



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Postgrados

**PROCESO EDUCATIVO PRE ALTA PACIENTE POST COVID-19: SABER
DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Trabajo de Titulación previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Modalidad Proyecto de desarrollo-MGC

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables.

Autores:

MAYRA ALEJANDRA QUINALUIZA NARVÁEZ
JENNIFER GABRIELA POZO JARAMILLO

Directora:

Dr. MARICELYS JIMENEZ BARRERA

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2023



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

**PROCESO EDUCATIVO PRE ALTA PACIENTE POST COVID-19: SABER
DEL PROFESIONAL ENFERMERO EN CUIDADOS INTENSIVOS**

Línea de Investigación: Salud y grupos vulnerables

Autoras:

**MAYRA ALEJANDRA QUINALUIZA NARVÁEZ
JENNIFER GABRIELA POZO JARAMILLO**

Maricelys Jimenez Barrera, Dr.

DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Jessica Marjorie García Salas, Mg.

CALIFICADORA

Mirian Katherine Carrión Morales Mg.

CALIFICADORA

Yullio Cano De La Cruz, PhD.

**DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y
POSTGRADOS**

Santo Domingo – Ecuador

Octubre, 2023

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Nosotras, MAYRA ALEJANDRA QUINALUIZA NARVÁEZ portadora de la cédula de ciudadanía No. 1718886508, JENNIFER GABRIELA POZO JARAMILLO portadora de la cédula de ciudadanía No.1720322724, declaramos que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de nuestra exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.



Firmado electrónicamente por:
MAYRA ALEJANDRA
QUINALUIZA NARVAEZ

Mayra Alejandra Quinaluiza Narváez

CI: 1718886508



Firmado electrónicamente por:
JENNIFER GABRIELA
POZO JARAMILLO

Jennifer Gabriela Pozo Jaramillo

CI: 1720322724

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

Dirección de Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS, titulado PROCESO EDUCATIVO PRE ALTA EN PACIENTE POST COVID-19 EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: CONSTRUCCIÓN DE SABERES DEL PROFESIONAL ENFERMERO realizado por los maestrandos: MAYRA ALEJANDRA QUINALUIZA NARVÁEZ con cédula: No 171888650-8, JENNIFER GABRIELA POZO JARAMILLO con cédula: No 1720322724, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Santo Domingo, octubre 2023



Firmado electrónicamente por:
MARICELYS JIMENEZ
BARRERA

Atentamente,

Maricelys Jimenez Barrera, Dr.

AGRADECIMIENTOS

A la Pontificia Universidad Católica Sede Santo Domingo que ilumina mentes y abre puertas al conocimiento, a todos los colaboradores incansables que tejieron este camino de indagación.

A la Dr. Maricelys que supo guiarnos con sabiduría, paciencia y amor, a los compañeros que compartieron risas y desvelos, a cada mente curiosa que se sumó con pasión y compromiso, como tributo a lo logrado y lo porvenir.

Con cada descubrimiento, con cada desafío enfrentado, hemos forjado un lazo indeleble entre el saber y la acción, en esta jornada de investigación juntos hemos trascendido. Aportando al mundo un destello de sabiduría y transformación.

Jenifer Gabriela Pozo Jaramillo y Mayra Alejandra Quinaluiza Narváez.

DEDICATORIA

Dedico mi esfuerzo y trabajo a Dios, la fuerza celestial que día a día me impulsa a seguir con ganas y optimismo, que a pesar de mis errores nunca me abandona, a mis padres que creen en mí y con cada detalle me apoyan a dar lo mejor, a mi hija Rachaell que por su amor estoy donde estoy y seguiré escalando solo por verla feliz.

Mayra Alejandra Quinaluiza Narváez.

Dedico este trabajo a mi madre, por su amor y apoyo incondicional. Gracias por ser mi mayor inspiración y por alentarme a perseguir mis sueños. De igual manera a mis hijos por brindarme su apoyo, dentro y fuera de mí, que tuvieron tolerancia e infinita paciencia para que “Mamá estudie”. A mi compañera y amiga de estudio, quien me ha brindado su amistad, aliento y comprensión durante esta etapa desafiante. Gracias por compartir risas, frustraciones y momentos de aprendizaje juntas.

Jennifer Gabriela Pozo Jaramillo.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar los saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos en un hospital público del Ecuador. Los métodos de la investigación cualitativa, descriptiva con diseño fenomenológico, muestreo no probabilístico por conveniencia con saturación de categorías, para poder seleccionar 10 enfermeros. La recolección de datos se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas. La transcripción de los datos se realizó manualmente con lenguaje EMIC Y ETIC. Para el análisis de datos se utilizó el método de Colaizzi y para una mejor interpretación y veracidad se utilizó ATLASTI. Resultados: Se obtuvieron 5 Categorías de las preguntas norteadoras de la investigación y varias subcategorías creadas de los testimonios de los participantes: 1.- Saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. 2.-Educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19. 3.-Orientación y evaluación del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. 4.- Experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos en el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19. 5.- Repercusiones de la no preparación paciente tras recibir el alta post COVID-19. Conclusiones: Se pudo verificar que los profesionales de enfermería durante el tiempo de la pandemia de COVID-19 sus conocimientos y saberes construidos fueron escasos y empíricos desfavoreciendo el cuidado brindado al paciente, asimismo la satisfacción de las necesidades identificadas en estos se vio afectada.

Palabras clave: Post COVID-19; Enfermería; Familia; Unidad de Cuidados Intensivos; Paciente; Saberes pre alta.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the knowledge built by the nursing professional in the stage prior to the discharge of the post-COVID-19 patient in the Intensive Care Unit in a public hospital in Ecuador. Qualitative, descriptive research methods with phenomenological design, non-probabilistic convenience sampling with category saturation, to select 10 nurses. Data collection was obtained through semi-structured interviews. The transcription of the data was carried out manually with EMIC and ETIC language. For data analysis, the Colaizzi method was used and for better interpretation and veracity, ATLASTI was used. Results: 5 Categories were obtained from the guiding questions of the research and several subcategories created from the testimonies of the participants: 1.- Knowledge constructed by the nursing professional in the stage prior to discharge of the COVID-19 patient in the Care Unit intensive. 2.-Pre-discharge education according to the needs and abilities of the post-COVID-19 patient. 3.-Orientation and evaluation of the post-COVID-19 patient in the Intensive Care Unit. 4.- Experience of the nursing professional in the Intensive Care Unit in the pre-discharge educational process of the post-COVID-19 patient. 5.-Repercussions of patient non-preparation after discharge post COVID-19. Conclusions: It was possible to verify that nursing professionals during the time of the COVID-19 pandemic, their knowledge and constructed knowledge were scarce and empirical, disadvantaging the care provided to the patient, likewise the satisfaction of the needs identified in them was affected.

Keywords: Post COVID-19; Nursing; Family; Intensive care unit; Patient; Pre-discharge knowledge.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura	5
2.1.	Fundamentos Teóricos	5
2.1.1.	Antecedentes internacionales	5
2.1.2.	Antecedentes Nacionales	6
2.2.	Marco Conceptual	7
2.2.1.	Proceso Educativo en salud prealta.....	7
2.2.2.	Paciente Post COVID- 19 en Unidades de cuidados intensivos.	7
2.2.3.	Rol del enfermero en el cuidado post COVID-19.....	8
2.2.4.	Saberes o conocimientos del profesional de enfermería en COVID-19.	9
2.2.5.	Seguridad del paciente en cuanto al cuidado brindado.	9
3.	Metodología de la investigación	11
3.1.	Enfoque de estudio	11
3.2.	Diseño y tipo	11
3.3.	Población y muestra	12
3.4.	Técnica e instrumento de recogida de datos	14
3.5.	Procedimiento de recolección de datos	15
3.6.	Análisis e interpretación de datos	15
3.6.1.	Consideraciones Éticas.....	16
4.	Resultados	20
5.	Discusión	21
6.	Conclusiones	35
7.	Referencias bibliográficas	4039
8.	Anexos	406

1. INTRODUCCIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) desde finales del año 2019 hasta la fecha, el mundo sigue afectado por un nuevo virus, por lo que la salud pública global mantiene su atención en la infección causada por el Síndrome de dificultad respiratoria denominado COVID-19, por su impacto fue declarado como acontecimiento de alcance internacional, con un incremento de casos confirmados de aproximadamente 3 millones y más de 250,000 fallecidos a nivel mundial. Las manifestaciones clínicas varían desde leves hasta graves, y la extensión del impacto depende de múltiples variables, incluyendo el sistema de salud de cada país y las diversas estrategias de medidas de prevención para evitar la muerte (Escudero, et al., 2020).

Según Maguiña, Gastelo y Tequena (2020) la transmisión de estos virus se produce cuando las mucosas de las personas cercanas a alguien infectada inhalan gotas respiratorias o entran en contacto con objetos contaminados y así se incrementa el riesgo de contagio. La falta de distanciamiento social oportuno en Wuhan- China propagó la infección alrededor del mundo. Para prevenir el coronavirus es fundamental seguir los consejos de los profesionales de la salud en consecuencia, es imperativo tomar medidas preventivas para evitar el contagio como el uso de mascarillas en público, mantener la distancia física, lavarse las manos periódicamente, evitar grandes reuniones y quedarse en casa si se siente enfermo.

Ferrando et al. (2020) detallan en su estudio que uno de los efectos secundarios más típicos de los pacientes que contraen el virus es la neumonía dentro del servicio de terapia intensiva, dentro de sus signos y síntomas más característicos tenemos la hipoxemia severa e infiltrados pulmonares provocando el colapso de las Unidades de Atención. Luego de la recuperación y la prealta de los pacientes en esta área, un gran porcentaje presentan secuelas como respiratorias, psicológicas entre otras, las cuales siguen siendo estudiadas, para poder brindar un mejor seguimiento como equipo multidisciplinario.

Esta realidad ha visibilizado la atención que el paciente recibe por parte de enfermería, identificando la necesidad que demanda la preparación de estos antes del alta, como una parte fundamental en el desarrollo de cuidados de enfermería en la UCI, fomentando así la recuperación y rehabilitación, tomando en cuenta que la enfermería es una práctica profesional para descubrir, inventar o resolver problemas, considerando ejercer un liderazgo que inspire al personal a brindar una mejor atención, se deben tener en cuenta competencias técnicas, comportamientos y conocimientos (Morfi, 2010).

Para Raso y Hernández (2013) Nightingale abrió el camino para la profesión en enfermería, al tener en cuenta que para aprender no es necesario establecer reglas de pensamiento y compendios para instruir el arte de la misma, desde entonces se ha perfilado a este profesional en normas y decisiones, teniendo en cuenta que cuidar es un acto vital del ser humano, se hace necesario los saberes cognitivos y actitudinales sobre el cuidado post alta, impartidos a los pacientes sobrevivientes por COVID-19 en estado crítico, que los mismos estarán bajo la atención del cuidado del familiar.

Descrito esto, se necesita de conocimientos teóricos y prácticos dentro de las actividades diarias de los profesionales de enfermería en relación con el proceso terapéutico y necesidades del paciente, en la fase pre alta de las áreas críticas. Wilches (2020) afirma que la integración de paciente, familia y el entorno bajo el enfoque biopsico-social favorece la recuperación del paciente que se encuentra en tratamiento, para una pronta reincorporación en la sociedad al regresar a su hogar de manera eficaz.

Lo evidenciado en este trabajo motivaron a las autoras ahondar el conocimiento del proceso educativo, prealta en paciente post COVID-19 se formularon las siguientes preguntas de estudio: ¿las instituciones de salud, contribuyen en la formación continua del profesional enfermero que labora en Unidad de cuidados intensivos? ¿Se está orientando a la formación con calidad de este profesional, según las necesidades identificadas para brindar un cuidado humano integral?

