas y del comité de ética son fundamentales. En enfermedades graves, se debe garantizar una muerte digna con cuidados paliativos y apoyo a la familia (Sánchez, s. f.).

Ante los recursos limitados, prima el beneficio del paciente, aplicando el principio de justicia y cuidados paliativos, evitando el criterio “primero en llegar, primero en ingresar”

El artículo, en su análisis, considera los 4 principios de la bioética principalista: beneficencia (buscar el bien del paciente y prevenir el mal innecesario), no maleficencia (no hacer daño), justicia (equidad en las prestaciones asistenciales) y autonomía

(libertad de elegir, asumiendo responsabilidad) (García, 2013; Vera Carrasco, 2015).

Asimismo, los principios de la bioética personalista: defensa de la vida física, totalidad, libertad, responsabilidad, sociabilidad y subsidiariedad (Sgreccia, 2014).

Se planteó como objetivo: analizar los principios bioéticos aplicados por el personal de salud en la atención de pacientes COVID-19 en la unidad de cuidados intermedios (UCIN) e intensivos (UCI).

2. Metodología, diseño y población de estudio

Se adoptó un enfoque cualitativo, fenomenológico interpretativo, basado en entrevistas virtuales a profundidad, para analizar la percepción del personal de salud sobre la atención en pacientes con COVID-19 de áreas críticas como UCIN y UCI en hospitales nacionales del interior del país pertenecientes al Ministerio de Salud y EsSalud.

Se utilizó el muestreo intencional y se contó con informantes claves para reclutar al personal de salud que laboró en estas áreas. Los criterios de inclusión fueron: personal de enfermería que laboró durante la primera y segunda ola de la pandemia por el COVID-19 en UCI y UCIN de hospitales, con más de un año de experiencia y consentimiento informado, donde la confidencialidad se garantizó.

2.1. Técnica, instrumento y procesamiento de los datos

Se empleó una guía semiestructurada para la entrevista, que contenía datos generales y preguntas relacionadas a la atención de los pacientes COVID-19: percepción de cómo fueron sus experiencias, emociones, reflexiones, cuidados ante la cura o fallecimiento, aplicación de principios bioéticos y toma de decisiones. Se organizó la



hora de la entrevista que fue individual, enviándose previamente el enlace, todas fueron grabadas en audio, con una duración aproximada de 40 minutos y se tomaron notas de campo antes, durante y después.

2.2. Procedimiento y análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas y se verificó su precisión. Los datos se extrajeron inductivamente de las transcripciones. Para su análisis, se adoptó el método de Giorgi para datos fenomenológicos: 1) recolección de datos de las entrevistas; 2) lectura de las entrevistas previa a la transcripción literal; 3) revelado de las categorías; 4) codificación; 5) síntesis y resumen para la obtención de los resultados (Giorgi, 1997).

Los autores revisaron los datos de forma independiente, formaron un marco de codificación a través de debates y luego extrajeron categorías y subcategorías para su análisis. Se convocaron a reuniones para discutir, definir y revisar temas hasta establecer consensos. Los participantes no recibieron incentivos de ninguna índole. Los investigadores señalamos que no existió conflicto de intereses.

Tabla 1. Identificación de categorías y subcategorías

Categoría	Subcategorías o temas
C1. Atención de pacientes COVID	Situación de la enfermedad
	Estado emocional del personal de salud
	Situación del servicio de salud
C2. Emociones del personal de salud después de la atención	Emociones positivas
	Emociones negativas
C3. Reflexiones sobre la atención casos críticos	Limitaciones en la capacidad hospitalaria instalada
	Importancia de la familia
	Necesidad del soporte espiritual y emocional
C4. Cuidados durante la estancia hospitalaria	Recuperación
	Fallecimiento
C5. Principios bioéticos aplicados en la atención del paciente	Los principios bioéticos más aplicados
	Los principios bioéticos menos aplicados
C6. Toma de decisiones	Acceso a cama UCI
	Terapéutica farmacológica y procedimientos



3. Resultados

3.1. Atención de pacientes COVID-19

La sobredemanda de pacientes complicados imposibilitó cubrir la atención por falta de camas, equipos y personal especializado

