

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

MARCUS FERNANDO DA SILVA PRAXEDES
(ORGANIZADOR)

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-Não-Derivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaidy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Marcus Fernando da Silva Praxedes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
C569	Ciencias de la Salud: políticas públicas, asistencia y Gestión 2 / Organizador Marcus Fernando da Silva Praxedes. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acceso: World Wide Web Inclui bibliografía ISBN 978-65-258-1003-4 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.034231502 1. Salud. I. Praxedes, Marcus Fernando da Silva (Organizador). II. Título. CDD 613
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Apresentamos o segundo volumen do livro “Ciencias de la Salud: Políticas Públicas, Asistencia y Gestión”. O objetivo principal é apresentar de forma categorizada e clara estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais.

Estão reunidos aquí trabalhos referentes à diversas temáticas que envolvem e servem de base para a formulação de políticas públicas, atualização e melhor desenvolvimento da gestão em saúde, bem como de uma assistência qualificada.

São apresentados os seguintes capítulos: Sistema único de saúde no Brasil: avanços e desafios para sua consolidação; Adherencia al tratamiento farmacológico y factores sociodemográficos, individuales y del tratamiento asociados en pacientes con trastorno afectivo bipolar; Determinantes sociales en salud en la adherencia al tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2; Aleitamento materno exclusivo; O impacto da falta de adesão ao pré-natal; Reto docente ante el afrontamiento virtual de los procesos sustantivos ante la emergencia sanitaria; Análisis de componentes principales: antes, después y al seguimiento de variables bioclinicas tras una intervención educativa en pacientes con hipertensión arterial; Fatores associados ao controle pressórico de indivíduos com hipertensão arterial na atenção primária; Muerte por Covid-19 en la pospandemia: una vivencia en el cuidado de enfermería; O aumento da doença celíaca nos últimos anos; Participação em programa de iniciação científica: relato de experiencia.

Os trabalhos científicos apresentados nesse livro poderão servir de base para uma melhor prática de assistência em saúde. Nesse sentido, a Atena Editora se destaca por possuir a estrutura capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Marcus Fernando da Silva Praxedes

CAPÍTULO 1 1**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS PARA SUA CONSOLIDAÇÃO**

João Felipe Tinto Silva
 Tayane Moura Martins
 Aline Verçosa de Figueiredo
 Lucyanna Cavalcante de Moura
 Luana Almeida dos Santos
 Maria Vitória Gomes de Moura
 Félix William Medeiros Campos
 Jackeline Ruth Rodrigues da Silva
 Benedito Medeiros da Silva Neto
 Natalee da Silva Medeiros
 Marks Passos Santos
 Aranin Queiroz de Sousa
 Barbara Bispo de Santana
 David Maquileles Firmino
 Tiago Martins Gomes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315021>

CAPÍTULO 2 13**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INDIVIDUALES Y DEL TRATAMIENTO ASOCIADOS EN PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR**

Jennifer Marie Ortega Morales
 Bueno K
 Gil G
 Germosen Y
 Collado M

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315022>

CAPÍTULO 3 27**DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Edgardo Javier Ramos Caballero
 Manuela Cano Vasco
 Mary Yuleidy Carmona Londoño
 Norby Carolina Restrepo García

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315023>

CAPÍTULO 4 45**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO**

Danielle Freire Goncalves
 Zthefanny Holenk da Silva Tadaiewsky
 Verena Potter de Carvalho Bezerra
 Thais de Carvalho Costa
 Tonny Venâncio de Melo

Elza de Sousa Pereira Armondos
 Leticia Aparecida de Souza
 Walker Alves Costa
 Mariana Nasser Arouca Lamas
 Liana Maysa Melo Andrade
 Mercia Lacerda dos Santos Miranda
 Otavio Augusto de Paiva Ribeiro
 Aluísio Ferreira de Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315024>

CAPÍTULO 549

AS CONDIÇÕES RELACIONADAS AO ALTO ÍNDICE DE MORTE MATERNA

Natália Santos Mesquita
 Vitor Eduardo Morais Vinhal
 Maria Beatriz Miranda Alves
 Germana Maria Cordeiro Leite
 Juliana Kelly Leal Viana
 Kaline Cajueiro de Vasconcelos
 Maria Eduarda Lucena Abucater do Couto
 Sebastião Alves Gonçalves Neto
 Lorrane Rodrigues de Carvalho
 Marcos Bruno Couto Garcia
 José Daniel Rodrigues Chamon
 Marla Suelen Gomes Botelho Carneiro
 Luana Ferreira Dias da Silva
 Samara Ferreira Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315025>

CAPÍTULO 653

RETO DOCENTE ANTE EL AFRONTAMIENTO VIRTUAL DE LOS PROCESOS SUSTANTIVOS ANTE LA EMERGENCIA SANITARIA

Yanetzi Loimig, Arteaga Yáñez
 Yoel López Gamboa
 Neris Marina Ortega Guevara

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315026>

CAPÍTULO 760

ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES: ANTES, DESPUÉS Y AL SEGUIMIENTO DE VARIABLES BIOCLINICAS TRAS UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Edgardo Javier Ramos Caballero
 Jimmy Christian Cacñahuaray Huaraca
 Elías Eber Condori Quispe
 Silvia Mónica Jiménez Novoa
 Kyara Patricia Pereira Ramos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315027>

CAPÍTULO 873**FATORES ASSOCIADOS AO CONTROLE PRESSÓRICO DE INDIVÍDUOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Rebeka Maria de Oliveira Belo
Monique Oliveira do Nascimento
Larissa Rayane Santos da Silva
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz
Veridiana Câmara Furtado
Isabel Cristina Ramos Vieira Santos
Eugênia Velludo Veiga
Simone Maria Muniz da Silva Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315028>

CAPÍTULO 988**MUERTE POR COVID-19 EN LA POSPANDEMIA: UNA VIVENCIA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA**

Neris Marina Ortega Guevara
Yanetzy Loimig Arteaga Yáñez
Yoel López Gamboa
Eiro Alexander Medina Ortega

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0342315029>

CAPÍTULO 10..... 105**DOENÇA CELÍACA E SUAS IMPLICAÇÕES**

João Vitor de Menezes Santos
Amanda Ayako Yamamoto
Flávia Silva Mendonça
Pietra Nachbar Moliner
Anderson Almeida Rosa
Marina Rodrigues Pinheiro do Nascimento
João Lucas Araújo Milhomem
Emanuella Ramabir Carvalho Cunha Gomes Abrantes Gundim
Geanny Pereira da Silva
Rayssa Ketly Silva Sousa
Kátia Regina Almeida de Souza
Pâmela Daiana Cancian

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03423150210>

CAPÍTULO 11 109**PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Tainara Costa dos Santos
Yasmin Magalhaes Ribeiro
Rosiléia Silva Argolo
Marcus Fernando da Silva Praxedes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.03423150211>

SOBRE O ORGANIZADOR	116
ÍNDICE REMISSIVO	117

MUERTE POR COVID-19 EN LA POSPANDEMIA: UNA VIVENCIA EN EL CUIDADO DE ENFERMERIA

Data de aceite: 01/02/2023

Neris Marina Ortega Guevara

PhD - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Yanetzy Loimig Arteaga Yáñez