Lo ante mencionado sirvió para plantear las siguientes preguntas norteadoras: ¿Cuáles son los saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos? ¿Cómo sería la educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19? ¿Cómo orientarán de manera oportuna y puntual al paciente para poder evaluar su respuesta? ¿Cuál es la experiencia del profesional enfermero en Unidad de cuidados intensivos sobre el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19? ¿De qué manera repercute la no preparación del paciente post COVID-19 una vez dada el alta?

Para lograr las respuestas de las preguntas norteadoras se formuló el siguiente objetivo general: Determinar los saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta del paciente post Covid-19 en UCI.

Como objetivos específicos: identificar los saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos, analizar las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19 para diseñar una educación previa al alta adecuada, determinar cómo orientar al paciente de manera oportuna y puntual para poder evaluar su respuesta, describir la experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos sobre el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19 y finalmente analizar la repercusión de la falta de preparación del paciente post COVID-19 una vez dada el alta.

La relevancia social de este proceso educativo pre alta en paciente post pandemia en la UCI en la construcción de saberes del profesional enfermero, radica en la mejora de la condición de vida de los hospitalizados y el aligeramiento de la carga del sistema sanitario. Al preparar adecuadamente al paciente brindándoles información sobre el manejo de síntomas, los cuidados en el hogar y la prevención de complicaciones, se puede evitar el reingreso y el descenso de las complicaciones graves. A su vez la educación sanitaria permite tanto en los pacientes y a sus familias jugar un rol activo en su cuidado y pronta recuperación, aumentando así la satisfacción de estos y su autoeficacia.

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2017) se ha establecido planes estratégicos de preparación, adoptando medidas preventivas para ayudar a los países a prepararse y responder ante esta pandemia, teniendo en cuenta la educación para el control del virus. De igual manera, La Organización de Naciones Unidas (ONU, 2020) detalla que uno de los objetivos principales es certificar una vida saludable y ofrecer la comodidad de todos los seres humanos para el desarrollo sostenible, siendo esencial los servicios sanitarios de manera eficaz para evitar el aumento de este virus.

El proceso educativo pre alta en hospitalizados por coronavirus es de gran utilidad para los enfermeros, ya que les brinda la oportunidad de adquirir conocimientos especializados, habilidades y destrezas en la atención integral de pacientes críticos que han vencido la enfermedad, teniendo presente uno de sus objetivos la garantía de acceso a servicios de salud, completos, gratuitos y de excelencia (Secretaría Nacional de Planificación, 2021).

En este orden de ideas Prada y Sutta (2021) en su estudio afirma que por la rápida expansión global y alta infectividad, dio como resultado una alta morbilidad y mortalidad, que afectó a la población en riesgo como los adultos mayores, con un incremento dentro de estas áreas críticas, destacando que los elementos sociales y ambientales como la aglomeración de

personas en un espacio cerrado, fueron unas de las causas que declararán crisis sanitaria alrededor del mundo.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Fundamentos Teórico

La presente investigación se basó dentro del marco referencial de la teórica Waldow (2023) quien diseña su enfoque desde una perspectiva fenomenológica y holística considerando el cuidado humano como un elemento central. Mismo que abarca la provisión de cuidados y atiende las necesidades del ser en el contexto de fragilidad, asociado al proceso de la enfermedad. La teoría proporciona un marco sólido para entender y abordar el cuidado en el ámbito de la enfermería, considerando al paciente como un ser integral en su experiencia de afección y necesidades de atención.

En el marco referencial epistemológico, se menciona al filósofo Husserl, quien resalta que la fenomenología proporciona una comprensión profunda de los procesos involucrados en el arte del cuidado humanizado (Gil, 2022). Este punto de vista resalta el valor de la comprensión, la experiencia humana en su totalidad y la comunicación del paciente y el cuidador, lo que resulta en una atención más compasivo y revelador. Una vez que se consideraron estos aspectos, se alcanzó un mejor entendimiento de la practica humana ante el proceso salud- enfermedad. En ese momento, resultó esencial tener presente el bienestar general, junto con los aspectos fundamentales de la dignidad humana y la espiritualidad en el ámbito de la enfermería.

2.1.1. Antecedentes internacionales

Piedra, Hernández, Cuellar y López (2020) indican que como parte de la investigación del Protocolo de rehabilitación integral para pacientes post-COVID-19 en la Habana -Cuba, cuyo propósito fue elaborar un reglamento realizado en pacientes post infección en un Centro internacional, entre los resultados se presentan luego del alta hospitalaria manifiestan dificultad para respirar, tos, agotamiento, debilidad muscular y disminución en las actividades ya que siguen siendo síntomas presentes. Como conclusión la aplicación de la guía rehabilitadora que ofrece un cuidado asistencial multidisciplinario especializado, competitivo y seguro.

Gonzales y Del Arco (2022) menciona en el proyecto fisioterapia respiratoria hospitalizados post coronavirus, realizado en Bayamo-Cuba; que tuvo como objetivo discutir las técnicas primarias de fisioterapia respiratoria utilizadas en sobrevivientes del coronavirus. Se presentaron resultados como la modificación de las pautas en las prácticas clínicas especialidades

como fisioterapia y rehabilitación por la pandemia. Se concluye que fueron insuficientes las evidencias generadas como utensilio esencial para que quienes se han recuperado de la infección.

Galicia, Herrera, Maldonado, Pedraza y Cristales (2022) Puebla-México, señalaron mediante un diseño cuasiexperimental, descriptivo, se estudió el efecto de un plan educativo; e-continuidad de la atención domiciliaria, se buscó evaluar la eficacia y la continuidad de la atención en pacientes con coronavirus y sus cuidadores. En su resultado los enfermos y familiares necesitan seguimiento en casa siguiendo a pie de la letra las instrucciones.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Donoso, Gómez y Rodríguez (2021) en un estudio realizado en Latacunga-Ecuador, detallan en su estudio, atención en personas. Una mejora en la gestión de enfermería, buscó comprender cómo los pacientes percibían su atención y al mismo tiempo explorar los sentimientos y experiencias de las enfermeras y otros profesionales de la salud al atender a pacientes infectado con el virus. Mostraron que los aspectos desafiantes del trabajo de enfermería incluyen la falta de capacitación, componentes de bioseguridad y técnicas de contención apasionado.

Asimismo, Pineda, abril, Guzmán y Moran (2021) En Guayaquil, Ecuador, estudiaron el impacto del CoV-2, en la función respiratoria y estilo de vida de los hospitalizados, se demostró que el impacto y la funcionalidad del sistema respiratorio en la calidad de vida relacionada con la salud estaban correlacionados positivamente.

Almeida, Frómeta, Cevallos y Cevallos (2021) en una investigación realizada en Santo Domingo de los Tsáchilas-Ecuador, realizaron un estudio descriptivo utilizando datos de artículos avalados y respaldados con el objetivo de describir la recuperación de las funciones y el tono muscular de los infectados. Los hallazgos indicaron que se debe planificar una guía para garantizar una recuperación completa y eficiente, lo que indica que solo hay una pequeña área de investigación disponible sobre pacientes que se sometieron y que han recuperado su tono muscular.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Proceso Educativo en salud prealta.

La atención actual del paciente, los niveles de atención adecuados y las barreras son solo una parte de la buena práctica necesaria. Considerar aspectos como el nivel de funcionamiento previo, el lugar de residencia, el apoyo familiar, las directivas anticipadas, el confort social de los cuidados que son claves para priorizar las transiciones de atención. El equipo de salud debe considerar todos los aspectos del entendimiento y comprensión del paciente sobre su cuidado post-alta, asegurando y facilitando su autocuidado con la ayuda de los familiares, proporcionando un lenguaje escrito o hablado entendible y sencillo (Budinich y Sastre, 2020).

En la evolución de la educación y colaboración del individuo, paciente y familia, se desarrollan conocimientos, actitudes y comportamientos fundamentales para fomentar y proteger la salud tanto a nivel individual como comunitario. Los Programas de Alta Hospitalaria (PAH) se conforman por un conjunto de estrategias elaboradas por enfermería, que sirven como guía a los enfermos y cuidadores acerca de los cuidados asociados a su patología (Bermúdez y Coto, 2011).

La cognición para la salud es la base en el proceso de formación del paciente y su atención domiciliaria por parte de los familiares, previniendo posibles complicaciones y reduciendo así el impacto social y económico de la enfermedad en el paciente y para el sistema de salud. Brindando material educativo acorde al proceso de verificación y seguimiento en casa previniendo posibles complicaciones y disminuyendo el impacto social y económico que causa la enfermedad (Luxora y Gloria, 2018).

2.2.2. Paciente Post COVID- 19 en Unidades de cuidados intensivos.

La afección generalmente se diagnostica meses posterior a contraer la infección, persiste durante al menos 2 meses y tiene síntomas que no pueden explicarse con otro diagnóstico. Los síntomas pueden diferir de los observados durante un episodio agudo de la infección o persistir desde la enfermedad inicial. Los síntomas también pueden cambiar o reaparecer con el tiempo (OPS, 2022).

Para estandarizar estos términos, los Centros para el Control y la Prevención de las enfermedades (CDC) y la OMS propusieron el uso genérico de post-COVID-19 como una protección amplia contra las consecuencias para la salud que duran 4 semanas después de la

infección aguda. Por el contrario, el Instituto Nacional de Investigación en Salud y Excelencia en la Atención (NICE) del Reino Unido ha propuesto una definición operativa del término post-COVID-19, con síntomas persistentes hasta 4 semanas después de la infección aguda y ningún otro diagnóstico etiológico (Boix y Merino, 2022).

2.2.3. Rol del enfermero en el cuidado post COVID-19.

Para Loyola, de Medeiros, Brito, de Mesquita y Bezerra (2021) el enfermero técnico responsable o coordinador del establecimiento de salud debe notificar al Consejo Federal de Enfermería (COFEN), los casos sospechosos o confirmados de infección o muerte por el coronavirus entre los enfermeros con el fin de acompañar la situación de pandemia y buscar soluciones para disminuir la contaminación de los mismos. La higiene, desinfección de manos y el uso adecuado de equipo de prendas de protección (EPP) son esenciales para la prevención relacionada con las exposiciones ocupacionales, especialmente en una pandemia, dado que una vez que los profesionales se contaminan, necesita desvincularse de sus funciones, con impactos económicos y sociales, además de promover y exacerbar la aparición de infecciones cruzadas.

De acuerdo con Lahite, Céspedes y Maslen (2020) las enfermeras en los entornos donde enfrentan la enfermedad llevan a cabo acciones esenciales para cumplir con su compromiso profesional y ético de proporcionar cuidados. Su contribución es crucial, considerando que el cuidado constituye el núcleo de la actividad humana, ya que todos los individuos se auto cuidan y, en algún punto de sus vidas, cuidan de otros o son cuidados por otros. Siendo parte de las actitudes y valores que nos caracterizan reduciendo así el sufrimiento, brindando apoyo emocional en los pacientes y sus familias coordinando acciones de prevención y control a las enfermedades, caracterizando a la enfermera y ofreciendo atención afectiva como parte de un equipo de salud.

La enfermería como disciplina y profesión actualmente enfrenta importantes desafíos desde su quehacer, estos desafíos la obligan a reflexionar sobre su papel en un sistema de salud que requiere que esté a la vanguardia de los cambios que resultan de la política pública de estado, los perfiles epidemiológicos, pero al mismo tiempo, los consejos de las tendencias emergentes en el cuidado de la salud. Aún más llamativo en el contexto actual, la Enfermería está siendo reconocida por sus invaluable contribuciones que son fundamentales para ayudar en la lucha contra el virus SARS-CoV-2 (Cadena y Aguirre, 2021).

2.2.4. Saberes o conocimientos del profesional de enfermería en COVID-19.

Para Collado, Algarra y Amezcua (2020) poco se sabe sobre el comportamiento de las ciencias aplicadas con respecto a la producción de conocimiento ante emergencias de crisis sanitarias globales como la pandemia. En disciplinas como la enfermería, donde la estructura de investigación a menudo se centra en un entorno de práctica clínica, siendo usual enlazar el papel de clínico-investigador. Con la imprevisibilidad y la escasez de recursos, dedicarse a tiempo completo a las actividades de salud suspende actividades, como la investigación.

