

Artículo original

Desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19 desde la perspectiva de enfermeras peruanas

Ethical Challenges Concerning the Care for Hospitalized COVID-19 Patient
from the Perspective of Peruvian Nurses

Angela Kristell Rivero-Mamani¹ <https://orcid.org/0000-0002-2207-7717>

Rosa Jeuna Diaz Manchay^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2333-7963>

Mirtha Flor Cervera Vallejos¹ <https://orcid.org/0000-0002-4972-1787>

¹Universidad Católica “Santo Toribio de Mogrovejo”. Chiclayo, Perú.

*Autor para la correspondencia: rdiaz@usat.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La pandemia por el SARS-CoV-2 ha generado que el personal de enfermería enfrente diversos dilemas bioéticos al brindar cuidado directo a los pacientes, puesto que fue una situación nueva e inesperada.

Objetivo: Describir los desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19 desde la perspectiva de enfermeras peruanas.

Métodos: Se realizó una investigación cualitativa descriptiva exploratoria, de julio a octubre del 2021. La población estuvo constituida por 15 enfermeras que trabajaron en el área de hospitalización COVID-19 en Arequipa, Perú. La muestra fue no probabilística por conveniencia, lograda por técnica de la saturación y redundancia de datos, participaron 10 enfermeras. Las entrevistas se realizaron por llamadas telefónicas y Zoom, luego fueron procesadas según análisis de contenido.

Resultados: Se obtuvieron cuatro categorías: a) Escasos insumos y equipos médicos, c) Muertes exorbitantes y en soledad, b) Carestía del trato humano, d) Falta de participación familiar en la hospitalización.

Conclusiones: Los mayores desafíos éticos que enfrentaron las enfermeras durante la COVID-19 fue encontrar a los pacientes hospitalizados muertos o verlos morir solos sin la compañía de su familia, el miedo al contagio que generó un trato distante y la falta de insumos, todo ello causó sufrimiento e impactó la salud mental de las enfermeras, aspectos que se deben considerar para futuras pandemias.

Palabras clave: ética en enfermería; atención de enfermería; hospitalización; COVID-19; investigación cualitativa.

ABSTRACT

Introduction: The SARS-CoV-2 pandemic has caused that the nursing personnel face several bioethical dilemmas when providing direct care to patients, since it was a new and unexpected situation.

Objective: To describe the ethical challenges in the care for hospitalized COVID-19 patients from the perspective of Peruvian nurses.

Methods: An exploratory, descriptive and qualitative research was conducted from July to October 2021. The population consisted of 15 nurses who worked in the COVID-19 hospitalization area in Arequipa, Peru. The nonprobabilistic sample by convenience was achieved through the data saturation and redundancy technique; the sample was made up of 10 nurses. The interviews, held by telephone calls and Zoom, were processed using content analysis.

Results: Four categories were obtained: a) scarce medical supplies and equipment, c) exorbitant and lonely deaths, b) scarcity of humane treatment, and d) lack of family involvement in hospitalization.

Conclusions: The greatest ethical challenges faced by nurses during COVID-19 were finding hospitalized patients dead or seeing them die alone without the company of their family; the fear of contagion, which caused distant treatment; and the lack of supplies. All those aspects caused suffering and impacted the mental health of nurses, aspects that should be considered for future pandemics.

Keywords: nursing ethics; nursing care; hospitalization; COVID-19; qualitative research.

Recibido: 13/09/2022

Aceptado: 27/01/2023

Introducción

Los profesionales de enfermería, desde el inicio de su formación, adquieren fundamentos teóricos, humanos y éticos que les permite desempeñarse en su vida profesional con calidad y conciencia.⁽¹⁾ Sin embargo, el personal de enfermería ha enfrentado diversos dilemas éticos en la pandemia de COVID-19, ante los cambios bruscos acontecidos en el modo de cuidar, que han marcado huella en su hacer, limitaciones en sus decisiones y prioridades de atención que evidenciaron afectación psicológica y física.⁽²⁾

En ese sentido, en diversos países experimentaron sensación de ineficiencia, estrés, excesiva fatiga física, dilemas entre la prestación de cuidados y la contaminación por el uso de los equipos de protección, unido a la ansiedad ante la muerte del paciente con COVID-19, y el miedo a contagiar a su familia al regresar a sus casas.^(3,4,5) Circunstancias unidas al estrés y sobrecarga experimentada que, en ciertas situaciones complejas, les conducen a tomar decisiones automáticas, rutinarias y despersonalizadas al restringir la comunicación de los pacientes con COVID-19 y con sus familiares, sobre todo al final de la vida.^(6,7,8)