MSc - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Yoel López Gamboa

MSc - Carrera de Enfermería, UMET,
Guayaquil, Ecuador

Eiro Alexander Medina Ortega

Ing - Investigador independiente,
Guayaquil, Ecuador

RESUMEN: Esta investigación tiene como **objetivo general** describir la muerte por Covid- 19 en la postpandemia: Una vivencia en el cuidado de enfermería. Aunque la finalización de la emergencia sanitaria fue decretada el 5 de abril 2022, iniciando de esta manera el periodo postpandemia aún siguen presentándose morbimortalidad por covid-19 en la población mundial. **Metodología:** Es un estudio cualitativo fenomenológico hermenéutico donde el método seleccionado para la interpretación de la información fue el de Spiegelberg. Los elementos claves fueron cuatro enfermeras

ecuatorianas que cuidan pacientes en estado crítico por contagio del covid-19 dentro de la unidad de cuidado intensivo.

Resultados: 1.- El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es extenuante, impredecibles, con riesgos biológicos de bacterias y virus que coexisten con el SarsCoV-2. 2.- Indicadores de posibilidad de muerte en el paciente con covid-19: hipoxemia, soporte ventilatorio y falla multiorgánica. 3.-La vivencia de muerte del paciente por covid-19, está relacionado creencias religiosas, del impacto psicológico y estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental. **Conclusiones:** 1.-A pesar de la postpandemia el cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, sigue siendo un trabajo extenuante como todo paciente que desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), con riesgo de contagio por el desarrollo de coinfecciones y presencia de bacterias resistentes a los antibióticos. 2.-El enfermero reconoce los indicadores de mortalidad. 3.-Las creencias religiosas y las estrategias coping como recursos psicológicos para afrontar el dolor, la ansiedad y el terror que produce vivenciar la muerte de otros.

PALABRAS CLAVE: Muerte, postpandemia,

RESUME: The general objective of this research is to describe death from Covid-19 in the post-pandemic: An experience in nursing care. Although the end of the health emergency was decreed on April 5, 2022, thus beginning the post-pandemic period, morbidity and mortality from covid-19 still continue to occur in the world population. Methodology: It is a qualitative hermeneutic phenomenological study where the method selected for the interpretation of the information was that of Spiegelberg. The key elements were four Ecuadorian nurses who care for patients in critical condition due to covid-19 infection inside the intensive care unit. Results: 1.- The care of the critically ill patient due to covid-19 is strenuous, unpredictable, with biological risks of bacteria and viruses that coexist with SarsCoV-2. 2.- Indicators of the possibility of death in the patient with covid-19: hypoxemia, ventilatory support and multi-organ failure. 3.-The experience of death of the patient by covid-19, is related to religious beliefs, the psychological impact and emotional strategies that he uses to maintain his mental health. Conclusions: 1.-Despite the post-pandemic, the care of the critically ill patient due to covid-19 continues to be strenuous work, like all patients who develop acute respiratory distress syndrome (ARDS), with risk of contagion due to the development of coinfections and presence of antibiotic resistant bacteria. 2.-The nurse recognizes the mortality indicators. 3.-Religious beliefs and coping strategies as psychological resources to deal with pain, anxiety and terror caused by experiencing the death of others.

KEYWORDS: Death, post-pandemic, covid-19, nursing, care, workload, mental health.

1 | INTRODUCCION

Describir la muerte por Covid- 19 en la postpandemia: Una vivencia en el cuidado de enfermería, es el objetivo general de esta investigación cualitativa de corte fenomenológico. Trabajo de investigación que tienen su significado teórico y práctico para la enfermería como ciencia, pues la muerte por covid-19, es un fenómeno que se sucede con mucha frecuencia durante el cuidado y que está siendo visualizado como un fenómeno meramente biológico o el acabamiento del ser ahí. Sin embargo, la muerte de estos pacientes debe ser visto como un acontecimiento psicológico-social-cultural que influye en la subjetividad del cuidador-ser cuidado-familia.

La muerte ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, forma parte del pensamiento del hombre como acontecimiento histórico sociocultural en sus diversas dimensiones. Para comprender la posibilidad de muerte durante el cuidado humano, tenemos que estudiarla como parte del ser ahí que se presenta como el objeto-sujeto de estudio.

1.1 Antropología de la muerte

Para Heidegger, la muerte no es la terminación del ser, porque la muerte no es algo que llega al ser después de finalizar la vida. De hecho, la muerte no es un fenómeno que el “ser ahí” pueda llegar a experimentar. Esto ni siquiera a través de la muerte de los otros, pues, vista como un fenómeno que les sucede a los otros, no necesariamente me remite

a asumir que la muerte es siempre mi posibilidad. Ver la muerte como algo que sucede fuera de mí constituye en realidad la visión que se tiene de la muerte. El morir, “es algo que cada ‘ser ahí’ tiene que tomar en su caso sobre sí mismo. La muerte es, en la medida en que ‘es’, esencialmente en cada caso la mía” (1). Es compleja la visión que tiene Heidegger de la muerte, por lo que debemos entender que el paciente con covid-19, es un ser para la muerte. Es decir, que la muerte es la posibilidad que tiene cada ser, que no puede ser experimentada a partir de la muerte del otro, sólo él puede vivir su muerte. De esta manera, cuando la muerte sobreviene en el paciente covid-19, una vez que sucede no la puede experimentar porque la vida no está más en el ser ahí, además el cuidador enfermero y el familiar no podrán experimentar la muerte a través de la muerte del otro, sin embargo, su angustia y su dolor por la muerte del otro es por la posibilidad de la suya misma.

En esta vivencia del cuidado durante la muerte del paciente con covid-19, el enfermero se confronta con ella, la sufre, se supone como debe ser, esta vivencia dependerá de sus creencias, de su cultura. Por otra parte, el paciente que está muerto no puede dar la razón de la pérdida de su ser, aunque sabía que algún día moriría. El morir es algo que cada ser ahí tiene que tomar en su caso sobre sí mismo; la muerte no debe comprenderse como una parte que se agrega al ser en el final de su vida, por el contrario, está en él desde que este es (2)(3).

Durante el cuidado enfermero del paciente moribundo, existen dimensiones que rodean estas vivencias entre las cuales están el significado de la muerte de acuerdo a sus creencias, el compromiso emocional, el entorno o factores ambientales, la toma de decisiones que tiene que realizar frente a la limitación del soporte vital y la interacción con la familia (1). Cuando la enfermera cuida a un paciente al final de la vida, necesariamente se confronta con la muerte como una posibilidad del ser ahí y también con su propia muerte, se pregunta porque sucede, que puede hacer para evitarla, busca refugio en sus creencias, lo que conlleva a un aumento del trabajo emocional, aunado a la preocupación del riesgo de salud a la que está sometida.