Situación de la enfermedad. Señalaron que se enfrentaron a una enfermedad nueva con casos muy complicados y pacientes complejos (con comorbilidades). Vieron morir a amigos y familiares, convivían con la muerte por la dimensión del número de fallecidos por día, asociado con la soledad de los pacientes debido a la ausencia de familiares por restricción de visitas:

[...] De manera personal fue una experiencia súper complicada y creo que todas en sí nos enfrentamos a una enfermedad nueva, desconocida, con mucho miedo y mucho temor. (Entrevistada 2)

En triaje... recibíamos quinientas personas al día, esto ya era una sobredemanda de pacientes, nos tocaba alternar entre lo que era el paciente crítico y el de triaje. (Entrevistada 4)

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

El estado emocional del personal de salud reflejaba miedo, tristeza, dolor y angustia por el hecho de que podían contagiarse e incertidumbre de no saber más sobre la enfermedad:

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

Ha sido la experiencia más desgarradora que he vivido en mis más de 20 años como enfermera especializada en UCI. (Entrevistada 3)

La situación del servicio de salud, evidenció la carencia de recursos que permitió aprender a organizarse y adecuar ambientes UCIN/UCI, improvisar infraestructura, por el incremento de pacientes críticos que eran derivados a UCI. La sobredemanda de pacientes complicados imposibilitó cubrir la atención por falta de camas, equipos y personal especializado:

[...] se tuvieron que improvisar UCIS de la noche a la mañana con lo mínimo necesario para proteger al personal que trabajaba allí... (Entrevistada 1)

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



3.2. Las emociones del personal de salud después de la atención fueron extremas, oscilando entre sentimientos positivos y negativos

La frustración surgió al no recibir el reconocimiento merecido como enfermeras especializadas en cuidados intensivos, mientras experimentaban un desgaste emocional debido a la complejidad de los casos y situaciones atendidas

Emociones positivas. Se experimentó una mayor sensibilidad, pero al mismo tiempo se fortalecieron, conscientes de que los pacientes dependían de ellos. En algunos casos, se logró una mayor estabilidad emocional, surgieron sentimientos de aprecio hacia la familia y se percibió un crecimiento personal y profesional a raíz de esta situación.

Me convertí en una mejor persona, mi sensibilidad se elevó al máximo... (Entrevistada 1)

Nos hemos hecho fuertes, en mi vida jamás pensé enfrentar una pandemia ¡tengo ya la experiencia! Nos ha hecho fuertes desde el inicio, tenemos más estabilidad emocional. (Entrevistada 2)

Emociones negativas. La frustración surgió al no recibir el reconocimiento merecido como enfermeras especializadas en cuidados intensivos, mientras experimentaban un desgaste emocional debido a la complejidad de los casos y situaciones atendidas. A su vez, se vieron envueltas en una mezcla de sentimientos que iban desde la satisfacción hasta las lágrimas.

[...] frustración por todo lo que hacemos... por la carga, al presenciar a colegas que no están a la altura. Me sentí frustrada al ver a pacientes contagiarse y fallecer. (Entrevistada 3)

Esa sensación de impotencia que se experimenta al perder a alguien. Cuando has dado todo por el paciente, absolutamente todo. Se siente un peso en el corazón, un pesar profundo. (Entrevistada 4)

3.3. Reflexiones sobre la atención casos críticos

Limitaciones en la capacidad instalada hospitalaria. Hubo una escasez de recursos humanos y una sobrecarga en el personal existente debido a la alta demanda no satisfecha. Como respuesta, se contrató personal sin experiencia en cuidados críticos. Esto resultó en que el personal de planta tuviera que entrenar a los nuevos empleados, pero en algunos casos, este proceso no fue exitoso. Se señaló, que tanto la situación como la gestión de salud fueron deficientes para afrontar esta crisis sanitaria:

La crisis dejó al descubierto las deficiencias en la gestión que hemos presenciado y experimentado a lo largo de tantos años en nuestro sistema de salud. (Entrevistada 3)



Los pacientes expresaron preocupación y una necesidad apremiante de comunicarse con sus seres queridos. Muchos de ellos eran conocidos y tenían hijos pequeños; lamentablemente, algunos fallecieron

Hubo un gran número de ingresos de trabajadores bajo el régimen de Contratación Administrativa de Servicios (CAS). Muchos de estos jóvenes fueron reclutados tras enviar sus currículos, algunos eran recién graduados, sin experiencia previa ni servicio rural obligatorio (SERUMS). Al observar su desempeño, resultaba evidente que muchos de ellos no cumplían con las expectativas. (Entrevistada 4)

Importancia de la familia, fue apreciado el valor del apoyo familiar; se comprendió la importancia de este respaldo. Los pacientes expresaron preocupación y una necesidad apremiante de comunicarse con sus seres queridos. Muchos de ellos eran conocidos y tenían hijos pequeños; lamentablemente, algunos fallecieron. En algunos casos, se mantuvo contacto telefónico con los familiares y se podía percibir la alegría en sus voces.