Asimismo, en Perú, los hospitales colapsaron porque no estaban proveídos para atender a la cantidad exorbitante de pacientes con COVID-19 que día tras día se incrementaban, evidenciado por las colas interminables afuera de los nosocomios, los familiares suplicaban por atención o reclamaban por información de algunos de sus pacientes hospitalizados, entonces, cada turno hospitalario fue agobiante y, en muchos casos, ocurrían dilemas éticos porque no sabían que hacer, debido a las limitaciones e imprevistos sobrevenidos para poder brindar una atención oportuna y de calidad.⁽⁹⁾ De modo que, cada turno hospitalario en área COVID-19 ha sido una pesadilla, pues el ambiente estaba plagado de controversias éticas, porque debían decidir a quién colocarle el oxígeno o pasarlo a ventilación mecánica, era como ser cómplice de quién vive y quién muere.⁽¹⁰⁾

En particular, el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo”, ubicado en el departamento de Arequipa en Perú, la cantidad de pacientes y los fallecimientos fueron abrumadores, las enfermeras tuvieron que lidiar con el sufrimiento del paciente con COVID-

19, los familiares y con el suyo propio al enfrentar a una nueva pandemia, donde no se contaba con los recursos humanos necesarios, materiales e insumos médicos, esto, unido al agotamiento, causó que las enfermeras enfrentaran diversos dilemas éticos.

Llama la atención que, a pesar de que a lo largo de su profesión reciben formación para enfrentar diversas situaciones difíciles; es muy poca o casi nula la formación que reciben para enfrentar los dilemas éticos, y más aún en una pandemia. Al respecto hay escasos estudios cualitativos sobre el tema. Por ello, el objetivo del estudio fue describir los desafíos éticos en el cuidado al paciente hospitalizado por COVID-19, desde la perspectiva de enfermeras peruanas.

Métodos

Se realizó una investigación de enfoque cualitativo descriptivo exploratorio,⁽¹¹⁾ ya que se buscó comprender un fenómeno subjetivo, las experiencias de las enfermeras en relación a los desafíos éticos que enfrentaron en su contexto laboral al cuidar a la persona infectada por COVID-19.

Esta investigación se ejecutó en el Hospital Nacional “Carlos Alberto Seguin Escobedo”, ubicado en el departamento de Arequipa en Perú. Es un hospital de cuarto nivel, ofrece servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación durante las 24 horas, tiene 7 pisos y atiende servicios hospitalarios y ambulatorios para los asegurados y pacientes trasladados de otros centros de atención, pero durante esta pandemia fue un hospital de atención COVID-19, que contó con servicios de triaje, emergencia, hospitalización para adultos y niños, así como las unidades de cuidados intensivos. Cabe indicar que los datos se recolectaron de julio a octubre del 2021.

La población estuvo constituida por 15 enfermeras que trabajaron en emergencia, medicina y la unidad de cuidados intensivos dedicados al cuidado del paciente COVID-19, en el hospital antes mencionado.

Criterios de inclusión: Enfermeras que hayan trabajado en el área asistencial dedicadas al cuidado de paciente con COVID-19.

Criterios de exclusión: Enfermeras con trabajo remoto desde sus hogares, que estén con descanso médico o de vacaciones. Cabe resaltar, que tres enfermeras no desearon participar

en la investigación, debido a que no querían recordar los difíciles momentos que vivieron durante esta pandemia.

El tipo de muestra fue no probabilística por conveniencia, lograda con 10 enfermeras, número obtenido por la técnica de saturación y redundancia al evidenciarse que las informaciones de entrevistas eran repetitivas y no se constataban datos nuevos. El tipo de muestreo fue a través de la técnica de la bola de nieve, la estrategia para el primer contacto fue a través de una colega que trabaja en el hospital en el área de hospitalización COVID-19, que facilitó el teléfono de la siguiente enfermera que trabajaba en esta área y así en sucesivo hasta completar la muestra.