Desde el punto de vista psicológico, el cuidado de pacientes críticamente enfermos al final de la vida desencadena niveles elevados de preocupación, temor y ansiedad en el cuidador enfermero. La pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir, son las situaciones más ansiógenas vivenciadas en el cuidado del paciente crítico. A pesar de este impacto emocional, el cuidador enfermero, está consciente de sus temores y emociones de forma clara, permaneciendo al lado del paciente, dando acompañamiento emocional al paciente y su familia como expresión de la identidad profesional (4). Esta conducta evidenciada en el cuidado de enfermería en pacientes críticamente enfermos con gran posibilidad de muerte tanto en la pandemia como en la postpandemia, ha dibujado el rol la imagen de la enfermería centrada en el cuidado humano, donde emerge el cuidado transpersonal que es “una clase especial de cuidado humano que depende del compromiso moral de la enfermera, de proteger y realzar la dignidad humana”, lo que permitirá trascender

el cuidado humanizado que brinda el profesional de enfermería en la práctica a pesar de sus temores y preocupaciones relacionadas con la posibilidad de muerte del paciente con covid-19 críticamente enfermo (5).

El impacto psicológico que vive la enfermera durante el cuidado de pacientes críticos con síndrome de distrés respiratorio por covid-19, a parte de la posibilidad que este tiene de muerte debido a las limitaciones terapéuticas, corre el riesgo de adquirir el virus del Sars-Cov2, esta situación añade otras preocupaciones de estrés laboral. Para afrontar esta situación de estrés laboral, la enfermera debe centrarse en el problema y en sus sentimientos y emociones, de esta manera el primero intentaría influir en la fuente del estrés y el segundo intentaría minimizar las emociones negativas a través de estrategias como expresiones emocionales, búsqueda de apoyo y evitación (6).

El comportamiento de como la enfermera afronta el estrés laboral durante el cuidado del paciente críticamente enfermo con posibilidad de muerte, es explicado a través del modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (7), en este modelo, la enfermera que cuida al paciente crítico con posibilidad de morir por covid-19, está en permanente interacción con el paciente haciendo frente a las demandas de cuidado que este requiere en forma continuada. De esta forma, la enfermera realiza dos tipos de valoraciones de la situación estresante del cuidado: una primaria (de la situación como tal) y una secundaria (de los recursos que dispone para hacerla frente). Dependiendo del resultado de estas dos valoraciones, la enfermera pondrá en marcha una u otra estrategia de afrontamiento.

Morín señala que la muerte no es enemiga de la vida, una vez que se integra a ella, permite su regeneración. La muerte entonces, le permite a la vida continuar, realizarse una y otra vez, nacer infinitamente. La muerte es indispensable para que la vida siga, la muerte de los individuos es asegurar la permanencia de la especie. Sin la muerte de los individuos la vida de este planeta ya estuviera agotada, no habría recursos con los cuales subsistiera la especie. La muerte asegura la vida. Esto significa que la muerte es la posibilidad de vida a los que están por llegar. Sin embargo, es la enemiga mortal del individuo sujeto, extermina su existencia introduciendo la contradicción, la tristeza y el horror en su corazón. La contradicción entre el egocentrismo del sujeto, que es todo para él mismo, más que también se sabe un ser para la muerte, predestinado a la nada, se torna fuente de la más profunda angustia humana, o sea la certeza de su aniquilamiento, acompañada por la incerteza de su hora (8).

Por otra parte, el hombre tiene la conciencia de la muerte, como destrucción de la individualidad entre los seis y ocho años de edad, esta conciencia se mantiene presente durante toda la vida y no solamente en el momento de su acontecimiento, esto nos separa inexorablemente de la animalidad. Al mismo tiempo en que la muerte humana consiste en la conciencia de aniquilación del individuo, implica también el rechazo de esa aniquilación, expresado desde las sociedades arcaicas, en los mitos y ritos de sobrevivencia después de la muerte como un doble (sobrevivencia como fantasma, espectro) o de renacimiento

en un nuevo ser o lo mismo para los que no creen en la posibilidad de la vida después de la muerte, ese es el motivo de sufrimiento y angustia. Es cierto que hay diversidad en la manera de aceptar e incorporar la muerte, depende de la cultura, mas no es posible erradicar la unidad mental humana antes de la muerte (8) (9)(10). Esta conciencia de la muerte nos permite ver las invisibles cualidades de la vida. Por tal motivo, todo ser humano posee una percepción de su propia muerte, de su propia agonía, única e irreparable, así, como ya hemos visto, vida y muerte se presentan como si fueran una sola cosa.

En otro orden, la expresión de dolor que expresan los enfermeros ante la muerte de pacientes con covid-19, se explica desde la visión antropológica, que lo relaciona con la emoción originaria de nuestros duelos, al horror que sentimos por la descomposición del cadáver y que es sentida como contagiosa. El duelo sentido por la muerte del paciente, es visto también, como una ofrenda a los muertos, en la búsqueda de recibir su beneplácito. Desde el punto de vista religioso, como castigo por el pecado original. Desde la psicología existencial, la conciencia de la muerte es una angustia que acompaña al humano desde que sabe que es mortal. La conciencia traumática de la muerte, emerge cuando confrontamos la muerte de un ser querido, sentimos pérdida de la individualidad, concientizamos nuestra propia muerte en la muerte del otro, nos damos cuenta que no somos inmortales. Sentirse que somos mortales, afirma el terror a la muerte, el terror a la muerte afirma la conciencia traumática, y esta se mitiga en la creencia de la inmortalidad (8)(9) (10)(11)(12)

Debemos entender que, la muerte por Covid-19, es un fenómeno de gran impacto emocional, pues genera temor e incertidumbre porque tomamos conciencia de nuestra propia finitud, percibimos que somos mortales y por lo tanto frágiles ante esta entidad llamada SARS-CoV-2, que ha causado la muerte de millones de seres humanos. La muerte del paciente por Covid-19, no se diferencia de otras muertes, es una realidad biológica y cultural que podemos describir. Sabemos que pasa justo antes que irrumpa en la conciencia y lo desvanezca todo. Sin embargo, únicamente conocemos el dato biológico inmanente al cuerpo material, no sabemos que pasa después porque poco sabemos de ella(9)

1.2 Situación actual del covid-19 en la postpandemia

Ahora bien, ante la mortalidad ocurrida durante la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, los enfermeros tenemos presente la conciencia traumática de la muerte (13), donde se pudo evidenciar incertidumbre ante este fenómeno, donde muchos pacientes aun con factores de riesgo no murieron y otros si fallecieron. Desde el comienzo, la edad y las patologías previas se han revelado como factores de riesgo, algo habitual en otras infecciones como la gripe. Pero en la actualidad un número de personas jóvenes y sanas incluyendo niños sucumben al virus con gran posibilidad de morir.

Desde el punto de vista epidemiológico, la OPS (14) ha reportado a finales del año 2022 un aumento de casos y defunciones. A nivel subregional, los casos y muertes por COVID-19 aumentaron en dos subregiones: la subregión de América del Sur y la subregión

de América Central. Esta situación epidemiológica causa gran preocupación en el personal de salud, específicamente el personal de enfermería que vivió la situación de pandemia desde el año 2020.