Como reflexión: Todos deberíamos esforzarnos por vivir en armonía, mantener un estilo de vida saludable y positivo, y disfrutar cada día sin preocuparnos demasiado por el futuro. (Entrevistada 8)

Necesidad del soporte emocional y espiritual, dada la falta de comprensión sobre la enfermedad y la proximidad de muerte, los pacientes experimentaron ansiedad, lo que resultó en un mayor deterioro de su salud. Esto se vio agravado por la escasa comunicación con el mundo exterior.

La dimensión espiritual es fundamental, porque al final, todos compartimos la creencia en un Creador, aunque practiquemos diferentes religiones; en esencia, todos adoramos a un único Dios. (Entrevistada 1)

3.4. Cuidados durante la estancia hospitalaria

Recuperación. El tratamiento de los pacientes en estado crítico es altamente invasivo, mientras que el paciente lucha denodadamente por su supervivencia, el personal procuraba establecer una conexión con ellos, a veces recurriendo a susurros cuando el paciente podía escuchar. Ante la ausencia de comunicación con la familia, en ciertos casos se optó por utilizar teléfonos celulares para realizar videollamadas. La liberación del alta hospitalaria era recibida con una inmensa alegría por parte de los pacientes.

Muchos lograron salir y era una algarabía en el servicio ¡era una alegría para nosotras! Después de tanto esfuerzo... Para ellos, nosotros éramos su familia, éramos todo, porque no veían a nadie. (Entrevistada 5)



Se hizo todo lo posible para que los familiares estuvieran presentes en el momento de la despedida y cuando se les administraban los santos óleos con la asistencia del sacerdote del hospital, quien brindaba apoyo espiritual

Fallecimiento. Se hizo todo lo posible para que los familiares estuvieran presentes en el momento de la despedida y cuando se les administraban los santos óleos con la asistencia del sacerdote del hospital, quien brindaba apoyo espiritual. Sin embargo, algunos pacientes no tuvieron la oportunidad de despedirse de sus seres queridos. Los protocolos de despedida fueron distintos; lamentablemente, los fallecidos eran colocados directamente en bolsas, lo cual resultaba desalentador, para luego ser trasladados a la funeraria o al crematorio. La notificación del fallecimiento se realizaba únicamente a través del teléfono celular:

[...] a veces no se permitía el ingreso de familiares, después solo ingresaba uno con todo el equipo de protección personal, porque también había hijos que querían ver a sus familiares para despedirse y ¡uno se pone en la situación de ellos, como puedes morirte sin despedirte de tu familiar! (Entrevistada 2)

[...] La parte espiritual se atendió de alguna forma, cuando el sacerdote le daba los santos oleos y también cuando el familiar lo visitaba... eso se estilaba. (Entrevistada 2)

Y a muchos de los familiares... no se les podía enseñar la cara de su pariente, porque de frente se iban al crematorio para ser incinerados. (Entrevistada 5)

3.5. Principios bioéticos aplicados en la atención del paciente

Principios bioéticos. Uno de los principios bioéticos más prominentes fue el de beneficencia, aplicado de manera universal, el personal de salud siempre tuvo en mente el bienestar de los pacientes. Además, se consideró igualmente importante el principio de no maleficencia.

En cuanto a los principios, la beneficencia es la que más se ha abarcado. (Entrevistada 7)

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

Principios bioéticos menos aplicados. A pesar de incansables esfuerzos del personal de salud por brindar atención de calidad al paciente, se ha observado que los principios de justicia y autonomía no han sido completamente abordados, excepto en aquellos ubicados en UCIN. En UCI, el principio de autonomía fue menos aplicado, debido a que la mayoría se encontraban inconscientes. En situaciones críticas, la toma de decisiones recaía en familiares, quienes autorizaban cualquier procedimiento médico solicitado.