Para recolectar los datos se usó una guía de entrevista semiestructurada que contiene datos generales y las siguientes preguntas: ¿Qué dilemas éticos se presentaron durante el cuidado brindado al paciente con COVID-19?, ¿Qué dilemas éticos se presentaron ante la falta de equipos y materiales?, ¿Cómo fue el trato con estos pacientes?, ¿Qué dilemas éticos se presentaron ante la muerte del paciente con COVID-19?, ¿Qué dilemas éticos se presentaron en relación con la familia del paciente con COVID-19? El instrumento fue validado por tres juicios de expertos que cuentan con el grado de maestría, con dominio en la línea de investigación cualitativa y laboran en el área asistencial.

La investigadora principal ejecutó las entrevistas, previo consentimiento informado, las cuales se ejecutaron de forma virtual, siete por llamadas telefónicas y tres por el Zoom, según lo más accesible para las enfermeras. Es importante resaltar que al finalizar cada entrevista se solicitó el nombre y teléfono de una colega para poder contactarse con ella y solicitarle su recomendación para que la colega participe de este estudio, y se aplicó así la técnica de bola de nieve. Culminadas las entrevistas, estas fueron transcritas en formato *Word*, luego se reenviaron por *WhatsApp* a cada participante, para que verifiquen si los datos escritos en dicho documento eran verídicos, con lo cual se cumplió con el criterio de rigor científico de credibilidad.

Para analizar los datos, se utilizaron los tres pasos del análisis de contenido:⁽¹²⁾ Los datos obtenidos fueron escuchados y transcritos para identificar palabras o frases por pregunta y entrevista. Codificación: En esta fase se organizaron unidades de significado con 12 códigos que ayudaron a develar el objeto de estudio, luego fueron reagrupados para formar las

categorías. Categorización: Se agruparon los códigos en cuatro categorías y se les agregaron las narrativas de los sujetos de estudio.

Durante la ejecución de la investigación se aplicaron los criterios éticos de Sgreccia,⁽¹³⁾ entre ellos la defensa de la vida física de los participantes, tratados en su totalidad como personas dignas, con respeto a su privacidad e identidad, por ello, se les asignó seudónimos, elegidos por los propios participantes. Se cumplió con el principio de libertad y responsabilidad; los participantes conocieron la información completa sobre el objetivo de esta investigación y decidieron participar de forma voluntaria con precedente del consentimiento informado.

Resultados

Los diez profesionales de enfermería que participaron en el estudio fueron de sexo femenino, sus edades oscilaron entre 26 y 33 años de edad, contaban con una experiencia laboral entre año y medio a seis años. En cuanto al estado civil, siete estaban solteras y tres casadas. Dos tenían especialidad en emergencia y desastres, una era especialista en un centro quirúrgico y una contaba con maestría en gerencia de salud.

Después de un minucioso procesamiento de datos, fueron seleccionados los discursos más demostrativos que ilustran cada una de las siguientes categorías:

a. Escasos insumos y equipos médicos

Las enfermeras del estudio expresaron que había falta de insumos médicos, camas de hospitalización, ventiladores mecánicos, cánulas de alto flujo, balones de oxígeno; además, fueron testigos de las decisiones que tomaban los médicos cuando debían brindar los ventiladores o cámaras de alto flujo a quienes tenían mayor posibilidad de sobrevivir, como los jóvenes, esto les causó preocupación, angustia y frustración. Como se narra a continuación:

“Faltaban cánulas de alto flujo, ventiladores mecánicos y camas en la UCI, hubo alta demanda de pacientes que necesitaban ventilación mecánica..., se priorizaron los pacientes jóvenes o con menos comorbilidades, negando el acceso a los mayores” (SRM).

“Durante la pandemia, se evidenciaron y viví muchos dilemas éticos, ya que se veía a los pacientes sufrir por la falta de balones de oxígeno o la escasez de camas UCI... Definitivamente, la calidad de atención bajó” (Vale).

“Inicialmente, eran muy escasos los puntos de oxígeno para todos y comenzamos a compartir balones con llaves de triple vía adaptándolas para que dos pacientes recibieran oxígeno de un solo balón” (AFRA).

“Hubo falta de biombos, cortinas, etc., pero hicimos biombos con bolsas para que el paciente pudiera tener algo de intimidad” (FD).

b. Muertes exorbitantes y en soledad

Las enfermeras establecen que en esta pandemia se veía a diario morir a gran cantidad de pacientes en soledad, sin el apoyo emocional de sus seres queridos, porque así lo establecían los protocolos “no se debía dejar el ingreso de familiares y conocidos a las unidades de hospitalización” para evitar el contagio. Sin embargo, algunos profesionales de enfermería trataron de solucionarlo, brindaban Equipos de Protección Personal (EPPs) y educaban acerca de las medidas de seguridad a los familiares para que ingresen. Esto se detalla a continuación:

“Debido a la pandemia y los protocolos que se manejaron, la familia no podía acompañar al paciente durante su recuperación o su agonía..., sentíamos impotencia por esta situación, con algunos se trataba que la familia se comunicara por vía telefónica con el paciente, tratando de que eso no agravara el cuadro del paciente” (Lales).