Estudios realizados en postpandemia (15), han evidenciado el impacto en la salud mental de los enfermeros que vieron a sus pacientes morir por complicaciones del covid-19, motivo por el cual presentaron depresión, ansiedad, estrés, insomnio, burnout y miedo al covid-19, por lo que la crisis sanitaria del SARSCoV-2 ha generado un impacto psicológico en enfermería.

2 | EL CAMINO METODOLÓGICO

Esta es una investigación de tipo cualitativa con el enfoque fenomenológico y uso de la hermenéutica. La investigación cualitativa, de acuerdo a lo manifestado por Taylor y Bogdan es aquella donde el investigador ve el escenario de las personas desde una perspectiva holística (16). Los informantes claves fueron 4 profesionales de enfermería del sexo femenino que laboran en las unidades de cuidado intensivo de un hospital en la Ciudad de Guayaquil. Asimismo 2 informantes externos, quienes son familiares de pacientes fallecidos por covid-19 en la postpandemia. Los criterios para la inclusión de los informantes claves fueron: Edades entre 30 y 65 años, participar voluntariamente en el estudio, con experiencia laboral entre 5 y 10 años de servicio. El rigor metodológico se realizó, a través de los criterios la credibilidad, la audibilidad y la transferibilidad (16)(17). Para respetar el aspecto ético de esta investigación los participantes en esta investigación firmaron un consentimiento informado, el cual es el resultado de la autonomía de los informantes.

El Método seleccionado para la interpretación de la información fue el Método de Spiegelberg (17) que consiste en seis fases:

Fase 1: Descripción del fenómeno: dando repuesta a la interrogante ¿Cuál es la vivencia que tiene la enfermera y el familiar del paciente críticamente enfermo por covid-19 ante la posibilidad de muerte en la postpandemia?

Fase 2: Búsqueda de múltiples perspectivas: Describe el fenómeno desde diversos puntos de vista, desde la perspectiva de los informantes claves e informantes externos por medio de la entrevista en profundidad.

Fase 3: Búsqueda de la esencia y la estructura: a través de un proceso reflexivo del análisis y organización de la información obtenida.

Fase 4: Constitución de la significación: para obtener el significado de las vivencias que le dan los informantes claves al fenómeno de estudio.

Fase 5: Suspensión de juicio: Se recoge la información y el investigador se va familiarizando con el fenómeno objeto de estudio.

Fase 6: Interpretación del fenómeno: Aquí se le da la significación del fenómeno

tomando como base la teoría existente.

3 | RESULTADOS

¿Partiendo de la pregunta norteadora ¿Cuál es la vivencia que tiene la enfermera y el familiar del paciente críticamente enfermo por covid-19 ante la posibilidad de muerte en la postpandemia?, emergieron las siguientes categorías:

1.-El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, vivenciado por la enfermera: el cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es un trabajo extenuante, con situaciones impredecibles, preocupante por el riesgo al contagio a pesar de las vacunas, y con temor por la resistencia bacteriana a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

1.1.- El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19 es extenuante y riesgoso:

Es extenuante agotador..., es de riesgo por el déficit de materiales, y a pesar que los casos son en menor frecuencia que al inicio de la pandemia.... existe el riesgo de morir por las complicaciones que sufre el paciente..... todos los días debo llevar al laboratorio exámenes y buscar los resultados...la experiencia pasada con la epidemia fue agotadora...A pesar de los pocos casos que llegan a la UCI, sabemos ya lo que requieren estos pacientes: medicación, monitoreo respiratorio, colocar en posición prona...hay poco personal para cuidar estos pacientes...turnos de muchas horas sin descanso... Esto requiere tiempo y dedicación...el cuidado es impredecible y en cualquier momento cualquier cosa le puede suceder”

Podemos evidenciar en las hablas de los informantes claves, que el cuidado del paciente crítico por covid-19, sigue siendo una labor agotadora para el cuidador enfermero por las múltiples actividades que se desprenden de este cuidado como la administración de fármacos, el monitoreo respiratorio, el déficit de personal, turnos de más de 8 horas sin descanso, todo esto aunado al riesgo de muerte que tiene el paciente por las complicaciones y el riesgo de contaminación que tiene el personal de enfermería durante este cuidado.

1.2.-El cuidado se realiza con temor a las variantes del virus a pesar de la vacuna

“yo estoy vacunada contra la enfermedad, pero tengo miedo de contaminarme este virus cambia no sé si mi sistema está preparado para responder a estos cambios... nos podemos contaminar en un descuido, por cansancio, por los equipos de protección. Siempre tomo vitaminas. La C es buena...Esta pandemia nos dejó mucho temor y miedo al ser testigo de tantas muertes...a pesar que de que el virus ya no es tan agresivo como al inicio...tiene capacidad de producir neumonía que si se complica ha posibilidad de morir...”

En relación al temor de contaminación de las nuevas variantes del covid-19, se observa la preocupación de los enfermeros de enfermar y morir a pesar de estar vacunados, fundamentando su temor en la experiencia que tuvieron en la pandemia y a la respuesta que podría tener el sistema inmunológico, pues los pacientes que están ingresando con

esta patología a pesar de estar vacunados han desarrollado neumonías con posibilidad de muerte.

1.3.-El cuidado se realiza con preocupación por la resistencia de bacterias a los antibióticos y la agresividad de los virus

No sabemos que pasa... pero los antibióticos que utilizamos no son efectivos. ... Aunque sabemos que los virus no responden al antibiótico, pero tampoco las bacterias.... Los virus y bacterias después de la pandemia son más agresivas producen neumonías graves...los pacientes se complican con infecciones y mueren a pesar de los antibióticos y antivirales...creo que quedamos con debilidad inmunológica ... porque esa enfermedad no es fácil y el paciente sin defensas puede morir y los mata rápido... quedamos débiles después de sufrir la enfermedad y cualquier gripe puede complicar la situación...

La resistencia bacteriana y la agresividad de los virus en la postpandemia, es una situación que también le preocupa a las enfermeras que cuidan pacientes críticos por covid-19, en sus hablas refieren la inefectividad del uso de antibióticos y antivirales ante la complicación que las pacientes puedan tener de coinfecciones, derivado de a debilidad inmunológica que tiene la población después de la pandemia.

2.-Reconociendo los indicadores de muerte por covid en pacientes críticos en la postpandemia: La posibilidad de muerte en el paciente con covid-19 inicia con la aparición de la hipoxemia, indicación de soporte ventilatorio no invasivo e invasivo y la presencia de signos de falla multiorgánica

2.1.-La posibilidad de muerte inicia con la aparición de la hipoxemia

El virus se reproduce en los pulmones inflamándolos impidiendo que entre el oxígeno...cualquiera variante del covid-19 puede producir neumonía alterando el oxígeno...la saturación de oxígeno es importante de mantener...la saturación indica si hay buena oxigenación o no...sin una buena oxigenación el cuerpo no puede realizar sus funciones....estar pendiente de la oxigenación ya que la desaturación es silenciosa y el paciente no la siente... el oxígeno tiene que ver con la vida y si no puede entrar al cuerpo puede producir complicaciones y muerte...Mi preocupación comenzó cuando no podía respirar..., le colocaron oxígeno me dijo "me estoy muriendo apreté mi mano y se quedó".. puede morir si no puede mantener valores normales de oxígeno en sangre... El seguimiento de gases arteriales indica el estado ventilatorio... vigilar la saturación es necesario...