El principio de justicia lamentablemente, no se ha podido aplicar... porque no todos han podido acceder a una cama UCI, en realidad todos tenemos derecho a la atención en unidades críticas cuando uno necesita, cuando nuestra vida corre peligro. Muchas personas han muerto afuera ¡tenían el derecho a tener una cama! (Entrevistada 2)

De parte de enfermería nosotras tenemos como base: primero la beneficencia, la no maleficencia. La autonomía por ser un área crítica, por ser paciente inconsciente, no se aplica... el consentimiento informado. (Entrevistada 6)

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

3.6. Toma de decisiones

Con respecto a los procedimientos y asignación de camas UCI las decisiones eran tomadas exclusivamente por personal médico, lo que evidenciaba una estructura jerárquica, sin tener en cuenta la opinión de las enfermeras

Acceso a cama UCI. Para la atención de pacientes en estado crítico por COVID-19, se priorizó a personas jóvenes, mujeres embarazadas y personal que laboraba en la institución, a pesar de que los protocolos existentes no se adaptaban completamente a esta nueva realidad. Con respecto a los procedimientos y asignación de camas UCI las decisiones eran tomadas exclusivamente por personal médico, lo que evidenciaba una estructura jerárquica, sin tener en cuenta la opinión de las enfermeras:

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

Muy vertical. Son decisiones que se toman por encima de nosotras como profesionales y eso no fue como en otros países ¡ignoraron a las sociedades científicas! (Entrevistada 3)

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

Decisiones de tratamiento farmacológico y procedimientos, se emplearon protocolos, priorizando especialmente a los pacientes con un pronóstico desfavorable.

Si el paciente no estaba en condiciones de decidir... se llamaba al familiar... se le explicaba y el familiar firmaba la autorización. (Entrevistada 1)

Los médicos evaluaban quiénes eran los que no están tolerando [...] o si necesitaban ventilación mecánica. (Entrevistada 2)



4. Discusión

El sistema de salud pública en el Perú se destaca por su falta de capacidad y recursos para hacer frente a situaciones adversas, lo cual se hizo evidente durante los primeros cien días de pandemia (primera ola). A pesar de que se registró un aumento en la disponibilidad de camas, especialmente en la capital, esta medida resultó insuficiente para atender la alta demanda generada por el gran número de casos de COVID-19 (Zevallos Santillan et al., 2020).

Esta circunstancia, que involucró casos inusuales y complejos de complicaciones respiratorias masivas debido a una enfermedad nueva, generó un sentimiento de temor entre el personal de salud ante la posibilidad de contagiarse

Esta circunstancia, que involucró casos inusuales y complejos de complicaciones respiratorias masivas debido a una enfermedad nueva, generó un sentimiento de temor entre el personal de salud ante la posibilidad de contagiarse.

Al respecto Andreu-Periz et al. (2020) demostraron que las enfermeras sintieron mucho miedo en la atención de pacientes COVID-19. Aunque los profesionales entrevistados poseían una capacitación especializada en áreas críticas como intensivistas, no estaban exentos de experimentar emociones similares frente a esta situación incierta. Estos hallazgos, coinciden con los resultados que indican un aumento del estrés en los profesionales durante el primer año de pandemia (Álvarez Tapia et al., 2022; Valle Dávila et al., 2023; Lucas Guerra, 2023)

El nivel de responsabilidad en la atención provocó sentimientos mixtos: por un lado, una mayor estabilidad (Montes-Berges y Ortúñez Fernández, 2021) y por otra, una mayor carga emocional (León-Gavilanes et al., 2022; Pérez Álvarez et al., 2021) que tuvo un impacto psicológico importante en los trabajadores de salud principalmente el personal de enfermería.

Resulta contradictorio que el personal del ámbito sanitario experimente tanto sentimientos positivos como negativos (Andreu-Periz et al., 2020). Aunque reportan sentirse muy desprotegidos, con miedo y estrés, también se sienten satisfechos por la labor realizada.