“En todas las unidades COVID estaba prohibido el ingreso a familiares, la comunicación era exclusivamente por teléfono..., solicitaba a los médicos que llamaran a los familiares y se admitía el ingreso de dos familiares como máximo, les daba indicación del uso de EPPs, me encargaba de su desinfección y les permitía darle consuelo y despedirse” (AFRA).

Sin embargo, en muchas ocasiones morían sin el acompañamiento del profesional de enfermería, debido al cansancio o la sobrecarga laboral, como se describe:

“Se les decía que estaríamos con ellos, sobre todo a los adultos mayores, que fueron la mayoría, pero esa promesa fue imposible de cumplir. Esto es algo que aún no he superado. Tratamos de evitar una muerte dolorosa mediante la colocación de sedantes, pero nos faltó dedicarles tiempo y ofrecerles compañía. Aún llevo conmigo el recuerdo de sus rostros y la culpa de no haber estado con ellos por el cansancio” (SRM).

“Al ver a los pacientes agonizando, estando solos, trataba de estar un momento con ellos” (XOR).

“se aferraban de mi mano, no querían morir solos, tenían miedo a la muerte, miedo a la soledad, al dolor, a no volver a ver a sus seres queridos, me dieron encargos para decirles a sus familias, otros lucharon hasta su último aliento...” (Banu).

c. Carestía del trato humano

Otro aspecto indicado por las enfermeras es la cantidad abrumadora de pacientes que acudían al hospital en busca de atención, que conllevó a la sobrecarga laboral de los profesionales de enfermería, estrés y cansancio y, en muchas ocasiones, se brindó un trato indiferente o distante con el paciente con COVID-19, lo que generó frustración en las enfermeras, como se detalla a continuación:

“El trato humano se veía afectado por la demanda exacerbada de pacientes, de procedimientos y tareas en enfermería, que no permitían dar una adecuada atención ni educación al paciente respecto a algunas dudas e inquietudes que tenían” (Lales).

“...Muchas veces sentíamos estrés y frustración por la sobrecarga laboral, el trato era duro e indiferente al paciente..., a veces, les recordaba a mis compañeros el sentido de nuestra carrera para que tuvieran compasión y mejoraran su trato” (Vale).

“Hubo deficiencias por la sobrecarga laboral y falta de personal, pero intentamos no descuidar a ningún paciente, aunque los primeros días se vio

reflejado en la lejanía hacia los pacientes, esto fue mejorando con empatía y afecto” (Mary).

“La mayoría de pacientes tenían la necesidad de sentir apoyo, querer conversar y, muchas veces por la carga laboral, era imposible poder brindar ese apoyo, me sentía muy frustrada y triste al no poder escucharlos. Lo resolví priorizando a los pacientes que más necesitaban y con apoyo del personal técnico logramos organizarnos, luego contrataron más personal” (KM).

“Tratábamos de tener el menor contacto con el paciente, ingresábamos muy pocas veces a su habitación, a pesar de ello, nuestros compañeros se comenzaron a contagiar y el miedo fue creciendo, muchos renunciaron, pero otros, gracias a Dios, seguimos a pesar del cansancio, de las heridas físicas y emocionales...” (Banu).

d. Falta de participación familiar en la hospitalización

Por otro lado, las enfermeras manifestaron que la participación de la familia en la hospitalización se vio muy afectada, debido a las restricciones que se tenían para evitar el contagio con la COVID-19. El paciente tenía comunicación limitada con sus seres queridos por los protocolos implementados, esto se trató de resolver al permitir las llamadas o videollamadas para que de esa manera sintieran el afecto de las personas que los querían y les diera ánimo para superar la enfermedad, como se refleja:

“Un gran dilema fue alejar a los pacientes de sus familiares, en especial a los niños, ya que se tenían que hospitalizar solos, y lloraban... por ello, se hacía videollamadas con los familiares, en caso de los niños dejaban un juguete que les gustaba” (XOR).