Los enfermeros encargados de comprender a las personas con COVID-19 en primera línea son personas científicamente preparados con una mirada integral que les permita enfrentar éticamente todas las situaciones desde las diferentes perspectivas administrativas, investigativas, docentes, clínicas y de enfermería y ámbito comunitarios, con los conocimientos pertinentes, asumen la responsabilidad de cuidar a las personas en situaciones reales de sus vidas (Contreras y Sierra, 2020).

El procedimiento de enfermería método sistemático, cíclico y racionalizado que consta de etapas como evaluación, diagnóstico, programación y cumplimiento. En la valorización los profesionales de enfermería aplican y priorizan los cuidados dentro de las 14 necesidades esenciales descritas por Henderson en pacientes infectados en el diagnóstico a través de la taxonomía NANDA y al desarrollar prioridades programáticas y estrategias en el tratamiento, los planes de atención validan la ejecución (MSP, 2020).

2.2.5. Seguridad del paciente en cuanto al cuidado brindado.

La calidad del servicio como la prestación de cuidados individualizados y comprensivos con el objetivo de obtener la satisfacción del usuario y de sí mismo. La enfermería se esfuerza cada día por brindar un mejor servicio, para con ello dar seguridad a los pacientes demostrando compromiso profesional legal y moral en cada acción que se realiza en el acto del cuidado en el diario vivir (León, 2006).

El bienestar del paciente es un principio importante de la atención, que es un desafío. Evoluciono con el enrollo de los sistemas de atención de los servicios sanitarios y el consiguiente aumento de negligencia por parte del personal no teniendo en cuenta acciones básicas, como la identificación del paciente, la comunicación emocional, seguridad durante la medicación y en los diferentes procedimientos enfermero, etc. Siendo lo más importante brindar seguridad y

protección y continuidad de aprendizaje en las acciones diarias del personal sanitario (OMS, 2019).

Los lineamientos de seguridad del paciente-usuario en la atención en salud, son necesarios para gestionar un cambio de cultura en términos de calidad y seguridad alineados con estándares internacionales, que incorporan como pieza clave, los conocimientos y habilidades de los profesionales de salud, orientados a brindar atención en salud. Siguiendo la línea de la idea sobre la seguridad del usuario ante los procedimientos en salud, el principio hipocrático que significa no debemos hacer daño y en él se inspiran todos los esfuerzos del día a día en no cometer errores en la medicina (MSP, 2016).

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque de estudio: Investigación cualitativa

Al respecto Arias (2019) la investigación cualitativa es un enfoque inductivo en el cual los datos se utilizan como punto de partida para desarrollar una comprensión profunda de los fenómenos, con el objetivo de generar teorías basadas en los datos recopilados por los investigadores. En este sentido, Minayo (2009) sostiene que este enfoque permite respaldar testimonios subjetivos mediante argumentos y ayuda a desarrollar nuevos enfoques, perspectivas y categorías de estudio, en lugar de limitarse a describir simplemente procesos sociales en grupos. Además, la investigación cualitativa se centra en la progresiva construcción del conocimiento para alcanzar una comprensión interna y razonable del progreso en el estudio.

Espriella y Restrepo (2020) definen la investigación cualitativa como un método que busca definiciones emergentes, generando teorías basadas en datos recopilados a través de observación y entrevistas con participantes, siendo ampliamente utilizado en campos como salud, clínica y educación. Por otro lado, Do Prado et al. (2013) destacan que el estudio cualitativo en enfermería permite un acercamiento a áreas antropológicas y psicosociales, comprendiendo mejor las necesidades del ser humano en su entorno, correlacionando práctica, esencia y disciplina. Asimismo, Flick (2015) expresa que el estudio cualitativo busca acercarse al mundo exterior, donde el hombre construye su vida a su manera, viviendo experiencias que los investigadores desean comprender y estudiar mediante esta metodología de observación.

3.2. Diseño y tipo

En este proyecto metodológico descriptivo de tipo fenomenológico.

Descriptivo: Verhonick (1991) señala que este diseño tiene como finalidad ofrecer una descripción objetiva de los hechos en un momento específico, evitando cualquier influencia sobre ellos. Las ciencias sociales y la psicología emplean este tipo de estudio, ya que algunos sujetos o situaciones no pueden ser abordados de otra manera.

Fenomenológico: Con la finalidad de Lamprea, Figueroa, Grande y León (2021) las visiones de los sujetos son recopiladas, con la finalidad develar y comprender las experiencias de los mismos, representando una oportunidad para orientar el proceso de investigación en salud-enfermedad, al proporcionar una filosofía implícita que busca esclarecer el significado de lo ambiguo. Su aplicación en enfermería y basar los cuidados en la evidencia científica ha llevado

a la investigación a adoptar un enfoque diferente para poder explicar los fenómenos y comprender diferentes ambientes, generando así un abordaje y cuidado más humano en el proceso de enfermería.

Por otro lado, Guerrero, Menezes y Ojeda (2019) sostienen que la fenomenología se enfoca en aprender de los fenómenos, no solo sobre ellos, sino también de la vivencia y la experiencia misma. A través de la entrevista, se busca iluminar los significados de lo que nos rodea, conociéndolos mediante la vivencia. Además, la fenomenología se vincula con la pedagogía, ya que esta capacidad de describir factores importantes que impregnan la cotidianidad y reflexionar sobre los fenómenos educativos puede contribuir a transformar la realidad.

3.3. Población y muestra

Utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se escogieron 10 profesionales de enfermería considerando la saturación de categoría. Cada elemento muestral fue cuidadosamente seleccionado para asegurar una representación fiel de la población, reduciendo el sesgo en los resultados obtenidos y otorgando validez y confiabilidad a los hallazgos del estudio (Lilia, 2015).

Según Hernández, Fernández y Baptista (2018) el muestreo no probabilístico es una técnica de muestreo en la cual los elementos de la muestra no se eligen al azar, sino que se seleccionan en función de su disponibilidad y accesibilidad para el investigador, o según algún otro criterio no probabilístico. Esta técnica se utiliza en estudios descriptivos y exploratorios, así como en situaciones en las que es difícil o costoso llevar a cabo un muestreo probabilístico, o cuando se necesita una muestra rápida y conveniente.

La saturación de categoría, facilitó el tamaño de la muestra para este estudio. Piedra y Manqueros (2021) señalan que este tipo de saturación es fundamental en la investigación cualitativa, al referir el momento en que se ha alcanzado la suficiente cantidad y variedad de datos para desarrollar una comprensión completa y profunda de un fenómeno o tema en estudio. Indica que no es necesario seguir recolectando datos, ya que se ha llegado a un punto en que los datos recopilados son suficientes para obtener los objetivos y se han identificado las principales categorías y patrones relevantes.

Sin embargo, Martínez (2012) argumenta que, en el campo de la investigación cualitativa, el punto de saturación de categoría no necesariamente se alcanza en cada entrevista u observación. La saturación de categoría es un concepto fundamental en la investigación cualitativa y se refiere al punto en el que ya no se obtienen nuevas ideas, temas o información relevante relacionada con la categoría o fenómeno de interés. Sin embargo, la determinación de este punto puede variar según varios factores, incluida la experiencia del investigador.

3.3.1. Caracterización de los sujetos de estudio.

Los sujetos de esta investigación conceden relevancia especial a la investigación, ya que son capaces de expresar los aspectos más simples y cotidianos de sus actividades, ellos desempeñan un papel protagónico en el proceso investigativo. Sus percepciones enriquecen la comprensión del fenómeno investigado, proporcionando una perspectiva más completa y auténtica, aumentando así la validez y relevancia de los hallazgos obtenidos para Martínez, Hernández y Álvarez (2022).

Con respecto a las cualidades de los enfermeros que formaron parte de la investigación 7 fueron de género femenino y 3 de género masculino. Relacionado al grupo etáreo: 6 de los entrevistados cuentan con edades entre 26 a 30 años; 4 tienen entre 30 a 48 años. Concerniente a la formación académica 6 son Licenciados en Enfermería, 2 con Maestría en Gestión del Cuidado y 2 Especialistas en Enfermería. En relación al tiempo de servicios de los interlocutores en UCI: 9 tienen de 2 a 5 años; 1 tiene 11 años. En el contexto de capacitaciones en cuanto al manejo del paciente crítico, los 10 participantes autogestionaron la capacitación (**Anexo 1**).

3.3.1.1. criterios de inclusión.

Profesionales de enfermería que laboren en la Unidad de cuidados intensivos por más de 2 años desde que se inició la pandemia que desearon expresar sus experiencias para la investigación.

Pacientes con pre alta post COVID 19 en UCI.

Enfermeros que tengan conocimientos sobre cuidados pre alta post COVID-19, en la Unidad de cuidados intensivos.

3.3.1.2. criterios de exclusión.

Profesionales con falta de conocimientos básicos sobre el proceso educativo pre alta post COVID-19 en UCI.

Profesionales sin experiencia en el proceso educativo pre alta post COVID-19 en áreas críticas.

Profesionales que se negaron a compartir sus vivencias durante la pandemia.

3.3.2. Escenario de estudio.

Asimismo, Do Prado et al. (2013) asegura que, este tipo de contexto proporciona privacidad y comodidad, lo que estimula al participante a compartir sus experiencias y vivencias, permitiéndoles dar a conocer el fenómeno objeto de estudio. Esto es especialmente relevante en el contexto de su salud mental, ya que los participantes pueden sentirse vulnerables o estigmatizados.

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica: En este estudio fue empleada la entrevista semiestructurada, según Do Prado (2013) esta se identifica como la más utilizada en estudios cualitativos, ya que permite explorar las actitudes, opiniones, percepciones, valores y creencias de un grupo de personas acerca de un tema en particular, con un enfoque clave que facilita la exploración de las experiencias subjetivas de los participantes en un ambiente controlado. Un moderador guía al grupo hacia una conclusión exitosa con orientación, es importante que el moderador cuente con experiencia, conocimiento y capacitación en el campo. Se recomienda que el grupo no esté formado por muchas personas, lo que coincide con la perspectiva de Arias, Villasís y Novales (2016).

Instrumento: La guía de entrevista semiestructurada es una herramienta fundamental en la investigación cualitativa, ya que facilita una estructura en la cual el investigador obtiene información sobre las experiencias, opiniones y perspectivas de los participantes en el estudio. (**Anexo 2**). Absolutamente es fundamental que las guías se formulen de manera clara y de fácil comprensión para garantizar que los usuarios puedan obtener la información que necesitan de manera efectiva refieren (Hernández, et al., 2018).

3.5. Procedimiento de recolección de datos

Previamente a la entrevista se notificó por llamada telefónica al coordinador de enfermería de la Unidad de cuidados intensivos de un hospital público del Ecuador se lo invito y dar permiso y autorización a ser parte del estudio, firmando el consentimiento informado para poder grabar y brindar confidencialidad de la información obtenida (**Anexo 3**).

La información se obtuvo a través de la entrevista semiestructurada con una duración aproximadamente de 10 minutos, grabada mediante la video cámara de un móvil, se les informo a los participantes sobre los objetivos de la investigación y se les notificó que sus grabaciones son confidenciales y privadas. Se inicio la actividad con la bienvenida de acuerdo a lo establecido se realizó la entrevista semiestructurada a profundidad de manera presencial en las oficinas de la coordinación de enfermería del area de UCI, previamente se les entregó la guía de entrevista semiestructurada realizada con las preguntas norteadoras, concluyendo se agradeció a cada profesional su participación y se informó que la grabación es evidencia para el estudio.

3.6. Análisis e interpretación de datos

El método fenomenológico de Colaizzi es una técnica cualitativa de investigación que se utiliza para analizar y comprender las experiencias humanas tal como son percibidas y vividas por los participantes en un estudio. Este enfoque se utiliza comúnmente en investigaciones descriptivas y tiene como objetivo central la comprensión profunda de los significados subyacentes en las experiencias de los participantes (Gumarang, Mallannao y Gumarang, 2021).