Esta etapa estuvo marcada por la improvisación en las instalaciones de UCI y UCIN, servicios que venían arrastrando serias carencias en su implementación y que se vieron agravadas. En conclusión, el sistema de salud no estaba preparado para enfrentar una situación caótica y desbordante. Frente a ello, el personal de salud comprobó la carente situación por la que atravesó este sistema público; respecto a los derechos humanos se puede señalar, que la provisión de servicios de salud de calidad, tanto en capacidad instalada como infraestructura, logística, recursos humanos (Murillo-Peña et al., 2021) y las medidas adoptadas (Alvarado et al., 2020) así como el trato sin discriminación fueron vulnerados (Lovón Cueva y Palomino Gonzales, 2022).

La CEPAL –Economic Commission for Latin America and the Caribbean– (2021) reconoce tanto la crisis sanitaria en América Latina y el Caribe como la necesidad de transformar los sistemas de salud en sus aspectos estructurales, financieros, de



recursos humanos. La pandemia deja una crisis en la gestión de salud requiriendo una “infraestructura sólida y resiliente en épocas normales” para garantizar la equidad en salud (Vera, 2015) y no solo en zonas urbanas como se vio evidenciado (Castro Baca et al., 2021).

Es indiscutible que la participación de la familia tiene un efecto positivo en la atención de pacientes UCI (Valqui Herrera, 2022; Cerrudo Hernández et al., 2022). Por bioseguridad, la comunicación y contacto físico se vio restringido. Sin embargo, se

pudo aplacar los sentimientos de ansiedad en pacientes, a través del apoyo espiritual (Duque Delgado, Rincón Elvira y León Gómez, 2020) tanto del personal de salud como de los familiares.

El enfoque hospitalario durante la atención a pacientes próximos a fallecer puede resultar controvertido, ya que el individuo moribundo dejó de ser tratado como persona, al no considerarse los cuidados paliativos como una prioridad

El enfoque hospitalario durante la atención a pacientes próximos a fallecer puede resultar controvertido, ya que el individuo moribundo dejó de ser tratado como persona, al no considerarse los cuidados paliativos como una prioridad (Consuegra-Fernández y Fernández-Trujillo, 2020).

Estos incluyen la muerte digna a la que toda persona tiene derecho (Rubio Sanchiz y Ventura Pacual, 2020; García Oroz, 2022). Una alternativa fue el uso de los dispositivos telefónicos que permitió despedirse de la familia. No obstante, una vez producido el fallecimiento, la persona pasó a ser un cuerpo

inerte contaminado, sin considerar las expectativas de los familiares y mantener las prácticas de salud (Naciones Unidas, 2008).

En la modernidad, el acompañamiento durante el fallecimiento convierte al personal de salud en testigos implícitos, debido a los procedimientos realizados en los establecimientos de salud (hospital), donde el desenlace es el alta o el fallecimiento.

Por lo tanto, durante esa etapa de internamiento, que puede durar días o semanas entre los procedimientos y el fallecimiento, la familia generalmente no participa. Sin embargo, los pacientes considerados desahuciados tienen la oportunidad de despedirse, ya que regresan a casa (Onaka Nuñez, 2020).

Los principios bioéticos son una parte fundamental del trabajo del personal de salud y están establecidos en los códigos de ética y deontología de sus respectivos colegios profesionales (médicos, enfermeras, entre otros). En los profesionales de la salud, se espera un compromiso innegable con la vocación y el servicio.

La Ley General de Salud en su artículo 23 (Ministerio de Salud, 1997) establece que lo no especificado en ella se rige por el código de ética de cada profesión. En esta investigación, se observó que, en cuanto a los principios bioéticos, el de beneficencia se aplicó estrictamente, ya que el personal siempre buscó hacer el bien y evitar causar daño. Sin embargo, los principios de autonomía y justicia generaron controversia debido a su omisión o limitada aplicación. La autonomía fue problemática porque, en su mayoría, los pacientes UCI estaban inconscientes y las decisiones recaían en el médico tratante. Como señalan García-León et al. (2023), cuando el médico toma decisiones, involucra un componente de juicio humano y no solo se basa en protocolos (Linares-Salgado, 2022).