“La familia no podía participar en el cuidado por riesgo de contagio, se logró superar con videollamadas y cuando la persona ya estaba muy delicada se permitía el ingreso de un familiar con los respectivos EPPs para que se despidieran” (KM).

“El hecho de que los pacientes no podían ver a sus familiares era un problema, ya que anímicamente se sentían olvidados.... Se realizaban videollamadas para

que la familia pudiera comunicarse con el paciente. La presencia de la familia, aunque sea de forma virtual, los fortalece. Tenemos que ser más empáticos y entender que esos momentos son duros para ellos” (Pris).

“Los pacientes con COVID-19 estaban aislados, la participación de la familia solo era por llamadas, muchas veces nos trataron de inhumanos por no dejarlos estar con sus familiares. Se les pedía que enviaran cartas o mensajes y se la dábamos al paciente” (Mary).

Discusión

En este estudio, las enfermeras evidenciaron desafíos éticos ante los pocos insumos y equipos que había en sus hospitales, los cuales eran destinados para las personas con mayor probabilidad de vida, dejaban de lado a las personas mayores y/o con comorbilidad para dar preferencia a los más jóvenes. Si bien ellas no eran las que tomaban tan difícil decisión, eran testigos de la elección realizada para poder decidir entre los pacientes que recibirían la atención, lo que les causaba angustia. Esto ocurrió porque los hospitales colapsaron, no había insumos, camas, equipos, ni personal de salud, es decir, se vivió un caos durante la primera y segunda ola en Perú, después revirtió cuando empezó la vacunación y se logró mayor presupuesto para la implementación de los hospitales, tanto con equipos como con personal de salud.

Estos resultados son similares al estudio de *Morley* y otros,⁽¹⁴⁾ *Concha* y otros,⁽¹⁵⁾ y *Khoo* y *Lantos*,⁽²⁾ al señalar que la asignación de equipos y materiales en esta pandemia fue escasa, y fue necesario decidir a quién se le proporcionaría la última cama o el último ventilador mecánico, situación que causó angustia moral y también afectó la salud mental del personal de salud. Por ello, es necesario que en próximas pandemias haya un equipo que vigile y haga seguimiento a la salud mental del equipo de salud, ya que esto puede afectar su actuar profesional.

Otro desafío ético que vivieron las enfermeras fue ver morir a los pacientes en soledad. Si bien la muerte es un suceso natural en el ambiente hospitalario, sigue como enigma para las enfermeras, y fue muy diferente por las circunstancias descritas, ya que los pacientes morían en gran cantidad, en completa soledad, sin poder despedirse de sus familiares y seres

queridos. Debido a que el personal estaba agotado, muchas veces, la enfermera llegaba a la unidad del paciente cuando este ya había fallecido; esto generó frustración, debido a ser autotestigo de no brindar un cuidado adecuado en el final de la vida o que la familia no llegara a realizar sus ritos y costumbres según su diversidad cultural.

Estos datos son parecidos al estudio de *Huyhua-Gutierrez* y otros, ⁽¹⁶⁾ en el que las enfermeras enfrentaron el sufrimiento de ver las muertes incontrolables de los pacientes con enfermedades previas e incluso los protocolos no permitían que los familiares ingresaran al hospital, fue catastrófico ver como los colocaban en bolsas negras para que fueran llevados al cementerio o crematorio, esto afectó el estado emocional de las enfermeras. Para, *Diaz* y otros, ⁽¹⁰⁾ muchos pacientes no sintieron el cariño y la intimidad de sus familiares cuando fallecieron, e incluso no recibieron apoyo espiritual o religioso basado en sus creencias. Por ello, se debe en todo momento apoyar y consolar a los pacientes, brindándole el soporte psíquico y espiritual hasta su muerte natural. ⁽¹⁷⁾

Al respecto, *McKenna* ⁽¹⁸⁾ explica que las enfermeras dialogaban de la muerte de los pacientes y sus familias mucho antes de esta crisis. Sin embargo, la inviabilidad de las familias para acudir a ver a los pacientes mostró otro reto. Así, hubo informes en que miembros del núcleo familiar pidieron a las enfermeras que le dijeran sus últimas palabras a su pariente moribundo con COVID-19. Ellas facilitaron ser intermediarias entre el núcleo familiar y el paciente, tal situación, resultó una exigencia emocional fuerte, pero necesaria para un final tranquilo de la vida.