Continuando con la idea se transcribieron los testimonios de forma individual y manual, luego de ser descargados y escuchados todos los testimonios obtenidos, utilizando Microsoft Office Word versión 2019, los textos se fragmentaron y agruparon teniendo en cuenta la convergencia y divergencia de los nexos, y se aplicó codificación colorimétrica abierta a posteriori para identificar temas reiterativos en los discursos de los participantes Esto permitió diferenciar entre los elementos referenciales o denotativos y los componentes estructurales o connotativos que constituyen la esencia del significado que los participantes atribuyen a estas prácticas previas a su desempeño profesional (Hernández y Mendoza, 2020).

Se elaboraron dos matrices: Una para el análisis de la codificación colorimétrica y las unidades de significado emergentes de los testimonios (**Anexo 4**) y otra para la elaboración de categorías y subcategorías definidas a posteriori, que surgirán de los discursos de los sujetos del estudio y de las preguntas norteadoras basándonos en el lenguaje EMIC Y ETIC (**Anexo 5**).

Por lo siguiente para García (2018) el término “emic” y “etic” son categorías de dos formas de prácticas diferentes, que se utilizan en el ámbito de la investigación cualitativa para describir dos enfoques diferentes en el análisis y la interpretación de datos. Emic: se centra en la perspectiva interna de los participantes o miembros de un grupo social, implica comprender y analizar los fenómenos desde el punto de vista de aquellos que forman parte de la población estudiada. Etic: se refiere a la perspectiva externa o de observador, la aplicación de categorías, conceptos y marcos de referencia que son ajenos a la cultura o grupo estudiado. Dándonos como resultado en este estudio 5 categorías basadas en las preguntas norteadoras y subcategorías desarrolladas a base de los testimonios de los participantes.

La incorporación de la codificación de información en el software ATLAS. TI versión 2022, mejora significativamente el trabajo de análisis en un estudio cualitativo. La capacidad de procesar, clasificar, organizar, analizar y comparar la información de manera más eficiente es fundamental para realizar investigaciones cualitativas de alta calidad. Además, esta codificación ha dado significado a los datos y ha permitido comprender el habla en su contexto. En resultado de esto se crearon modelos de categorías (5), subcategorías (17) y jerarquías de códigos (10) resultado de la previa producción manual, organizada y estructurada a través del software (**Anexos 6, 7, 8,9,10,11,12**).

De la recopilación textual de los testimonios se identificó, analizo y representó en barras las palabras que aparecían con mayor frecuencia en los relatos, y una nube que consta con un total de 75 palabras representativas de la investigación.

3.6.1. Consideraciones Éticas.

Según Viorato y Reyes (2019) que en los estudios cualitativos es de gran importancia utilizar estas consideraciones éticas basadas en ciertos criterios como:

La confidencialidad

Es un principio fundamental en la investigación cualitativa, siendo la garantía de que la información personal no sea divulgada sin consentimiento, al igual que cualquier otro tipo de

investigación. En el estudio se utilizó este principio para darle protección a la información personal y sensible proporcionada por los participantes y garantizar que sus identidades y respuestas se mantengan en secreto, se utilizó seudónimos para poderles ofrecer confianza para que expresen de manera natural sus testimonios de experiencias vividas en su ámbito laboral.

Manejo de riesgos

El manejo de riesgo en la investigación cualitativa es una parte esencial del proceso para asegurarse de que los resultados sean válidos, confiables y representativos de la realidad que se está estudiando.

Es fundamental mantener la responsabilidad en el manejo de los datos, abordar sesgos, limitaciones y desafíos durante el proceso de investigación. La implementación de estrategias adecuadas y la transparencia en los métodos son prácticas esenciales para fortalecer la calidad del estudio. Se recalco que la información recibida solo tendría uso en la investigación.

Consentimiento Informado

Es un proceso fundamental donde los participantes aceptan libremente ser partícipes de una investigación, haciéndoles saber el objetivo de la misma y sus implicaciones. En el estudio los participantes fueron informados anticipadamente del proceso, donde se les hizo firmar el mismo y autorizaron a la participación de la entrevista semiestructurada a través de la guía que fue realizada en base de las preguntas norteadoras.

3.6.2. Rigor Científico.

Para Bravo y Osorio (2017) es importante la calidad y el rigor en el estudio cualitativa, así como la habilidad del investigador para dar significado a los fenómenos humanos a través de múltiples interpretaciones y relaciones tangibles únicas, lo que refuerza el valor del rigor científico en este tipo de investigación, dentro de sus criterios tenemos:

La credibilidad

Es un elemento clave y fundamental en la investigación. Se refiere a la confianza y autenticidad de los resultados obtenidos a partir de la compilación y análisis de datos cualitativos, basada en la interpretación y comprensión profunda de los fenómenos, por eso es necesario establecer la confidencialidad para que los hallazgos sean respaldados y considerados válidos y confiables. En el estudio se obtuvo los datos mediante la guía de la entrevista semiestructurada,

las verificaciones derivadas de las grabaciones de audio y la matriz de códigos resultado del análisis de los testimonios obtenidos.

La auditabilidad

Es la capacidad de proporcionar un registro detallado y transparente de todas las etapas del proceso, incluyendo descripciones claras de cómo se seleccionaron los participantes, como se recopilaron y analizaron los datos y como se llegó a las conclusiones. Dando oportunidad a futuros investigadores a tomar decisiones basadas en evidencias sólidas. En el proyecto se accedió a las grabaciones y se transcribió los argumentos de forma individual comparándolos y constatando convergencia en los datos obtenidos en la realización de las categorías.

Transferibilidad

En el contexto de la investigación cualitativa, se refiere a la capacidad de los resultados de un estudio para ser transferido o aplicado a otros contextos similares, determinado así si los hallazgos y conclusiones obtenidos en el estudio cualitativo son relevantes y útiles en diferentes contextos. El estudio buscó comprender experiencias y significados de los sujetos.

3.6.3. Consideraciones Bioéticas.

Son principios y valores que guían la toma de decisiones éticas en el ámbito de la biomedicina y la investigación en salud, estas consideraciones son relevantes cuando se trata de cuestiones que involucran la vida humana, salud, la investigación científica y la aplicación de tecnologías médicas. Tradicionalmente se describen cuatro principios bioéticos básicos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia (Mendoza,2017).

Beneficencia

Principio clásico hipocrático la no discriminación en la selección de los sujetos de investigación, garantizar el bienestar y la protección de los participantes en el estudio, previniendo y suprimiendo posibles daños, así contribuyendo de manera positiva a las comunidades o contextos en los que se lleva cabo la investigación. En el presente se dio la libertad de escoger para participar en el proyecto.

Justicia

El principio de justicia en la investigación cualitativa se refiere a garantizar que los participantes de un estudio sean tratados con equidad y respeto y que sus voces y perspectivas seas representadas de manera adecuada y justa. En la presente, se evitó la explotación y discriminación y la exclusión, promoviendo la inclusión, igualdad y beneficios a los participantes.

Principio de respeto por las personas (Autonomía)

Se refiere a la capacidad del investigador a tomar decisiones independientes a lo largo del proceso de investigación. La investigación cualitativa se destaca por su enfoque en entender y explorar situaciones complejas. En este estudio, las autoras seleccionaron la muestra a ser investigada en función del tema y desarrollaron una guía para entrevistas semiestructuradas con el objetivo de recopilar relatos sobre las experiencias laborales de los entrevistados, manteniendo el respeto por sus opiniones, juicios, determinaciones y decisiones sin causarles ningún perjuicio.

4. RESULTADOS

Consecuentemente de la codificación, análisis y organización de los relatos, surgieron las siguientes clasificaciones temáticas, que representó los comentarios de los entrevistados sobre el proceso educativo prealta en pacientes con coronavirus y construcción de saberes del profesional en la presente investigación.

1.-Saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos, de esta se identificaron seis subcategorías; conocimiento en planificación y coordinación del alta del paciente; medidas de prevención y bioseguridad; competencia en equipos y tecnología; apoyo emocional y comunicación con pacientes y familia e interdisciplinaria; cuidado ético y cuidado humanizado; saberes relacionados con la coordinación del cuidado. 2.-Educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19, se reconocieron tres subcategorías; cuidados del paciente y evolución neurológica; seguimiento médico y medicación de los pacientes pre alta post COVID-19; educación y manejo sobre las secuelas a largo plazo. 3.- Orientación y evaluación del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. 4.- Experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos en el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19, se establecieron cuatro subcategorías; miedo, ansiedad, angustia e impotencia del paciente con COVID-19 y profesional enfermero ante el entorno de Unidad de cuidados intensivos; actualización y capacitación del profesional enfermero; desafíos de la educación durante la pandemia; adaptación a nuevas técnicas y procedimientos. 5.-Repercusiones de la no preparación del paciente tras recibir el alta post COVID-19. Se delimitaron cuatro subcategorías; falta de seguimiento de las indicaciones médicas; riesgo de reingreso; la falta de cuidados adecuados y la falta de conocimiento pueden tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de las personas.

5. DISCUSIÓN

Analizado los datos de estudio obtenidos de los testimonios se reconocieron las siguientes categorías y subcategorías:

1.-Saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. De esta categoría se vislumbran seis subcategorías, las cuales se describen a continuación:

Subcategorías 1.1. Conocimiento en planificación y coordinación del alta del paciente

De acuerdo con De Freitas, de Camargo, Minamisava, Queiroz y De Sousa (2014) la educación sobre las atenciones a los pacientes que sobrevivieron la estancia en dicha área es compleja y especializada, por eso el personal debe trabajar con calidad e integridad en los procesos vitales del sujeto de estudio con responsabilidad en la ética y leyes que incluyeron en su formación académica como profesional, salvaguardando vidas tomando en cuenta su satisfacción.

[...]Los cuidados como tal que se realiza a ese tipo de pacientes en su estancia hospitalaria en el área crítica, en atender al paciente en un área más integral, la hemodinámica del paciente, el estado ventilatorio, el análisis de la radiografía y así dejar de ser mecánicos como personal de enfermería[...](E1).

[...]Pero en ese tiempo de pandemia si era complicado dar a los pacientes respiratorios, cuidados al salir de la Unidad” (E3).

“Los médicos envían a los pacientes una buena alimentación, la protección, sobre todo este del uso de la mascarilla, la vacuna que eso era indispensable, el uso de antibióticos, entre otras cosas más” (E4).

“Siempre se le explica claro al paciente y a los familiares los procedimientos del cuidado que se debe tener por diferentes enfermedades que tenga también y las complicaciones puede llevar a la muerte, y se les hace firmar el consentimiento al familiar que esté a cargo” (E5).

[...] Pero los conocimientos como tal sí los teníamos, porque para trabajar en el area critica hay que saber, tener conocimientos sobre qué voy a tratar en el paciente” (E9).

“Fue muy gratificante poder llenarse de información y lograr compartirla a los pacientes, nos dábamos el tiempo en los pases de visita de explicarles como ha ido evolucionando o actuando este virus en ellos y ahí es donde entendían las posibles barreras que deberían de tomar para evitar nuevamente otro contagio” (E9).

“Al no saber cómo actuar frente a la pandemia, poco a poco fuimos formando prácticas de salud adecuadas en el momento de dar de alta a los pacientes, dándole indicaciones de las medidas preventivas que debían de tomar tanto en los cuidados del paciente” (E10).

Subcategoría 1.2. Medidas de prevención y bioseguridad

Argumentan Orozco, Mendoza y González (2020) como profesionales sanitarios luego de haber vivido la pandemia, es cuando se comprende la magnitud del riesgo que existe en no dar importancia a la prevención a diario que deberíamos tener en muchas enfermedades contagiosas como fue y sigue siendo el COVID-19 y que olvidamos involuntariamente por la carga laboral o por darle prioridad a las actividades directas del paciente. Teniendo en cuenta que las medidas de prevención y bioseguridad son parte fundamental en la atención de la salud siendo el instrumento más poderoso de prevención la información, al igual que darla a conocer de manera correcta y responsable, siendo los voceros principales el personal enfermero.