Desde el punto de vista de indicadores predictores de muerte por covid-19 en pacientes críticos, los enfermeros reconocen a la hipoxemia silente como el inicio de las complicaciones respiratorias que si se complican puede llevar a la muerte del paciente, por lo que es importante la vigilancia de la saturación y gases arteriales.

2.2.- La posibilidad de muerte inicia con la indicación del soporte ventilatorio

El paciente se complica, no puede respirarel soporte ventilatorio no invasivo se indica cuando comienza la falla respiratoria para mantener los valores de oxígeno...el inicio de la ventilación mecánica para mejorar el diestres respiratorio...me preocupa la indicación de soporte ventilatorio

invasivo en el distrés respiratorio pues la mayoría no lo supera y fallece...a pesar de que se inició ventilación mecánica falleció por las complicaciones...

Otro predictor de muerte expresado por los enfermeros es la indicación de soporte ventilatorio invasivo o no invasivo, esto indica que hay falla respiratoria o diestres respiratorio, la experiencia en pandemia les ha indicado que a pesar del soporte ventilatorio muchos pacientes fallecieron al no superar esta falla y la aparición de otras complicaciones.

2.3.- La posibilidad de muerte inicia con la aparición de signos de complicaciones multiorgánicas

Sabemos que puede fallecer cuando la diuresis disminuye...la hipotensión es un signo de complicación que requiere tratamiento para subir la presión arterial es de mal pronóstico...si presenta bradicardia o taquicardia puede ser por insuficiencia cardíaca que agrava la situación...cuando hay sangrado a la aspiración del tubo endotraqueal porque bajan las plaquetas...

Otro indicador predictor de muerte en el paciente crítico por covid-19, es la aparición de fallas de múltiples órganos, entre ellas las alteraciones renales, hemodinámicas por shock y las hematológicas por la depleción de plaquetas producto del proceso inflamatorio y séptico que desarrollan estos pacientes.

3.-Comprendiendo la muerte del paciente con covid-19: la vivencia de muerte del paciente por covid-19, está relacionado con el significado que tiene el enfermero y familiar sobre este fenómeno, del impacto psicológico que esta le produce y de las estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental

3.1.-Construyendo el significado de muerte por covid-19 para el enfermero:

La muerte significa el fin de la vida y porque no del sufrimiento...es pasar a otro plano espiritual. La muerte del cuerpo no es el fin del alma porque el alma es inmortal...cuando morimos nos separamos de lo que estamos hecho el cuerpo se convierte en polvo, pero el alma vuelve a Dios que la dio...en el paciente con covid-19 la muerte ocurre porque los órganos dejan de funcionar por el proceso inflamatorio y la hipoxemia... tuve a un paciente quejándose dos o tres horas al lado tuyo y allí van muriendo, ya nosotros nos resignamos el que va a salir va a salir y el que no no... lo veo muriendo y no puedo hacer nada, y no es fácil...le pedí tanto a Dios que no muriera

El vivenciar la muerte del paciente con covid-19, hace que el enfermero construya desde su cosmovisión este proceso, así pues, el enfermero piensa que el fin de la vida y el sufrimiento llega con la muerte biológica la cual ocurre porque los órganos dejan de funcionar debido al proceso inflamatorio y la hipoxemia y así van muriendo, pero resalta la inmortalidad del alma y que esta al morir vuelve a Dios que la dio. Aceptan la muerte del paciente con resignación y con impotencia.

3.2.-Describiendo el impacto psicológico ante la posibilidad de muerte por covid-19

Ver morir a alguien es un fuerte impacto emocional...sabemos que vamos a morir, pero nunca nos preparamos, cuando la vemos cerca nos causa mucho dolor y pena por él y su familia...pensar en que el paciente va a fallecer me

causa impotencia, rabia, es un nudo que se siente en la boca del estómago... ver al paciente que muere me causa angustia, no me deja dormir, trato de hacer todo para que no muera...cuando muere el paciente siento tristeza... desde que supe que tenia covid-19 comenzó mi angustia...no dormía estaba en modo alerta con ansiedad y mucho miedo...lloro mucho cuando recuerdo que murió, es un dolor que no se puede describir.

Por otro lado, la posibilidad de muerte del paciente crítico con covid-19 produce un fuerte impacto emocional en el enfermero, a pesar de estar consciente de que somos mortales piensan que nunca nos preparamos para morir, este fenómeno aflora diversos sentimientos y emociones como dolor que no puede describir, pena, impotencia, angustia, tristeza, llanto, mucho miedo a la muerte y presión en el estómago, sin embargo, pero a pesar de estas emociones trata de hacer todo para que no fallezca

3.3.-Visualizando las estrategias de salud mental del cuidador enfermero ante la posibilidad de muerte de su paciente

...sabemos que está muriendo y lo seguimos cuidando tratando de entender lo que le está pasando...pensar que después que morimos vamos al cielo con nuestro creador me da paz interior...siempre elevo una oración para que Dios me de fortaleza, también oro por mis pacientes...así estén con covid-19 y nos puedan contaminar es un deber cuidarlos...es nuestra misión...estar consciente de las medidas de protección me da un poco de paz mental. Es importante tener el conocimiento actualizado para poder cuidarme y cuidar a los pacientes...aplicar técnicas de relajación como la respiración consciente para disminuir el estrés del trabajo...utilizo la música para relajarme...

Vivenciar la posibilidad de muerte del paciente por covid-19, hace que el enfermero desarrolle algunas estrategias para proteger su salud mental ante este fenómeno biológico y cultural. El cuidado del moribundo lo ve como una misión que debe cumplir. Ante la posibilidad de muerte, el enfermero sigue cuidando tratando de entender el proceso de muerte, pues de acuerdo a sus creencias religiosas, al morir la alma ira al cielo con su creador, además ora el paciente, y le pide a Dios que le de fortaleza para continuar con el cuidado. Otra estrategia que le da paz mental es estar consciente de las medidas de protección para disminuir el riesgo de contaminación motivo por el cual debe tener conocimiento para cuidar de si y cuidar de otros, y para disminuir el estrés que genera este tipo de cuidado utilizan técnicas de relajación como la respiración consciente y escuchar música.