Asimismo, las enfermeras reconocen que han dejado de lado el trato humano, tan promovido por entidades formadoras y el sector salud. Sin embargo, la sobrecarga laboral provocó que el trato humano no fuera el adecuado en la relación enfermera-paciente; provocándoles estrés, frustración y cansancio; sentían que la atención brindada carecía de calidad. También lidiaron con el miedo de contagiarse y poner en riesgo la salud de sus seres queridos, lo que, de manera inconsciente, causó distanciamiento con los pacientes, o tener un contacto mínimo por la aplicación de los protocolos de bioseguridad.

Concuerda *García*, ⁽⁷⁾ al demostrar que la crisis del sistema de salud desencadenada por la COVID-19 permitió observar algunas deficiencias humanitarias importantes en relación con el trato humano, donde prevaleció el miedo al contagio unido a los escasos EPP en el inicio de la pandemia. Asimismo, la aplicación de las medidas de bioseguridad exigidas en el

hospital constituyó un obstáculo para el cuidado humanizado, porque dificultaba la interacción enfermera-paciente.⁽¹⁶⁾ Por otro lado, la participación de la familia suma mucho en la recuperación de un paciente hospitalizado, los motivan para que se dé una recuperación más rápida. Según los protocolos establecidos, para evitar la propagación del virus, fue restringido el acceso de la familia a las unidades de hospitalización, lo cual generó diversos dilemas, puesto que el paciente, además de soportar una enfermedad nueva, fue aislado de sus seres queridos y quedaban muchas veces en completa soledad.

Resultados similares a los de *Firouzkouhi* y otros,⁽¹⁹⁾ destacaron que las familias esperan visitar a sus seres queridos, pero las reglas no les permitieron una visita normal. Situación que propició el surgimiento de conflictos entre las enfermeras y las familias de los pacientes. Se debe mejorar el acceso de pacientes y familiares a través de otros métodos (teléfono, video llamada) para que ambos puedan comunicarse.^(20,21)

Además, en este estudio, las enfermeras detallaron en sus narraciones como la comunicación con la familia permaneció aislada por las restricciones impuestas por el gobierno, a pesar de ello, facilitaron a los pacientes medios para que pudieran contactarse con su familia a través de llamadas, videollamadas o cartas. Resultados parecidos al estudio de *Avellana-Martínez* y otros,⁽²²⁾ al demostrar que los profesionales fueron gestores en mejorar la comunicación entre los pacientes con COVID-19 y sus familias, acciones que contribuyeron en la calidad humana de los cuidados. Por su parte, *Ben-Jacob* y *Lars-Kristofer*⁽²³⁾ concluyeron que, debido a las restricciones de visitas de los familiares, las conversaciones pasaron de la presencia física a la telepresencia por teléfono.

Como limitaciones del estudio se tiene que el tamaño de la muestra es pequeño y por ello no se pueden generalizar los resultados. Se analizó el punto de vista de las enfermeras, por ello se recomienda para próximas investigaciones incluir al equipo de salud, a los pacientes dados de alta y a sus familiares.

En conclusión, los mayores desafíos éticos que enfrentaron las enfermeras durante la COVID-19 fue encontrar a los pacientes hospitalizados muertos o verlos morir solos sin la compañía de su familia, el miedo al contagio que generó un trato distante y la falta de insumos, todo ello causó sufrimiento e impactó la salud mental de las enfermeras, aspectos que se deben considerar para futuras pandemias.