[...] Nos enfatizábamos una vez que identificábamos que el paciente estaba consciente y orientado las indicaciones básicas acerca del uso del equipo de protección personal para evitar la reinfección de igual manera el esquema completo de vacunación” (E1).

"Al principio se desconocía totalmente del contagio, por eso hubo el tema de los trajes y la mascarilla, se embalaba los guantes" (E2).

[...] Los aprendizajes adquiridos de lo que es a nivel académico fueron que actualizaron los protocolos nuevos de medicamentos todo eso en cuanto al manejo de pacientes post COVID-19[...] (E7).

"Si existieron pacientes que volvieron a reingresar una porque no guardaron todas las indicaciones que se les dio entonces nos dimos cuenta que hubo poco interés del paciente en mostrar cuidados" (E8).

“En este testimonio se menciona la instrucción a los enfermos sobre cómo prevenir, autocuidarse, evitar el contacto con otros pacientes, alimentarse bien, tomar medicación y descansar adecuadamente [...] (E8).

"Pues hemos tenido el caso de personas que han vuelto a ingresar a UCI por reinfectarse, sin recibir indicaciones necesarias. Al no realizar esto logran descuidarse y adquirir nuevamente el virus" (E10).

“Aquí se destaca la importancia de brindar información a los pacientes sobre la evolución y actuación del virus, para que comprendan las barreras y precauciones necesarias para evitar un nuevo contagio” (E10).

Subcategoría 1.3. Competencia en equipos y tecnología

El cuidado oportuno con los beneficios que ofrece la tecnología ha posibilitado a los pacientes complejos, conocimientos y habilidades para un mejor tratamiento que ayuden a reingresar al paciente a su vida cotidiana junto a su familia. La utilización de esta, al servicio de la salud puede ocasionar deshumanización en el proceso enfermero afectando de esta manera la evolución y recuperación de los pacientes (Escobar y Cid, 2018).

[...] Si teníamos conocimiento sobre el manejo clínico de pacientes y también en cuanto a la competencia en equipos y tecnología en la Unidades de cuidados intensivos, que en su mayoría eran entubados, con ventilación mecánica invasiva y no invasiva, de alto flujo (E3).

[...]Realizar nuevas técnicas fue algo nuevo para mí como profesional como la pronación, el manejo de la ventilación ya se manejaba, pero el parámetro para estos pacientes es diferente, antes realizábamos la aspiración de secreciones con circuitos abiertos, pero ya no lo realizamos por el alto grado de contagio[...] (E4).

Subcategoría 1.4. Apoyo emocional y comunicación con pacientes y familia e interdisciplinaria

En la estancia del área de terapia intensiva además de las alteraciones del estado físico, cognitivo se afecta el estado mental ocasionando ansiedad, estrés, depresión por la inseguridad y el saber que está pasando con su salud y el miedo a la muerte, el llamado síndrome de cuidados intensivos (SPCI), el cual perdura después de salir del hospital, afectando su calidad de vida y su reingreso social, familiar y profesional. Por eso es importante el seguimiento de necesidades

tanto físicas como psicológicas con actitudes de comunicación, solidaridad y respeto a los pacientes y familia dando así un soporte emocional y comunicativo en el proceso de su enfermedad con igual opinión de (Rodríguez, et al., 2022).

“Se educaba a los cuidadores era por vía telefónica el médico residente se comunicaba con los familiares y les explicaba tanto la condición clínica y los cuidados que debe tener previa el alta, se demostró que la terapia a puertas abiertas facilita la recuperación del paciente con fotografías, ayudan a la mejoría [...] (E1).

“Luego que pasó todo el momento crítico, solo se usaba el material de protección, se salía sin tener la necesidad de bañarse completamente y ya teníamos un poco de tranquilidad” (E2).

[...] Luego que ya se fue estudiando la patología se conoció más acerca del tratamiento como manejarlo se pudo lograr que el familiar ingrese porque es un apoyo que necesita el paciente así este sedado o despierto el paciente siempre necesita escuchar a sus familiares” (E5).

“Aparte de eso nosotros lo que es el apoyo emocional a las familias, al paciente, porque fue una época muy dura, en la cual las familias justamente pasaron por desgracia en sí” (E6).

“En todo el tiempo que he estado aquí trato de ser amigo del paciente porque a pesar de todo ellos aquí se sienten solos, por ejemplo, un PPL (paciente privado de la libertad) ellos están solos no tienen familiares o no los pueden visitar y necesitan apoyo emocional” (E6).

“Tratábamos de estar siempre una con ellos, sobre todo en caso maneje son pacientes pediátricos. Un poquito más dificultoso en estos pacientes pues como no pueden hablar, son todos niños pequeños, entonces es más complicado para ellos decir que les duele” (E7).

[...] Además hubo apoyo emocional de medico ocupacional del psicólogo que estuvo dándonos seguimiento por que fue una etapa bastante dura lo que se vivió en el hospital entonces nos trataban de dar contención tanto física como emocional” (E7).

“Ser bastantes claros como llegar a ellos, hablarles un lenguaje simple que ellos nos puedan entender para que en el futuro no vayan a tener ninguna complicación y tampoco recaídas y así tener una recuperación totalmente favorable” (E7).

Subcategoría 1.5. Cuidado ético y cuidado humanizado

Yañez, Rivas y Campillay (2021) comentan que el cuidado de otra persona es una actividad indispensable para la sobrevivencia humana, donde el personal enfermero tiene habilidad en preservar un equilibrio adecuado entre los aspectos humanos tales como: psíquicas, físicas, social y espiritual dando así la sensibilidad en un aprendizaje continuo para realizar un buen trato a los pacientes fundado en valores humanos como es la solidaridad, respeto empatía, responsabilidad, justicia, compasión y el cuidado de sí mismo, este último se lo visualiza más allá de colocarse la mascarilla es exponer su alma como una práctica social que hoy en día es necesario para el cuidado humano.

[...] Además se involucra en actividades al paciente, haciéndole preguntas sobre su vida cotidiana o incluso ayudándole a sentarse en las sillas porque recordemos que aquí en la terapia pasan solo encamados y esto no ayuda a su recuperación” (E1).

“En general en la humanización debemos tener bastante corazón para poder trabajar con este tipo de paciente, prácticamente nosotros éramos todo para ellos, manejamos su alimentación, ingestas, excretas en general absolutamente todo pues en esos tiempos era imposible el ingreso de los familiares [...] (E3).

[...] Y nosotros con nuestra ética profesional donde como enfermero estamos para el servicio de cuidado transparente con calidad a nuestros pacientes, con el apoyo moral y darle todas las pautas que debe seguir cuando ya esté con el pre alta” (E6).

“En ese momento nos tocó no solo hacer nuestra parte como profesionales, sino también poner la mano en nuestro corazón más que antes y brindarles apoyo emocional, ya que es difícil que te falte el aire, no hay nada que te convenza” (E8).

“Todo va a estar bien no se preocupe vamos a ingresar a su familiar para que usted lo vea, aunque en ese momento no podíamos ingresar a su familiar para que lo vea, entonces uno conversando tratando de poder ayudarlos a ellos para poder tranquilizarlo” (E9).

Subcategorías 1.6. Saberes relacionados con la coordinación del cuidado

Mahbbob, Zambrano y Bazurto (2020) aportan que desde tiempos antiguos hasta la actualidad el personal sanitario, ha tenido un gran desempeño en mejorar su conocimiento cada día y tratar y mejorar la salud de los pacientes, siendo la piedra angular de apoyo en los

procedimientos y cuidados que se realizan en tiempos de crisis sanitaria. los protocolos de atención tuvieron que cambiar para favorecer al servicio, manteniendo una atención especializada y segura de los casos que se presentaron, todo el personal tuvo que tomar acciones decisivas y drásticas en la atención que ofrecían, para impedir que la enfermedad se propague.

“El conocimiento del cuadro clínico del paciente, las medidas de tratamiento se llegaron a estudiar más a los pacientes con esta patología, los nuevos regímenes terapéuticos [...] (E1).

“Principalmente el paciente iba a presentar un estado inmunológico debilitado entonces previo a eso se le decía que no tuviera contacto con otros pacientes que podrían volverlo a contagiar del virus” (E8).

“Al no saber cómo actuar frente a la pandemia, poco a poco fuimos formando prácticas de salud adecuadas en el momento de dar de alta a los pacientes, dándole indicaciones de las medidas preventivas que debían de tomar tanto en los cuidados del paciente como de su familia” (E10).

2.-Educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19. De esta categoría florecieron tres subcategorías:

Subcategoría 2.1. Cuidados del paciente y evolución neurológica

El SARS-CoV-2, no solo afecto al sistema respiratorio, existen estudios que demuestran que hay cierta atracción de este hacia el sistema nervioso central. La mayoría de casos las manifestaciones clínicas que afectaron al sistema nervioso central periférico y musco esquelético ocasionando síntomas que van desde una simple cefalea a una encefalitis que compromete más el estado de salud del paciente, es de suma importancia identificar a tiempo el compromiso neurológico utilizando escalas de valoración y funcionamiento midiendo de forma confiable su gravedad, empeoramiento o mejoría del déficit de funciones, mejorando la calidad de la salud del paciente refieren Gallardo, Godoy y Gallardo (2018).

“Porque estuvieron mucho tiempo sedados e hipotónicos, por la enfermedad que ahora no puede movilizar sus piernas, levantar sus brazos con la misma fuerza de antes, solo va a ser cuestión de terapia va a volver a realizar sus movimientos” (E2).

"Si repercute si no se prepara al paciente y los familiares que identifiquen los principales signos de alarma y se pueda, si hubo pacientes que salieron con momentos de delirio, lapsus entonces ellos entendían solo por momentos y no captaban bien las indicaciones[...]" (E3).

[...] se evalúa como va reaccionando, como se va adaptando al ambiente, si esta sedado como va respondiendo ante la sedación y como va despertando desde ahí se parte para la valoración y para el manejo del paciente y su movilidad, su respuesta ante la voz, como va adaptándose al tratamiento [...]" (E5).

Subcategoría 2.2. Seguimiento médico y medicación de los pacientes pre alta post COVID-19

Di Caudo et al, (2022) sustentan que en el COVID-19, se lograron realizar muchos procedimientos y actividades que favorecieran a la supervivencia de los pacientes críticos ingresados; tales como ventilación mecánica, administración de medicamentos, cambio de posiciones para mejorar la entrada de aire, monitorización de signos vitales, etc. La realización de estas actividades en un paciente crítico conlleva a disfunciones a nivel respiratorio, neurológico y cognitivo muchos de ellos reversibles luego de meses de terapias rehabilitadoras y medidas generales directas que el personal enfermero debe dar a la familia para que sigan al pie de la letra y evitar que el paciente recaiga.

Los participantes revelaron su experiencia ante el seguimiento y medicación referente a la prealta hospitalaria en UCI luego del coronavirus.

"Otros pacientes necesitaban tres médicos básicos respiratorio, físico y psicológico, y los que estaban para entubar también se les realizaba terapia mientras estaban sedados" (E2).

"Bueno, dentro de los saberes principales que manejamos la mayoría antes de que el paciente tuviera el alta es netamente la terapia respiratoria, los medicamentos, como broncodilatadores para abrir las vías respiratorias[...]" (E3).

"Si nosotros no hemos dado todas las pautas necesarias, pueda que haya una mala manipulación de medicamentos en casa, que no se tome las dosis, hora correcta entonces se podría decir que habría consecuencias o secuelas mal organizadas del paciente" (E6).

[...] Se fomentó la participación del paciente para que el mismo pueda colaborar, porque hay pacientes que se vuelven dependientes de medicamentos, ventilación mecánica y necesitan

respirar por ellos solos y toca motivarlos y apoyarlos, para que lo hagan para tener un pronto recuperación” (E6).