En estos escenarios, donde la aplicación de la ética de los mínimos (no maleficencia y justicia) y los máximos (beneficencia y autonomía) resulta insuficiente, se observa una reducción y distorsión, ya que el paciente requiere una atención integral que va más allá de cumplir únicamente con los cuatro principios. Además de estos, se deben considerar otros aspectos, como la empatía, la solidaridad y la no explotación, especialmente ante la escasez de insumos y recursos limitados, incluyendo el personal especializado. En estas situaciones, algunos médicos y enfermeras se beneficiaron económicamente (Ñique Carbajal et al., 2020).

En las unidades de cuidados críticos para pacientes con COVID-19, se implementaron protocolos de atención en los que, en situaciones irreversibles, se administraba principalmente sedación y algunos fármacos para aliviar el dolor y evitar el sufrimiento

Por otro lado, se proporcionó lo esencial, lo cual fue en gran medida el resultado de decisiones políticas cuestionables, como, por ejemplo, la implementación de políticas de libre mercado en el ámbito de la salud (Ortiz Millán y Medina Arellano, 2021).

En las unidades de cuidados críticos para pacientes con COVID-19, se implementaron protocolos de atención en los que, en situaciones irreversibles, se administraba principalmente sedación y algunos fármacos para aliviar el dolor y evitar el sufrimiento. En este contexto, los cuidados paliativos representan una forma de asistencia dentro del marco de una atención integral multidimensional (Rubio Sanchiz y Ventura Pacual, 2020). Sin embargo, el enfoque integral que abarca el apoyo emocional estaba restringido.

La importancia de la familia y el respaldo emocional se considera fundamental en las unidades de cuidados críticos, como las UCI. Desde 1979, Molter ya señalaba que el personal de salud en estas unidades había descuidado la atención hacia la familia y pacientes.

5. Conclusiones y recomendaciones

El personal de enfermería aplicó los principios de beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva al gestionar los recursos con el objetivo de promover el bienestar de los pacientes en cuidados críticos. Sin embargo, en algunos casos, esto dio lugar a una violación del principio de autonomía. Por lo tanto, se sugiere fortalecer las competencias del personal de salud en temas de atención humanizada, cuidados paliativos ante la muerte y principios bioéticos para garantizar una atención integral y ética en el manejo de pacientes en situaciones críticas.



Referencias

- Alvarado, K., Alvarado, S., Esenarro, D., Rodríguez, C., Iannacone, J., Alvaríño, L. y Vasquez, W. (2020). Estrategia nacional peruana contra la propagación de la pandemia del coronavirus (COVID-19). *Cátedra Villarreal*, 8(1), 93-108. <https://doi.org/10.24039/cv2020081767>
- Álvarez Tapia, A., Delgado Herмосilla, A., Jadue Tuma, A., Aller González, J. y Gálvez Pradenas, J. (2022). Experiencia de estrés en enfermeras(os) de la unidad de cuidados críticos durante la pandemia COVID-19 durante el 2020 en la región Metropolitana. *Revista Confluencia*, 5(2), 10-13.
- Andreu-Periz, D., Ochando-García, A. y Limón-Cáceres, E. (2020). Experiencias de vida y soporte percibido por las enfermeras de las unidades de hemodiálisis hospitalaria durante la pandemia de COVID-19 en España. *Enfermería Nefrológica*, 23(2), 148-159. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842020022>
- Castro Baca, Á. M. y Villena Pacheco, A. E. (2021). La Pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. *Acta Médica Peruana*, 38(3), 161-162. <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2227>
- Economic Commission for Latin America and the Caribbean. [CEPAL]. (2021). *La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social*. United Nations. <https://doi.org/10.18356/9789210016377>
- Cerrudo Hernández, R., Arroyo López, M. C., Cedrés Rodríguez, E. B., Barroso Almenara, G., Alfonso Pérez, L. C. y Mora Quintero, M. L. (2022). Nivel de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del complejo Hospitalario Universitario de Canarias con un nuevo protocolo de visitas e información. *Revista Ene de Enfermería*, 16(1). <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v16n1/1988-348X-ene-16-01-1335.pdf>
- Consuegra-Fernández, M. y Fernández-Trujillo, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*, 50, 81-98. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.50.31683>
- Duque Delgado, L., Rincón Elvira, E. E. y León Gómez, V. E. (2020). Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Ene*, 14(3). <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2020000300008>
- El Peruano, diario oficial. (2021). Decreto de urgencia que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera vinculadas a los recursos humanos en salud como respuesta ante la emergencia sanitaria por la COVID-19 y dicta otras disposiciones. <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/1928757-1>
- García Oroz, E. (2022, 24 de julio). Plan de mejora de asistencia sanitaria en UCI aplicando cuidados paliativos. *RSI - Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-mejora-de-asistencia-sanitaria-en-uci-aplicando-cuidados-paliativos/>
- García, J. J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de Bioética XXIV*(80). <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>
- García-León, G. A., Lima-Sánchez, D. N. y Abascal-Miguel, L. (2023). Revisión sobre aspectos bioéticos en las decisiones de triaje en la Unidad de Cuidados Intensivos durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, (57), 193-206. <https://doi.org/10.1344/rbd2023.57.37282>
- Giorgi, A. (1997). Teoría, práctica y evaluación del método fenomenológico como procedimiento de investigación cualitativa. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>