4 | DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, vivenciado por la enfermera:

El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19, es un trabajo extenuante, con situaciones impredecibles, preocupante por el riesgo al contagio a pesar de las vacunas,

y con temor por la resistencia bacteriana a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

Este resultado devela la situación que viven los enfermeros que cuidan pacientes críticamente enfermos por covid-19, problema que fue presentado en el informe del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), 90.000 enfermeras se contagiaron de COVID-19, y reporta 260 muertes de estos profesionales. También hay déficit de elementos de protección personal, escasez de insumos, preparación inadecuada para la pandemia y problemas de salud mental, entre los que se encuentran síntomas depresivos, estrés postraumático, ideación suicida, ataques de pánico, entre otros. Los trabajadores de la salud están expuestos diariamente a una excesiva presión asistencial, a la muerte, a la frustración de no poder cuidar adecuadamente y al temor por su salud y la de sus familias (18)

Por otra parte, la resistencia bacteriana es un problema de salud pública a nivel mundial al que hay que atender con inmediatez, ya que es capaz de causar miles de muertes por año. Esta situación se ha incrementado con el uso indiscriminado de antibióticos para tratar la neumonía por covid-19 durante y después de la pandemia. Es de hacer notar, que la terapia antimicrobiana está siendo aplicada no solo por la comunidad médica, en el ámbito hospitalario, incluso sin la evidencia científica base de su eficacia en el tratamiento del covid-19, sino también por parte de la población que utiliza la automedicación haciendo eco de noticias que corren por las redes sociales (19)

Las enfermedades infecciosas se nutren de la desunión, por lo que la división social puede ser mortal. Los agentes patógenos medran en los entornos en los que prevalecen las perturbaciones y la desorganización. Esto ha quedado demostrado con la COVID-19. En los casos en los que se han utilizado suficientes recursos, se ha recurrido a la cooperación y se ha dispuesto una organización adecuada, la epidemia se ha desacelerado; en los casos en los que han prevalecido el desorden, la desunión y la pobreza, la epidemia se ha propagado (20)

4.2 Reconociendo los indicadores de muerte por covid en pacientes críticos en la postpandemia

La posibilidad de muerte en el paciente con covid-19 inicia con la aparición de la hipoxemia, indicación de soporte ventilatorio no invasivo e invasivo y la presencia de signos de falla multiorgánica. El aumento de los requerimientos de oxígeno en el paciente con covid-19, se debe al desarrollo del síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), este grave y progresivo deterioro se presume viene dado por el aumento descontrolado de citoquinas proinflamatorias y células inmunitarias, esta tormenta de citoquinas también lesiona a órganos blancos produciendo falla multiorgánica. Probablemente esto sea producido por la incapacidad de estos individuos para desarrollar una respuesta humoral efectiva, ocasionando una respuesta mucho más lenta, que se prolongue en el tiempo, y resulte en un mayor daño tisular predictor de mortalidad (21).

Un estudio realizado en Argentina en el 2021, evidenció que entre un 31 y un 43,8% de los pacientes murieron por hipoxemia refractaria, frecuentemente superpuesta con shock séptico, un 1% falleció por otras causas como por ejemplo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y tromboembolismo pulmonar. Se identificaron como predictores independientes de mortalidad la edad, puntuación de Charlson, intubación endotraqueal fuera de la UCI (es decir, antes de la admisión en la UCI), uso de vasopresores el día 1, concentración de dímero D, PaO₂/FiO₂ el día 1, pH arterial el día 1, presión de conducción el día 1, lesión renal aguda como predictores independientes de mortalidad (22).

En los pacientes con cuadros graves de COVID-19, se asocia el síndrome de disfunción multiorgánica. El mecanismo principal para desencadenar esta patología es la liberación de citoquinas y la unión que el virus (COVID-19) realiza con la carboxipeptidasa de la enzima convertidora de angiotensina. Mediante este mecanismo se produce la introducción a nivel celular, generando actividad por parte de las células inmunitarias; dando como resultado la activación y secreción de la citoquina IL-6. La cascada inflamatoria se da mediante 2 vías, la primera (CIS) es la diferenciación de los linfocitos T Helper y la segunda vía (TRANS) el cambio en las células endoteliales, principalmente de los vasos sanguíneos. La consecuencia es la denominada tormenta de citoquinas. Esta tormenta ocasiona daño en la permeabilidad de los vasos sanguíneos, disfunción pulmonar e hipotensión. La infección grave por COVID-19 puede desencadenar daño orgánico múltiple, su alta mortalidad se ve evidenciada en pacientes con enfermedades asociadas. La detección con prontitud y el tratamiento adecuado son claves para disminuir la mortalidad en el Servicio de Terapia Intensiva. El Síndrome de disfunción multiorgánica es causado por una infección severa en el organismo. La IL-6 tiene importantes propiedades que estimulan la actividad inflamatoria, ya que actúa directamente en el hígado (23)

4.3 Vivenciando la muerte del paciente con covid-19

La vivencia de muerte del paciente por covid-19 está relacionado con el significado que este tiene de la muerte, del impacto psicológico que esta le produce y de las estrategias emocionales que realiza para mantener su salud mental.

En relación con el significado de muerte por parte del personal de enfermería, estudios realizados consideran a la muerte, como una posibilidad, siempre está presente para el profesional de enfermería y no se trata de algo que deba pensarse únicamente en la última etapa de la vida. Acepta el hecho de la muerte como algo posible en ellos mismos y en los demás; por tal motivo, le dan más significado a la vida, pues esto les permite tener más responsabilidad, les ayuda a tener un mayor crecimiento personal y a sentirse más libres. Consideran la muerte como un pasaje hacia un lugar mejor donde encontrarán vida y eternidad después de la muerte; por lo tanto, se espera con placer la vida después de la muerte (24).

El personal de salud se ha visto afectado psicológicamente tras la constante

exposición a esta enfermedad, prolongadas jornadas laborales y el deterioro tanto físico como mental que la lucha en la primera línea de defensa conlleva. Entre los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión, insomnio entre otros, se encuentran el factor etario, el contexto social y relaciones interpersonales, la falta de capacitación, el nivel de exposición a pacientes contagiados entre otros (25). Se constata un empeoramiento de la salud mental general. Es previsible que algunos colectivos, como los/las profesionales sanitarios/as, en su mayoría mujeres, y trabajadores/as de primera línea, tengan un mayor riesgo de desarrollar patologías de salud mental en el futuro (26)

Los enfermeros realizan diversas estrategias emocionales para poder enfrentar el estrés laboral en el cuidado del paciente con covid en estado crítico, refieren acudir a sus creencias religiosas, la relajación con ejercicios respiratorios y la música. El enfermero, entonces, frente a la percepción de una situación como estresante o potencialmente estresante va a desarrollar estrategias de coping ante el estrés, que de acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus constituyen el proceso que permite desarrollar formas de respuesta a la vivencia de estrés laboral, con el objetivo de disminuir o erradicar su impacto en la vida del trabajador (27). En el primer caso, las estrategias van a ser el resultado de la vivencia de estrés laboral y van a desarrollarse como comportamientos dirigidos a disminuir o convivir con esta vivencia. En el segundo caso, las estrategias van a surgir frente a situaciones potencialmente estresantes con el objetivo de evitar la aparición del estrés laboral. En la selección de las estrategias de coping ante el estrés laboral vamos a encontrar una serie de elementos que van a influir en este proceso, como es el caso de las características y habilidades de los trabajadores y las características de la cultura organizacional (27).