[...]Cuando el paciente pasaba a una etapa estable ya pasaba la etapa crítica en el área de Cuidado Intensivos se hacía lo que era el traslado a medicina interna para que complete su recuperación, valoración y seguimiento por terapia física o terapia respiratoria si era el caso y posteriormente su alta a su domicilio” (E7).

"Lo principal era la vía respiratoria, llegaba con falta de necesidad de oxígeno entonces para nosotros lo más importante era satisfacer esa necesidad fue muy triste y complicado pues no lo recibíamos si no teníamos la máquina." (E9).

“Como profesionales de la salud nos tocó adaptarnos a este evento de gran magnitud, hubo que prepararse día a día ya que no teníamos un algoritmo de cómo actuar con este tipo de pacientes, con el tiempo logramos adquirir habilidades donde logramos dar mejor atención a los pacientes ingresados por COVID-19” (E10).

Subcategoría 2.3. Educación y manejo sobre las secuelas a largo plazo

La infección causada por el coronavirus, ocasiono mucho daño hasta después del alta médica, incluidos los pacientes que presentaron síntomas leves, existen estudios que demuestran que esta enfermedad ocasiono efectos resistentes o secuelas que podrían ser irreversibles como las afectaciones a diferentes órganos del cuerpo y también secuelas reversibles como las respiratorias, neurológicas y musculares que perduran de 45 a 60 días después del alta, con seguimiento médico y rehabilitación oportuna para que el paciente logre incorporarse a su vida de antes aportan Zambrano, Farfán y Briones (2022).

[...]Se debe educar sobre todo al familiar, porque los pacientes que estuvieron mucho tiempo sedado pierden tono muscular, incluso la comunicación ya que el tubo endotraqueal afecto la glotis y los más graves pasan a terapia respiratoria y terapia física. [...] (E2).

[...] En pacientes ventilados se quitaba la ventilación, pero si había bastantes secuelas por la pseudoanalgesia, ellos en realidad si necesitaban terapia psicológica y apoyo emocional” (E3).

3.- Orientación y evaluación del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. Esta categoría nació de la tercera pregunta norteadora en la investigación. En este sentido se percibe los siguientes relatos de los siguientes interlocutores:

[...] El uso de los ventilatorios híbridos que afectan la comunicación y sobre todo el cuidado o el control estricto de la hemodinámica del paciente para que no tenga ninguna falla a corto, mediano o largo plazo” (E1).

“Valorar el estado de orientación del paciente, asegurarnos que no esté cursando por una etapa de delirium debido al estado de analgesia, orientándoles con un lenguaje claro porque ya están despiertos, están prácticamente orientados[...] (E1).

[...] No hubo participación de psicología, ya que fue muy traumático para muchos., no todos los pacientes estaban sedados y no tenían cerca un familiar” (E2).

“Se manejaban en general secreciones abundantes, sobre todo al momento de despertar. En ellos se trataba de mantener los días que eran de ventilación completamente sedados a alto flujo de vaso activo de pseudoanalgesia si tenían un despertar bastante brusco, tratábamos de entablar una relación, una conversación para valorar la escala de Glasgow para ver si había delirio”(E3).

“Cada paciente que los médicos los valoraban para tener el alta recibían terapia física y respiratoria realmente eso realizaba medicina interna, que nosotros aquí cuando han salido pacientes medios somnolientos no hay mucho por educarles al contrario de los que se encuentran en una escala de Glasgow de 15/15” (E4).

Los pacientes contagiados que necesitaron de las áreas críticas fueron quienes presentaron falta de oxígeno siendo este un riesgo de mortalidad, utilizando en ellos protocolos y guías de manejo clínico que se vinieron dando a medida que se iba conociendo, aprendiendo constantemente el equipo de salud sobre la enfermedad, consiguiendo así un mejor tratamiento y evolución que beneficie al paciente. Luego de tratar la causa del ingreso, los usuarios post alta egresan con la información necesaria para evitar un reingreso del mismo a sala de medicina interna donde se vuelve a educar para el alta de la institución de salud, coinciden Vásquez, Riofrio y Álvarez (2022).

4.-Experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos en el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19. Esta categoría está en correspondencia con la cuarta pregunta norteadora, de las cuales emergieron 4 subcategorías, siendo las siguientes:

Subcategoría 4.1. Miedo, ansiedad, angustia e impotencia del paciente con COVID-19 y profesional enfermero ante el entorno de Unidades de cuidados intensivos

Para Roldan (2021) el tiempo que se vivió la pandemia del COVID-19 enseñó a trabajar en equipo sin categorías, sea de quien sea la competencia, con un solo objetivo sacar adelante al paciente crítico de esta nueva enfermedad, las experiencias vividas van más allá del mal funcionamiento fisiológico, encontramos dimensiones más extensas como sociales, ideológicas y traumáticas, donde el trabajar con los elementos más importantes que son la tecnología, el calor humano e información oportuna nos beneficiaba a todos para poder sobrellevar la enfermedad de la mejor manera.

[...]Hay pacientes que por más que están despiertos y conscientes empezaron a tener mucha ansiedad y su preocupación que ya no van a volver a caminar, pero con los ejercicios del terapeuta se explica que poco a poco va a tener su movilidad de antes” (E2).

[...]Al inicio todos estábamos confusos teníamos que de donde sea sacar ese valor y seguir porque nosotros somos el personal que cuida del paciente y debemos olvidarnos del mío o que puede pasarle al paciente solo trabajar para mantenerlo con vida, por eso somos enfermeras[...] (E4).

“Mi experiencia fue inexplicable porque no estaba seguro y tenía en lo personal miedo porque era una enfermedad muy contagiosa, teníamos que estar con la vestimenta adecuada, el no poder respirar si se complicaba un poco para hacer los procedimientos[...] (E5).

“Nunca jamás en la vida se había trabajado con tanto miedo porque todos los días teníamos que enfrentarnos prácticamente a la muerte” (E8).

[...] Lo principal es la vía respiratoria y ahora sí el paciente estaba contagiado por el COVID-19, llegaba con necesidad de oxígeno, para nosotros lo más importante era satisfacer esa necesidad, pero fue muy triste y complicado pues no lo recibíamos si no teníamos la máquina (E9).

Subcategoría 4.2. Actualización y capacitación del profesional enfermero

Los conocimientos implementados en la trayectoria del COVID-19, en su mayoría fueron empíricos, a base de pruebas de experimentación vividas en los procesos que ya antes los realizaba, pero en el momento de la novedad tuvieron que adaptarse a las actualizaciones fugaces y los desafíos de cómo enfrentar las necesidades de cada paciente si vivían con el miedo de contagiarse a más de eso los innumerables casos de pacientes por atender. Convirtiendo al personal enfermero como desde tiempos antiguos en protagonistas de tiempos de crisis, quien está dispuesto a todo en los cuidados e innovación que merma el sufrimiento de las personas enfermas (Loza, 2022).

"Este tipo de pacientes en su estancia hospitalaria en el área crítica, en atender de manera integral, la hemodinámica del paciente, el estado ventilatorio, el análisis de la radiografía y así dejar de ser mecánicos como personal de enfermería, el conocimiento teórico y práctico es la experiencia que nos dejó la pandemia" (E1).

[...] Las capacitaciones que se tuvo más que todo fueron practicas por zoom por el uso de ventiladores porque no sabíamos manejarlas muy bien" (E4).

[...] Capacitaciones como tal no se recibió más bien aquí como equipo de UCI estuvimos ahí con los médicos aprendiendo, investigando por nuestra cuenta" (E5).

"En este testimonio se resalta la constante necesidad de aprender y actualizarse como profesional enfermero. Se menciona que cada día se aprenden cosas nuevas y se enfatiza la importancia de seguir capacitándose" (E6).

"Bueno, yo creo básicamente sería conocer el manejo de nuevos medicamentos, manejo de protocolos, insumos y cómo manejar el monitor del equipo de ventilación en pacientes entubados" (E7).

Subcategoría 4.3. Desafíos de la educación durante la pandemia

“El testimonio menciona la dificultad de educar a los pacientes y a sus cuidadores debido al aislamiento y al desconocimiento inicial de la enfermedad. También se destaca la comunicación telefónica como una forma de educación a distancia” (E1).

“Simplemente se desato la pandemia, y nos dijeron que debemos utilizar protección como un aviso de emergencia, pero en realidad ninguno de nosotros sabia en si lo que tenía que hacer, y el conocimiento lo fuimos adquiriendo a medida de la evolución de cada enfermero incluso hubo tiempo donde se utilizaba medicación que no tenía nada que ver para la enfermedad” (E2).

Durante la pandemia, la educación se ha enfrentado a una variedad de desafíos que han exigido a docentes, estudiantes y la comunidad educativa en general adaptarse y ser creativos de manera nunca antes vista. La superación de estos obstáculos ha resultado esencial para garantizar una educación de calidad en circunstancias difíciles.

Subcategoría 4.4. Adaptación a nuevas técnicas y procedimientos

“La puesta en práctica de técnicas como la pronación y supino en pacientes obesos y con sobrepeso, la necesidad de aprender y adaptarse a nuevos procedimientos relacionados [...] se llegó a utilizar el CPAC que es algo artesano que fue construido por ellos mismos (E4).

La crisis sanitaria indujo la necesidad de adaptarse a técnicas y procedimientos en una escala global, ya que ha cambiado radicalmente la forma en que trabajamos, aprendemos y nos relacionamos, como la telemedicina.

5.- Repercusiones de la no preparación del paciente tras recibir el alta post COVID-19. La siguiente subcategoría temática se hizo presente de la quinta pregunta norteadora. En estos discursos son relevantes lo relatos subsecuentes:

Subcategoría 5.1. Falta de seguimiento de las indicaciones médicas

“Si los pacientes no siguen las indicaciones sugeridas por el medico lo que podría pasar es que se vuelvan a contagiarse y el riesgo de que esta vez pueda perder su vida es grande de aquí solo depende del paciente que siga las indicaciones dadas por el médico” (E4).

“Son las complicaciones que el paciente pueda tener y que no se dé cuenta y que conlleve a un proceso grave, recaída o fallecimiento, por eso se enfatiza en ellos hablar del tratamiento lo más simple posible” (E7).

Romero (2021) con la llegada de la infección se pudo observar el impacto de dolor e incertidumbre que se iba a vivir y las repercusiones que se presentarían a medida que la enfermedad avanzara en todos los rincones del mundo. El desconocimiento de cómo enfrentarla y las investigaciones que llegaban de manera tardía desfavoreció y no se lograba salir de la crisis, pero poco a poco con las autocapacitaciones continuas se terminó aprendiendo en trabajo conjunto con la tecnología que nos ayudó con los diferentes métodos de tratamiento, la educación oportuna y la vacuna para no reingresar a UCI.

Subcategoría 5.2. Riesgo de reingreso a la unidad de cuidados intensivos

"Al no recibir las terapias, va a ser un paciente que va a retornar a la unidad, incluso más por su sistema inmune, si él no se prepara después de salir aquí, él no sigue las indicaciones el retorna por otro tipo de enfermedades, como tuberculosis. Con la afección que queda en sus pulmones"(E2).

"Si existieron pacientes que volvieron a reingresar una porque no guardaron todas las indicaciones que se les dio, entonces nos dimos cuenta que hubo poco interés del paciente en mostrar cuidados, no se alimentaban bien, estaban en contacto con familiares que también estaban contagiados y volvían a recaer"(E8).

Subcategoría 5.3. Impacto en la salud mental y emocional

El estado de equilibrio entre las personas y el entorno socio-cultural se vio afectado en la comunidad y los profesionales que atendieron la crisis mundial y estuvieron frente al virus, con niveles extremos de estrés y preocupación por el proceso de la enfermedad y el distanciamiento social que se vivió para evitar contagiarse, incrementando los trastornos mentales que talvez ya existían en ciertas personas (Caballero y Campo, 2020).

[...]La falta de preparación y apoyo adecuado después del alta, ocasionaría problemas mentales por el proceso viral que fueron afectados. Es fundamental proporcionarles recursos y atención psicológica para ayudarles a hacer frente a estos desafíos” (E3).