- Gutiérrez-Tudela, J. W. (2021). La pandemia de la COVID-19 en el Perú: Análisis epidemiológico de la primera ola. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 34(2), Article 2. <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i2.595>
- Kaneko-Wada, T., Domínguez-Cherit, G., Colmenares-Vásquez, A., Santana-Martínez, P., Gutiérrez-Mejía, J. y Arroliga, A. (2015). El proceso de muerte en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Punto de vista médico, tanatológico y legislativo. *Gaceta médica de México*, 151(5), 628-634.
- León-Gavilanes, E., Romero, H., Lopez Mora, C. D. y Bermeo González, J. (2022). Estado Emocional del Personal Sanitario por COVID-19. Un estudio piloto. *Más Vida*, 4(4), Article 4. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0172>
- Linares-Salgado, J. E. (2022). La controversia bioética sobre el triaje durante la pandemia de la COVID-19. *Revista de Bioética y Derecho*, (56), 163-182. <https://doi.org/10.1344/rbd2022.56.38674>
- Loncán, P., Gisbert, A., Fernández, C., Valentín, R., Teixidó, A., Vidaurreta, R. y Saralegui, I. (2007). Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, 113-128. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272007000600009>
- Lovón Cueva, M. A. y Palomino Gonzales, M. M. (2022). Discriminación y racismo en tiempo de coronavirus: El discurso de la desigualdad social de la “pituquería” en el Perú. *Lengua y Sociedad*, 21(1), 163-203. <https://doi.org/10.15381/lengsoc.v21i1.22518>
- Lucas Guerra, C. (2023). Impacto emocional de la pandemia por Covid-19 en el personal de enfermería: Un estudio transversal. *Revista ROL de enfermería*, 46(7-8), 19-27.
- Maglio, I., Valdez, P., Cámara, L., Finn, B., Klein, M., Pincemin, I., Ferraro, H., Galvalisi, N., Alessandrini, G., Manera, J., Musacchio, H., Contreras, P., Garea, M., Lüthy, V., Nemerovsky, J., Baldomá, F., Cherro, A., Ranzuglia, L., Malfante, P., ... García, A. (2020). Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19. Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. *Medicina (B. Aires)*, 80(Supl. III), 45-64.
- Ministerio de Salud. (1997). Ley General de Salud No 26842. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf?v=1572397294>
- Ministerio de Salud. (2021). Reporte especial tiempos de pandemia. <https://www.incn.gob.pe/wp-content/uploads/2021/08/MINSA-Tiempos-de-pandemia-2020-2021.pdf>
- MINSA. (2020). Alertas epidemiológicas. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/alertas/2020/AE010.pdf>
- MINSA. (2021). Situación del COVID-19. Perú. 2020/2021. <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/teleconferencia/2021/SE312021/03.pdf>
- MINSA/DGIESP. (2021). Norma técnica de salud n.º 179–MINSA/DGIESP-2021. Manejo de personas afectadas por COVID-19 en los servicios de hospitalización. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2682760/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20N%C2%BA%20179-MINSA-DGIESP-2021.pdf?v=1641382696>
- MINSA/DGSP. (2006). Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3372.pdf>
- Molter, N. (1979). Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive study. *Heart Lung*, 8(2), 332-339.
- Montes-Berges, B. y Ortúñez Fernández, M. E. (2021). Efectos psicológicos de la pandemia COVID-19 en el personal del ámbito sanitario. *Enfermería Global*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.6018/eglobal.427161>