Estudios realizados con las estrategias de coping más elegidas por los enfermeros, han sido las enfocadas en los problemas, en las emociones haciendo uso de las creencias religiosas y el humor, y en la interacción social usando la música como autodistracción. Así, a mayores niveles de estrés, corresponden menores niveles de estrés mayor recurso a estrategias de coping para paliar el estrés percibido durante el ejercicio laboral (28).

Por otra parte, la sintomatología que con más frecuencia ha aparecido en los profesionales de diferentes países afectados se asocian a situaciones de ansiedad y estrés, así como síntomas depresivos. La ansiedad y el estrés se refieren a problemas muy frecuentes. Tanto es así, que diversos profesionales de la salud mental han identificado el problema y sugerido a la comunidad científica la necesidad de atenderla, especialmente en estas circunstancias en las que los profesionales de la salud son el recurso más valioso, siendo preciso proteger tanto sus necesidades básicas como su salud mental (29).

Los signos y síntomas experimentados se asocian con sensación de nerviosismo, emoción o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento del ritmo cardíaco, taquipnea, sudoración excesiva, temblores, sensación de debilidad o cansancio, problemas para detener la mente o para pensar en otra cosa, problemas gastrointestinales,

necesidad de evitar la situación que nos genera la ansiedad (30).

En un estudio realizado en Wuhan y otras provincias de China con profesionales de la salud, de los cuales había enfermeros, se demostró que los profesionales participantes mostraron ansiedad, y el porcentaje de profesionales con síntomas de distrés fue alto. Destaca en este estudio que la población con impactos más altos correspondía con ser enfermera, mujer y en primera línea de trabajo. Respecto al estrés, otro estudio realizado en Wuhan con una muestra profesionales de la salud de enfermeras y médicos, los profesionales manifestaron sufrir un fuerte estrés, siendo las principales causas de estrés identificadas: el miedo a contagiarse de la enfermedad y especialmente, el miedo a contagiar a la familia, la mortalidad de los pacientes, la no disponibilidad de un protocolo de actuación claro y la falta de equipos de protección efectivos (31).

5 | CONCLUSIONES: CONSIDERACIONES FINALES

4.1.-El cuidado del paciente críticamente enfermo por covid-19 en la postpandemia, sigue siendo un trabajo extenuante con situaciones impredecibles como todo paciente que desarrolla síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Un trabajo con riesgo de contagio a pesar de estar vacunados, por el desarrollo de coinfecciones, presencia de bacterias resistentes a los antibióticos y la debilidad inmunológica que estamos presentando a los virus que coexisten con el SarsCoV-2

4.2.- El enfermero dada a su experiencia en la pandemia de covid-19, reconoce los indicadores de muerte en pacientes críticos en la postpandemia entre los cuales están: la aparición de la hipoxemia, el tratamiento ventilatorio del SDRA y la presencia de signos de falla multiorgánica

4.3.-El enfermero comprende el significado de la muerte del paciente críticamente enfermo por covid-19 de acuerdo a su creencia religiosa la cual le permite tener paz espiritual y generando estrategias coping que le ayude a afrontar el dolor, la ansiedad y el terror que produce vivenciar la muerte de otros.

REFERENCIAS

1.-Rivara, Greta. (2010). Apropiación de la finitud: Heidegger y el ser para la muerte. *En-claves del pensamiento*, 4(8), 61-74. Recuperado en 15 de diciembre de 2022, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2010000200004&lng=es&tlng=es.

2.-Heidegger M. El ser y el tiempo. 4 a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1971. p. 62-78.12. Recuperado en 20 de diciembre de 2022, disponible, <https://www.doccity.com/es/ser-y-tiempo-martin-heidegger-libro-pdf/3027960/>

3.-Ramirez P., M. El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. *Enferm. univ [online]*. 2015, vol.12, n.3, pp.144-151. ISSN 2395- 8421. Recuperado en 25 de diciembre de 2022 disponible, <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>.

- 4.-Gálvez M, Ríos F. El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 22(1): 13-21. Recuperado en 25 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3643973>
- 5.-Beltran, L. (2015). Estrategias de afrontamiento ante la muerte en el personal de salud. Trujillo-Perú.: Universidad UPAO. Recuperado en 20 de diciembre de 2022 <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/2612>
- 6.-Morin, Edgar. 1970. "El Hombre Y La Muerte 1970.Pdf". Recuperado en 03 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.funeralnatural.net/libros/el-hombre-y-la-muerte>
- 7.- Ortega, Guevara, Brice Hernández, y Márquez De González. 2020. "Confrontando la muerte por Covid-19: una vivencia desde la enfermería ecuatoriana. Mayo 2020 Confronting death on Covid-19 : an experience from the Ecuadorian infirmary ." (1):20–37. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_venf/article/view/19580
- 8.- Amaya Pérez, Ulises Salomón. 2016. "El Ser-para-la-muerte (Das Sein zum Tode) como fundante de una ética en Heidegger". *Teoría y Praxis* (28):65–80. doi: 10.5377/typ.v0i28.6296. <https://www.camjol.info/index.php/Typ/article/view/6296>
- 9.- Ortega Guevara, Neris Marina; Arteaga Yáñez, Yanetzy Loimig. 2021. Comprendiendo la muerte por covid-19 en las unidades de cuidado intensivo: una visión desde la enfermería. *Rev identidad Bolivariana*. Vol 5 Nro2. Disponible en file:///C:/Descargas/148-Texto%20del%20art%C3%ADculo-886-1-10-20210805%20(1).pdf
- 10.- Marín Fernández. Aspectos antropológicos del dolor y la muerte, en cuidar cuando no es posible curar. file:///C:/Descargas/Dialnet-AspectosAntropologicosDelDolorYLaMuerte-3689511.pdf
- 11.-Oviedo Soto, Parra Falcón, F., & Marquina Volcanes, M. La muerte y el duelo. *Enfermería Global* (internet). 2009;(8)(1):1-9. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834751015>
- 12.-García Orellán, Rosa 2002. Antropología de la muerte: entre lo intercultural y lo universal. https://core.ac.uk/display/84318109?utm_source=pdf&utm_medium=banner&utm_campaign=pdf-decoration-v1
- 13.-Souza e Souza Luis Paulo, Mota Ribeiro Juliana, Barbosa Rosa Renata, Ribeiro Gonçalves Renata Cristina, Oliveira e Silva Carla Silvana, Barbosa Dulce Aparecida. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enferm. glob.* [Internet]. 2013 Oct [citado 2023 Dic 12]; 12(32): 222-229. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013&lng=es.
- 14.-OPS Actualización Epidemiológica Semanal de la OPS COVID-19 -SE50- 20 de diciembre de 2022. <https://www.paho.org/en/documents/paho-weekly-covid-19-epidemiological-update-ew50-20-december-2022>
- 15.- Simón Melchor, Alba et al Análisis del impacto psicoemocional de la pandemia del COVID-19 entre los profesionales de enfermería. *Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería*, ISSN-e 1695-6141, Vol. 21, N°. 2, 2022; 398´-423), págs. 184-234. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8560355>