Subcategoría 5.4. Cuidados insuficientes y falta de conocimiento

[...]Al inicio fue muy difícil porque era nueva la enfermedad, no teníamos conocimiento como empezar desde el tratamiento que antibióticos o qué medicación es la correcta para poder utilizar en este tipo de pacientes e igual que las máquinas en este caso a utilizar[...] (E4).

6. CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería entrevistados en este estudio, reflejaron escasez en información y conocimientos sobre los cuidados y necesidades de los pacientes en la etapa pre alta post coronavirus en terapia intensiva en un Hospital público del Ecuador. Existieron varios factores que contribuyeron a este déficit tales como: novedad del virus, rápida evolución de la información, falta de recursos y formación insuficiente.

Haber vivido la pandemia, fue un evento sin precedentes de impacto, donde el personal sanitario estuvo al frente en todo momento, brindando cuidados directos a los pacientes afectados, durante este tiempo se enfrentaron a una serie de desafíos como: carga de trabajo abrumadora, escasez de recursos, riesgo personal, carga emocional, adaptación rápida y fatiga y agotamiento.

A pesar de estos desafíos, el personal de enfermería demostró una dedicación y profesionalismo excepcionales al brindar atención a los pacientes y salvar vidas. Su trabajo incansable y sacrificio merece un profundo reconocimiento y agradecimiento.

La primera categoría implica un conjunto de saberes específicos que el personal debe tener como: comprensión profunda de la anatomía, fisiología, farmacología y otras áreas médicas relevantes, habilidad de planificar y coordinar la transición exitosa de un paciente desde el entorno hospitalario hasta su hogar, puede incluir la preparación de la medicación, la educación del paciente sobre el manejo continuo de su condición y la coordinación de servicios posteriores a la hospitalización.

Formación y competencia en la implementación de medidas para prevenir la propagación de la infección en el entorno hospitalario, esto es crucial para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como del personal de salud. Tener competencias interpersonales sólidas y la capacidad de utilizar tecnología médica avanzada es esencial en esta área. Los enfermeros no solo brindan atención médica, sino que también desempeñan un papel fundamental en el apoyo emocional de los pacientes y sus familias. La comunicación efectiva y la empatía son habilidades cruciales en este aspecto.

Tener la capacidad de trabajar de manera efectiva en equipos multidisciplinarios. Tratar a los pacientes con dignidad, respeto y compasión, y tomar decisiones basadas en consideraciones éticas, enfoque humanizado considerar al paciente como un individuo completo

y no solo como una condición médica. Los enfermeros a menudo están involucrados en la coordinación de diferentes aspectos del cuidado del paciente, asegurando que se cumplan todas las necesidades médicas y emocionales.

La segunda categoría se centra en los cuidados del paciente y en cómo se desarrolla su estado neurológico a lo largo del tiempo y abarca varios aspectos importantes para el manejo adecuado de pacientes con afecciones neurológicas. Programar y asistir a consultas médicas regulares con especialistas neurológicos, el seguimiento médico permite evaluar la evolución del paciente, ajustar tratamientos según sea necesario y abordar cualquier problema nuevo o existente. Proporcionar información al paciente y a sus familiares sobre su afección neurológica, su pronóstico y el plan de tratamiento, una comprensión clara de la patología puede empoderar al paciente para tomar decisiones informadas sobre su cuidado.

Muchas afecciones neurológicas pueden dejar secuelas que persisten incluso después de que la enfermedad inicial haya sido tratada o controlada, el manejo de estas secuelas puede incluir terapias físicas, ocupacionales y del habla, así como estrategias que ayuden a mejorar la vida. En aquellos pacientes que han experimentado daño neurológico, la rehabilitación es esencial para maximizar su capacidad funcional. Esto puede implicar terapias específicas para mejorar la movilidad, la coordinación, la fuerza muscular y otras habilidades afectadas. Las afecciones neurológicas a largo plazo pueden tener un impacto significativo en la salud mental y emocional del paciente.

Ofrecer apoyo psicológico y emocional, tanto al paciente como a sus familiares, puede ayudar a enfrentar los desafíos emocionales que puedan surgir. Dependiendo de la afección neurológica, es posible que se requieran ajustes en su vivir. Podría incluir cambios en su alimentación y quehaceres diarios para optimizar la salud y el bienestar en general.

La tercera categoría que mencionas está relacionada con la orientación y evaluación de pacientes antes del alta hospitalaria después de haber sufrido COVID-19. Este proceso es crucial para asegurar una transición segura del entorno hospitalario al hogar y para identificar cualquier complicación potencial o necesidad de seguimiento a largo plazo. Dado que cada paciente es único y puede experimentar efectos variados de la infección por COVID-19, es esencial adoptar un enfoque personalizado para abordar sus necesidades de atención médica, puntos claves antes del alta, es importante realizar una evaluación exhaustiva de la condición de salud del paciente. Esto puede incluir pruebas de laboratorio, estudios de imagen y evaluación clínica para

comprender completamente el impacto del COVID-19 en el paciente y detectar cualquier complicación emergente.

Algunos pacientes pueden experimentar complicaciones después de haber superado la fase aguda de la enfermedad, estas complicaciones pueden incluir problemas respiratorios persistentes, fatiga crónica, problemas cardíacos, entre otros, es vital para abordarlas de manera oportuna. Cada paciente puede requerir un plan de seguimiento individualizado para monitorear su recuperación y abordar cualquier problema a largo plazo. Esto podría incluir consultas médicas regulares, pruebas de seguimiento y terapias específicas para manejar las secuelas de la infección. Proporcionar información clara y comprensible al paciente y a sus familiares sobre los cuidados posteriores al COVID-19 es esencial. Esto incluye instrucciones sobre la medicación, signos de advertencia de complicaciones y medidas de autocuidado.

En la cuarta categoría se describe una categoría relacionada con la experiencia del profesional enfermero, abarca varios aspectos: El profesional enfermero en la UCI puede experimentar una variedad de emociones mientras trabaja con pacientes post COVID-19. El miedo, la ansiedad, la angustia y la impotencia son respuestas comunes, ya que la enfermedad puede ser impredecible y grave. Dado que la COVID-19 es una enfermedad nueva y en constante evolución, los profesionales enfermeros en la UCI deben mantenerse actualizados con las últimas investigaciones, pautas y procedimientos para brindar la mejor atención posible, la capacitación constante es esencial para adaptarse a los cambios en la comprensión de la enfermedad y en los protocolos de tratamiento.

La educación en entornos de pandemia puede ser complicada debido a las restricciones de contacto y la necesidad de mantener la distancia física, los profesionales enfermeros pueden enfrentar desafíos para brindar educación efectiva en estas circunstancias. Se requirió la adopción de nuevas técnicas y procedimientos. Los profesionales enfermeros deben adaptarse rápidamente a estos cambios y asegurarse de que están brindando una atención de alta calidad y segura.

En la quinta categoría muestra, la falta de preparación adecuada del paciente tras recibir el alta, puede tener varias repercusiones negativas en diferentes aspectos por el bienestar de los enfermos tales como: aún pueden experimentar complicaciones y efectos residuales, la falta de seguimiento de las indicaciones médicas y la falta de cuidados adecuados podrían aumentar el riesgo de recaídas graves, lo que podría requerir hospitalización y reingreso a la UCI. La experiencia de la COVID-19 puede ser traumática tanto física como emocionalmente. Los

pacientes pueden experimentar ansiedad, depresión, estrés postraumático y otros problemas de salud mental como resultado de la enfermedad y su tratamiento.

La falta de apoyo y seguimiento adecuado puede empeorar estos problemas y dificultar la recuperación emocional. Muchos pacientes pueden necesitar cuidados continuos y seguimiento médico, incluir rehabilitación física, terapia respiratoria y otras intervenciones para abordar los efectos persistentes de la enfermedad. La falta de conocimiento sobre cómo manejar estos aspectos podría retrasar la recuperación y limitar actividades. La falta de comprensión sobre las medidas de prevención y la necesidad de aislamiento en el período posterior a la recuperación podría aumentar el riesgo de propagación continua del virus, ya que los pacientes podrían no estar tomando las precauciones adecuadas para evitar infectar a otros.

7. RECOMENDACIONES

La crisis sanitaria del 2019, resaltó fortalecer los sistemas de salud, brindar un mayor apoyo y reconocimiento al personal de enfermería, y estar mejor preparados para enfrentar crisis de salud pública en un futuro. Estas lecciones deberían guiar los esfuerzos futuros para garantizar una atención médica más sólida y resiliente.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. G. J., Frómeta, E. R., Cevallos, A. D., & Cevallos, E. C. (2021). Recuperación de la funcionalidad y tono muscular en pacientes adultos post Covid19. *MIKARIMIN Revista Multidisciplinaria*, 7(1), 9-14.
- Arias, F. G. (2019). Breve glosario de la investigación cualitativa y Teoría Fundamentada. Academia Accelerating the world's research.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Novales, M. G. M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206 [Archivo PDF]. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Bermúdez, Z. V., & Coto, R. F. (2011). Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Enfermería Actual en Costa Rica*, (21), 1-20[Archivo PDF] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821176005>.
- Boix, V., & Merino, E. (2022). Post-COVID syndrome. The never-ending challenge. Síndrome post-COVID. El desafío continúa. *Medicina clinica*, 158(4), 178–180 [Archivo PDF] <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.10.002>
- Budinich, M., & Sastre, J. (2020). Planificación del alta. *Revista médica clínica las condes*, 31(1), 76-84. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-planificacion-del-alta-S0716864019301129>
- Bravo, X. R., & Osorio, B. (2017). Criterios de calidad y rigor en la metodología cualitativa. *Gac Pedagog*, 36, 62-74.
- Caballero-Domínguez, C. C., & Campo-Arias, A. (2020). Problemas de salud mental en la Sociedad: un acercamiento desde el impacto del COVID 19 y de la cuarentena. *Duazary*, 17(3), 1-3. [Archivo PDF]
- Cadena, M. N. O., & Aguirre, E. M. P. (2021). Enfermería y el cuidado en tiempos de crisis. *Boletín Informativo CEI*, 8(3), 133-137. <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2872>
- Collado García, José Carlos, Algarra López, Stella, & Amezcua, Manuel. (2020). El conocimiento enfermero ante la pandemia de Covid-19: manifestaciones de una disciplina aplicada en salud. *Index de Enfermería*, 29(4), 268-273. Epub 01 de noviembre de 2021. Recuperado en 20 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300018&lng=es&tlng=es

- Contreras, B. N. M., & Sierra, J. J. P. (2020). Reflexiones del cuidado enfermero en tiempos de COVID-19. *Enfermería Investiga*, 5(3), 71-78
- Corachan, F. (2020). La importancia de la enfermera en época de COVID-19. https://www.researchgate.net/publication/354943182_REFLEXIONES_DEL_CUIDADO_ENFERMERO_EN_TIEMPOS_DE_COVID-19
- De Freitas, J. S., de Camargo, B., Minamisava, R., Queiroz, A. L., & De Sousa, M. R. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*.
- Di Caudo, C. G., García, M. R., Fernández-Rodríguez, I., Gómez-Jurado, G., Garrido, M. R., & Membrilla-Mesa, M. (2022). Tratamiento rehabilitador de la infección por COVID: caracterización y seguimiento de pacientes hospitalizados en Granada, España. *Rehabilitación*, 56(4), 328-336.
- Donoso Noroña, R. F., Gómez Martínez, N., & Rodríguez Plasencia, A. (2021). Los cuidados de enfermería en pacientes con covid-19. Una evolución progresiva en el manejo del enfermo. Necesidad de capacitación continua. *Conrado*, 17(83), 274-280.
- Do Prado, M., De Souza, M., Monticelli, M., Cometto, M., Gómez, P. y Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013). Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington DC. Serie Paltex Salud y Sociedad. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
- Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*, 24(1), 39-46.
- Escudero, X., Guarner, J., Galindo-Fraga, A., Escudero-Salamanca, M., Alcocer-Gamba, M. A., & Río, C. D. (2020). La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para-México. *Archivos de cardiología de México*, 90, 7-14.
- Espriella, Ricardo de la, & Restrepo, Carlos Gómez. (2020). Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(2), 127-133. Epub June 18, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
- Flick, U. (2015). *El Diseño de Investigación Cualitativa* (12va ed.). Ediciones Morata S. L. <https://dpp2017blog.files.wordpress.com/2017/08/disec3b1o-de-la-investigac3b3n-cualitativa.pdf>
- Ferrando, C., Mellado-Artigas, R., Gea, A., Arruti, E., Aldecoa, C., Bordell, A., ... & de la Red de UCI, E. (2020). Características, evolución clínica y factores asociados a la mortalidad en UCI de los pacientes críticos infectados por SARS-CoV-2 en España: estudio