- Murillo-Peña, J. P., Mendoza-Arana, P. J., Rojas-Mezarina, L. R., Huamán-Angulo, L. A., Peralta Quispe, F., Riega-López, P. A., Chilca Alva, M. L., Silva Valencia, J., Ugarte Taboada, C. M., Loayza Altamirano, J. C., Pérez Lázaro, W., Moscoso Porras, M., Cabana Peceros, A. y Escobar Agreda, S. A. (2021). Cambios en la densidad de recursos humanos en salud durante la epidemia de COVID-19 en el Perú, abril-agosto 2020. *Anales de la Facultad de Medicina*, 82(1), 5-12. <https://doi.org/10.15381/anales.v82i1.20822>
- Naciones Unidas. (2008). Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
- Ñique Carbajal, C., Cervera Vallejos, M., Díaz Manchay, R. y Domínguez Barrera, C. (2020). Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Revista Médica Herediana*, 31(4), 255-265. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3860>
- Onaka Nuñez, J. (2020). Reflexiones sobre la muerte a propósito de la pandemia. *Apuntes de Bioética*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.35383/apuntes.v3i1.369>
- OPS/OMS. (2020, 11 de marzo). La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
- OPS/OMS. (2023, 4 de diciembre). Cuidados paliativos—OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/cuidados-paliativos>
- Ortiz Millán, G. y Medina Arellano, M. (2021). *COVID-19 y Bioética*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/14/6503/32a.pdf>
- Pérez Álvarez, C., Morer Bamba, B., Torrente Mur, V., Sánchez Enamorado, M., Carceller Tejedor, A., Lacal Alejandro, L., Refoyo Matellán, B. y Cuevas Bernad, R. (2021). Impacto emocional de la pandemia covid-19 en los trabajadores sanitarios y no sanitarios de un hospital general. *Ene*, 15(3). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2021000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Rubio Sanchiz, O. y Ventura Pacual, L. (2020). Limitación de soporte vital. Cuidados paliativos y final de vida en UCI. *Revista de Bioética y Derecho*, (48), 81-93. <https://doi.org/10.1344/rbd2020.48.28883>
- Rubio, O., Estella, A., Cabre, L., Saralegui-Reta, I., Martín, M. C., Zapata, L., Esquerda, M., Ferrer, R., Castellanos, A., Trenado, J. y Amblas, J. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: Revisión rápida y consenso de expertos. *Medicina Intensiva*, 44(7), 439-445. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006>
- Sánchez, I. (s. f.). Lineamientos éticos en la atención de pacientes en una situación de pandemia. <https://facultadmedicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/04/Lineamientos-eticos-en-la-atencion-de-pacientes-en-una-situacion-de-pandemia-.pdf.pdf>
- Sgreccia, E. (2014). *Manual de Bioética I. Fundamentos y ética biomédica*. Biblioteca de Autores Cristianos.
- Souza, M. O. L. S. D., Troadio, I. F. D. M., Sales, A. S., Costa, R. E. A. R. D., Carvalho, D. D. N. R. D., Holanda, G. S. L. S., Aguiar, V. F. F. D., Correa, R. M. D. S. y Feitosa, E. D. S. (2022). Reflexiones de profesionales de enfermería sobre cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(1), 162-171. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022301516es>
- Valle Dávila, M. F., Acosta Balseca, S. L., Flores Grijalva, M. del C., Hidrobo Guzmán, J. F. y Guerrón Enríquez, S. X. (2023). Estrés y afrontamiento en profesionales ecuatorianos de enfermería durante la pandemia de COVID-19. *Revista Eugenio Espejo*, 17(3), 32-41. <https://doi.org/10.37135/ee.04.18.04>



- Valqui Herrera, I. (2022). *Importancia de la visita familiar al paciente en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos* (Trabajo fin de grado de Enfermería). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/11679>
- Vera Carrasco, O. (2015). Aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. *Revista Médica La Paz*, 21(1). http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v21n1/v21n1_a09.pdf
- Zevallos Santillan, E., Cruzado Burga, J. y Avalos Rivera, R. (2020). COVID-19; Perú a los 100 días, breve observación de una pandemia que pone en serios aprietos a la salud pública mundial. *Revista Médica Herediana*, 31(4), 287-289. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3865>