- 16.- Taylor, S. J., y R. Bogdan. 1992. "Introducción a los métodos cualitativos de investigación". Introducción a los métodos cualitativos de investigación 1–11. <https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- 17.- Leal, Jesús. 2012. "La Autonomía del Sujeto Investigador y la Metodología de Investigación". 124. <https://pdfslide.tips/engineering/la-autonomia-del-sujeto-investigador-y-la-metodologia-de-investigacion-pdf.html?page=3>
- 18.- Ramírez Pereira Mirliana. Nursing care, relevance in the context of the COVID-19 pandemic. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2020 [citado 2022 Dic 27]; 9(1): 1-2. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-6606202000100001&lng=es.
- 19.- Silva Lillian O. P.; Nogueira Joseli M. R. Uso indiscriminado de antibióticos durante a pandemia: o aumento da resistencia bacteriana pós-COVID-19. 2021 Revista Brasileira de Análises clínicas <https://www.rbac.org.br/a-rbac>
- 20.- Naciones unidad, CEPAL. Pandemia provoca aumento en los niveles de pobreza sin precedentes en las últimas décadas e impacta fuertemente en la desigualdad y el empleo. 2021 [citado 2022 Dic 27] disponible <https://www.cepal.org/es/comunicados/pandemia-provoca-aumento-niveles-pobreza-sin-precedentes-ultimas-decadas-impacta>
- 21.- José David Sáenz-López, María Camila Sierra Rodríguez y Juan José García Salcedo. Predictores de Mortalidad en Pacientes con COVID-19 2021. Archivos de Medicina <https://www.itmedicalteam.pl/articulos/predictores-se-mortalidad-en-pacientes-con-covid19.pdf>
- 22.- Estenssoro E, Loudet CI, Ríos FG, et al. Clinical characteristics and outcomes of invasively ventilated patients with COVID-19 in Argentina (SATICOVID): a prospective, multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 9:989-98, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224674/>
- 23.- Salinas Velastegui VG, Solís Serrano MA, Solís Ruiz RI, García Gancino DD, Guacho Guacho JS. Síndrome de disfunción multiorgánica en paciente con infección por COVID-19. *Mediciencias UTA* [Internet]. 1 de octubre de 2021 [citado 12 de diciembre de 2023];5(4):29-34. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/articulo/view/1423>
- 24.- García Avendaño D. J.; Ochoa Estrada M. C.; Briceño Rodríguez Isaías. Actitud del personal de enfermería ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos: estudio cuantitativo. *Duazary*, vol. 15, núm. 3, pp. 281-293, 2018. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512157124001/html/>
- 25.- Hidalgo Azofofeifa S, Vargas Mena R, Carvajal Carpio L. El efecto psicológico de la COVID-19 en el personal de salud. *Rev.méd.sinerg.* [Internet]. 1 de agosto de 2021 [citado 27 de diciembre de 2022];6(8):e706. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/706>
- 26.- Torres-Cantero AM, Álvarez León EE, Morán-Sánchez I, San Lázaro Campillo I, Bernal Morell E, Hernández Pereña M, Martínez-Morata I. El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud. Informe SESPAS 2022 [Health impact of COVID pandemic. SESPAS Report 2022]. *Gac Sanit.* 2022;36 Suppl 1:S4-S12. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2022.02.008. PMID: 35781147; PMCID: PMC9244867.

- 27.- Ramos V, Jordão F. La relación entre el estrés laboral, las fuentes que le dan origen y las estrategias de afrontamiento en el sector público y el privado. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* [Internet]. 2015;31(1):11-20. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231337099002>
- 28.- Veloso Gonçalves, Ana Rita, 2018. Estrategias para afrontar el estrés en el ejercicio de la profesión de enfermería: análisis comparativo de muestras obtenidas en España y Portugal. <https://buleria.unileon.es/handle/10612/7888>.
- 29.- Brough, P. (2018). Apoyo laboral, afrontamiento y control: evaluación de los impactos simultáneos dentro del proceso de estrés laboral. *Revista de Psicología de la Salud Ocupacional*, 23 (2), 188-197. <https://doi.org/10.1037/ocp0000074>
- 30.- Sevilla C. María. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Socio sanitaria: Datos y Significados. *Gerokomos* [Internet]., 24 (2013), pp. 109-114[consultado 20Jun 2016]. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>
- 31.- Bueno Ferrán, Mercedes; Barrientos-Trigo Sergio, Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud, *Enfermería Clínica*, Volume 31, Supplement 1,2021, Pages S35-S39, ISSN 1130-8621, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>)

A

Adherencia 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Aleitamento materno 45, 46, 48

Análisis de componentes principales 60, 61, 62, 63, 64, 65, 70

Atenção primária à saúde 4, 9, 11, 12, 74, 82

B

Brasil 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 59, 73, 74, 75, 77, 81, 84, 85, 110, 114

C

Carga de trabajo 89

Competencia 53, 54, 59

Complicações 82, 105

Covid-19 9, 46, 57, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 114

Cuidado 4, 41, 43, 82, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 97, 100, 101, 102

Cumplimiento de la medicación 13, 14, 15, 17, 19, 20

D

Desenvolvimento infantil 45

Determinantes sociales en salud 27, 28, 35, 36

Diabetes mellitus 27, 28, 29, 30, 39, 43, 44, 78, 79, 80, 83, 86

Docente 13, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 112, 114

Doença celiaca 105

E

Enfermagem 11, 48, 73, 74, 75, 84, 85, 86, 116

Enfermería 27, 30, 33, 34, 35, 39, 40, 42, 43, 44, 53, 56, 58, 71, 88, 89, 90, 91, 93, 99, 102, 103, 104

Entorno virtual 53, 54, 55, 56, 57, 59

H

Hipertensão 73, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87

Hipertensión arterial 60, 61, 62, 71, 85

I

Idoso 109

Iniciación científica 109, 110, 111, 112, 113, 114

Intervención educativa 60, 61, 63, 69, 70, 71

M

Maternidade 45

Medicamentos 4, 16, 17, 20, 25, 26, 31, 34, 44, 83, 109, 110, 111, 114, 115, 116

Muerte 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104

P

Pediatría 48, 105, 106

Perfil de saúde 74

Planejamento e administração em saúde 2, 5, 6

Políticas 2, 4, 5, 6, 8, 9, 38

Postpandemia 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 101

Pressão arterial 3, 74, 75, 76, 79, 81, 82, 83, 84, 87

Proceso 15, 16, 19, 31, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 53, 54, 56, 58, 59, 62, 90, 93, 96, 97, 100, 102, 104

S

Salud mental 13, 15, 21, 22, 38, 88, 89, 93, 96, 97, 98, 99, 100

Sistema Único de Saúde 1, 2, 7, 12

T

Trastorno bipolar 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26

Tratamiento farmacológico 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40

V

Variables bioclínicas 61

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 @atenaeditora
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

CIENCIAS DE LA SALUD:

POLÍTICAS PÚBLICAS, ASISTENCIA Y GESTIÓN 2

- 🌐 www.atenaeditora.com.br
- ✉ contato@atenaeditora.com.br
- 📷 [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
- 📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br