Referencias bibliográficas

1. Escobar Castellanos B, Cid Henriquez P. Nursing care and ethical issues surgen from the technological health advance. *Acta bioeth.* 2018;24(1):39-46. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
2. Khoo E, Lantos J. Lessons learned from the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatr.* 2020; 109(7):1323–5. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15307>
3. Almanza G. Cuidados de enfermería frente al manejo del paciente diagnosticado con COVID-19 en el área de hospitalización. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2020;20(4):696-9. DOI: <https://doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.2963>
4. Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing Ethics.* 2020;28(1):33-45. DOI: <https://doi.org/10.1177/0969733020944453>
5. Galehdar N, Toulabi T, Kamran A, Heydari H. Exploring nurses' perception of taking care of patients with coronavirus disease (COVID-19): A qualitative study. *Nursing Open.* 2021;8(1):171-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.616>
6. Ministerio de Sanidad. Informe del ministerio de sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARS-CoV-2. 2020 [acceso 10/09/2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/AspectosEticos_en_situaciones_de_pandemia.pdf
7. García E. Humanizar la Muerte en Tiempos de Crisis Sanitaria: Morir Acompañado, Despedirse y Recibir Atención Espiritual. *Cuadernos de Bioética.* 2020;31(102):203-22. DOI: <https://doi.org/10.30444/CB.62>
8. Gebreheat G, Teame H. Ethical Challenges of Nurses in COVID-19 Pandemic: Integrative Review. *J Multidiscip Healthc.* 2021;9(14):1029-35. DOI: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S308758>
9. Rivero A. Enfermeras haciendo frente a conflictos éticos en tiempo de pandemia. *Apuntes De Bioética.* 2021;4(2):98-106. DOI: <https://doi.org/10.35383/apuntes.v4i2.685>
10. Diaz R, Pérez J, Carrasco J, Ñique C. Final de la Vida Humana y COVID 19: Experiencia desgarradora. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA.* 2020;13(1):97-98. DOI: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.631>

11. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. 6ta Edición. Elsevier, editor. España; 2016.
12. Berenguera A, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, Observar y Comprender: Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Barcelona: Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
13. Sgreccia E. Manual de bioética I: Fundamentos y ética biomédica. Biblioteca de Autores Cristianos; 2014.
14. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich C. COVID-19: Ethical Challenges for Nurses. Hastings Center Report. 2020;50(3):35-9. DOI: <https://doi.org/10.1002/hast.1110>
15. Concha M, Gómez P, Tuteleers F, Arzola M, Duffau G. Bioética en tiempos de pandemia COVID-19. Neumol Pediatr. 2020 [acceso 10/09/2022];15(2):358-61. Disponible en: <https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/62/62>
16. Huyhua Gutiérrez S, Meléndez Zumaeta L, Ríos Alvites S, Segura Rojas L, Díaz Manchay R, Tejada Muñoz S. Sentimientos de los profesionales de enfermería frente a la COVID-19. Revista Cubana de Enfermería. 2022 [acceso 10/09/2022];38(Suppl):e5094. Disponible en: <http://revenirmeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5094>
17. Ñique C, Cervera M, Díaz R, Domínguez C. Principios bioéticos en el contexto de la pandemia de COVID-19. Revista Médica Herediana. 2021;31(4):255-65. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3860>
18. McKenna H. Covid-19: Ethical issues for nurses. International Journal of Nursing Studies. 2020;110:e103673. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103673>
19. Firouzkouhi M, Alimohammadi N, Kako M, Abdollahimohammad A, Bagheri G, Nourai M. Ethical challenges of nurses related COVID-19 pandemic in inpatient wards: An integrative review. Ethics, Medicine and Public Health. 2021;18:e100669. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100669>
20. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al. Guías éticas para la atención durante la pandemia COVID-19: Recomendaciones multisocietarias para asignación de recursos. Medicina (B. Aires). 2020 [acceso 10/09/2022];80(3):45-64. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000500008&lng=es&tlng=es

21. Elma A, Cook D, Howard M, Takaoka A, Hoad N, Swinton M, et al. Use of Video Technology in End-of-Life Care For Hospitalized Patients During The COVID-19 Pandemic. Am J Crit Care. 2022;31(3):240-8. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2022722>
22. Avellaneda-Martínez S, Jiménez-Mayoral A, Humada-Calderón P, Redondo-Pérez N, Río-García I, Martín-Santos A, et al. Gestión de la comunicación de los pacientes hospitalizados, aislados con sus familias por la COVID-19. J Healthc Qual Res. 2021;36(1):12-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.10.006>
23. Ben Jacob T, Lars Kristofer N. Drastic changes in the practice of end-of-life care during the COVID-19 pandemic. Journal of Critical Care. 2022;(67):195-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.09.019>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Angela Kristell Rivero Mamani.

Curación de datos: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Análisis formal: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Investigación: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay, Mirtha Flor Cervera Vallejos.

Metodología: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Administración del proyecto: Angela Kristell Rivero Mamani.

Supervisión: Rosa Jeuna Diaz Manchay.

Visualización: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay, Mirtha Flor Cervera Vallejos.

Redacción – borrador original: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay, Mirtha Flor Cervera Vallejos.

Redacción – revisión y edición: Angela Kristell Rivero Mamani, Rosa Jeuna Diaz Manchay, Mirtha Flor Cervera Vallejos.