- prospectivo, de cohorte y multicéntrico. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 67(8), 425-437 <https://doi.org/10.1016/j.redar.2020.07.003>
- Galicia-Aguilar RM, Herrera-Rodríguez J, Maldonado Cervantes KA, Pedraza Valdez AL, Cristales Sánchez DA. Efecto de un programa educativo: e-continuidad de cuidados domiciliarios a pacientes con COVID-19. *RIDEC 2022*; 15(Supl. 1):33-9
- Gallardo, A. S., Godoy, F. J. C., & Gallardo, A. S. (2018). Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: Valoración neurológica. *Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital*, 2(1), 229-233.
- García Soto, R. (2018). Las explicaciones antropológicas emic/etic para comprender la confrontación en investigación y escuela en el tratamiento de la diversidad cultural (segregación versus integración).
- Gil, B. A. (2022). Inconsciente y fenomenología en Husserl. *Eikasía Revista de Filosofía*, (110), 69-111.
- González Carrazana, Y. A., & Del Arco Riera, D. M. (2022). Fisioterapia respiratoria en pacientes post Covid-19. *Multimed*, 26(2)
- Gumarang Jr, B. K., Mallannao, R. C. y Gumarang, B. K. (2021). Métodos de Colaizzi en fenomenología descriptiva: base de un investigador novato filipino. *Revista internacional de investigación multidisciplinaria: negocios aplicados y educación*, 2 (10), 928-933.
- Guerrero-Castañeda, R. F., Menezes, T. M. D. O., & Ojeda-Vargas, M. (2019). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Revista Gaúcha de enfermagem*, 38.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2020). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill.
- <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- Lahite-Savón, Y., Céspedes-Pereña, V., & Maslen-Bonnane, M. (2020). El desempeño del personal de Enfermería durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Información Científica*, 99(5), 494-502.
- Lamprea, A. X. O., Figueroa, L. A., Grande, J. A. A., & León, Y. I. T. (2021). Contribuciones significativas de la fenomenología de Edmund Husserl, Martin Heidegger y Hans-Georg Gadamer a la investigación en enfermería. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 8(2), 85-94.

- León Román, Carlos Agustín. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(3) Recuperado en 20 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000300007&Ing=es&tIng=es.
- Lilia, C. F. A. (2015). Población y muestra.
- Loyola da Silva, T. C., de Medeiros Pinheiro Fernandes, Á. K., Brito do O'Silva, C., de Mesquita Xavier, S. S., & Bezerra de Macedo, E. A. (2021). El impacto de la pandemia en el rol de la enfermería: una revisión narrativa de la literatura. *Enfermería Global*, 20(63), 502-543.
- Loza, M. S. M. (2022). Rol del enfermero y enfermera durante la pandemia: desafíos, oportunidades y lecciones aprendidas. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 2(1), 244-247.
- Luxora Steffania, G. C., & Gloria Mabel, C. G. (2018, June). Validación de Material Educativo para el Egreso Hospitalario de Pacientes con Enfermedad Crónica. In XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería.
- Maguiña Vargas, Ciro, Gastelo Acosta, Rosy, & Tequen Bernilla, Arly. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125-131. <https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>.
- Mahbbob, K., Zambrano, J. E. C., & Bazurto, A. G. A. (2020). UCI, protocolos efectivos en tiempos de COVID-19. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 4(4), 346-354.
- Martínez, L. A., Hernández, M. F., & Álvarez, Y. A. (2022). El objeto y el sujeto en la investigación científica. *MediSur*, 20(1), 166-168.
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciencia & saúde coletiva*, 17, 613-619.
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564.
- Minayo, M. C. D. S. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. In *La artesanía de la investigación cualitativa* (pp. 334-334)
- Ministerio de Salud Pública. Atención de enfermería a pacientes adultos con COVID-19 sin complicaciones respiratorias. Protocolo. Quito: Dirección Nacional de Normatización. MSP 2020. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Manual. Primera edición; 2016. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios

- de Salud – MSP. Quito 2016. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
<https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19/condicion-post-covid-19>
- Morfi Samper, Rosa. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería, 26(1), 1-2. Recuperado en 10 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100001&lng=es&tlng=es.
- ONU Y OMS. (2023) Documento conceptual: Respuesta a la COVID-19. <https://www.un.org/es/coronavirus>
- Orozco, H. G. H., Mendoza, M. S. R., & González, R. T. (2020). ¿Cuáles son las medidas de prevención contra el Novel Coronavirus (COVID-19)? Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica, 33(1), 4-6.
- OPS. (2019) Documento conceptual: Coronavirus. <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus>
- ONU. (2020) Documento conceptual: Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2015. <https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-organizacion-panamericana-salud-2014-2019>
- Piedra, J. S., Hernández, E. I. R., Cuellar, C. T., & López, A. L. G. (2020). Protocolo de rehabilitación integral para pacientes post-COVID-19. Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación, 12(3).
- Piedra, J. A. M., & Manqueros, J. M. C. (2021). El muestreo y su relación con el diseño metodológico de la investigación. MANUAL DE TEMAS NODALES DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA. UN ABORDAJE DIDÁCTICO., 81.
- Pineda Rosero, D. K., Abril Mera, T. M., Guzmán Menéndez, G. B., & Morán Luna, L. E. (2021). Impacto del covid-19 en la capacidad funcional respiratoria y calidad de Vida de los pacientes post alta hospitalaria. Centro Sur. Recuperado de: <https://www.centrosureditorial.com/index.php/revista/article/view/140>
- Prada Muñoz, J. L., & Sutta Serrano, V. E. (2021). Factores predictores del ingreso a la UCI Covid-19 en dos hospitales públicos del Cusco en junio 2020 abril 2021.
- Rodríguez, E. M., Gimeno, F. P., Angulo, A. E., Samper, J. A., Ruiz, C. S., & Alarcón, M. D. L. (2022). Síndromes posts cuidados intensivos en COVID-19. Estudio piloto unicéntrico. Medicina Clínica, 159(7), 321-326.
- Roldán, J. M. L. R. (2021). Experiencia COVID por una enfermera de UCI. COVID-19, 391.

- Romero, I. C. (2021). Importancia de la investigación durante la pandemia de COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 1-2.
- Raso, M. E. R., & Hernández-Corral, S. (2013). Breves aspectos de la enfermería según Florence Nightingale. *Revista de Enfermería Neurológica*, 12(1), 45-47.
- Secretaría Nacional de Planificación. (2021). Plan de creación de oportunidades 2021-2025. [http://www.competencias.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/Guia-Plan-de Oportunidades 2021-2025-CNC-.pdf](http://www.competencias.gob.ec/wp-content/uploads/2021/12/Guia-Plan-de_Oportunidades_2021-2025-CNC-.pdf)
- Vásquez Álvarez, J. F., Riofrio Guevara, O. M., & Álvarez Martínez, P. C. (2022). Manejo clínico de pacientes COVID en la unidad de cuidados intensivos. *RECIAMUC*, 6(2), 133-142. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.133-142](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.133-142)
- Verhonick, P. (1991). de Estudios Descriptivos en Enfermería. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1269/42243.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Viorato Romero, N. S., & Reyes García, V. (2019). La ética en la investigación cualitativa. *Revista CuidArte*, 8(16).
- Waldow, V. R. (2023). Philosophy as a contribution for the construction of knowledge in Nursing. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 43, e20220299.
- Wilches-Luna, E. C. (2020). Reflexiones sobre el Síndrome de Cuidados Post-Intensivos en los pacientes que sobreviven al COVID-19 y el papel de los fisioterapeutas. *Salutem Scientia*.
- Yáñez Flores, K., Rivas Riveros, E., & Campillay, M. (2021). Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10 (1), 3-17.
- Zambrano Anzulez, D. A., Farfán Vélez, L. C., & Briones Macías, C. E. (2022). Covid-19EE a largo plazo, consecuencias musculares, neurológicas y respiratorias. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(1), 4298-4311. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i1.180

9. ANEXOS

Anexo 1. Análisis: Perfil sociodemográfico y académico de los participantes

Tabla 1. Primera matriz de análisis: *perfil sociodemográfico y académico de los participantes del estudio*

Seudónimo	Edad	Género	Lugar donde labora	Nivel de Educación (Lcda/Master/Especialista)	Tiempo de labor en UCI (años)	Capacitación continua
E1	29	M	UCI	Especialista en enfermería en cuidados críticos.	3	Si
E2	33	F	UCI	Magister en Gestión del cuidado con mención en U.C.I y Emergencia.	5	Si
E3	30	F	UCI	Licenciada en enfermería.	2	Si
E4	36	F	UCI	Licenciada en enfermería.	5	Si
E5	28	F	UCI	Magister en Gestión del cuidado con mención en U.C.I y Emergencia.	3	Si
E6	26	M	UCI	Licenciado en enfermería.	2	Si
E7	30	F	UCI	Especialista en salud ocupacional.	4	Si

E8	42	F	UCI	Licenciada en enfermería.	11	Si
E9	48	F	UCI	Licenciada en enfermería.	4	Si
E10	29	M	UCI	Licenciado en enfermería.	4	Si

Fuente: Guía de Entrevista a participantes, realizada por Jennifer Gabriela Pozo Jaramillo y Mayra Alejandra Quinaluiza Narváez. Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Sto Dgo

Anexo 2. Guía de entrevista semiestructurada

Instrumento de recolección de datos

“Proceso educativo pre alta paciente post COVID-19: saber del profesional enfermero en cuidados intensivos”

I. Introducción

Un cordial saludo gracias por estar presente y por la voluntad de estar en esta sesión, la misma tiene como finalidad de recolectar información acerca de la percepción del conocimiento prealta en pacientes post COVID-19, en profesionales de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Los datos proporcionados por usted, serán mantenidos en reserva. Agradeciéndoles de antemano su gentil colaboración

II. Datos generales

Se les informa a los participantes sobre la temática a tratar, a través de las siguientes preguntas:

- a). Nombres completos _____
 - b). Edad _____ años cumplidos.
 - c). Sexo F () M ()
 - d). Formación académica Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()
 - e). Años de experiencia: _____
 - f). Institución y área en la que labora: _____
- Cargo: _____ Años de labor: _____

III. Preguntas Norteadoras

a). ¿Cuáles son los saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos?

b). ¿Sabe usted como sería la educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19?

c). ¿Como orientarían de manera oportuna y puntual al paciente para poder evaluar su respuesta?

d). ¿Cuál es la experiencia del profesional enfermero en unidad de cuidados intensivos sobre el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19?

e). ¿De qué manera repercute la no preparación del paciente post COVID-19 una vez dada de alta?

Se les agradece el tiempo brindado en este encuentro, recordándoles que la información brindada es confidencial.

Muchas Gracias

Anexo 3. Consentimiento Informado

Al estar desarrollando el proyecto investigativo titulado: “Proceso educativo pre alta paciente post COVID-19: saber del profesional enfermero en cuidados intensivos”, después de haberseme explicado en que consiste el procedimiento a realizar el cual, proporciono mi autorización a los investigadores de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo para realizarme la entrevista misma que será grabada a través del sistema grabado de voz, asegurándome que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

A continuación, debe firmar su aceptación:

Nombres y Apellidos: _____

C.I: _____

Firma: _____

CI: del Investigador. _____

Firma del investigador. _____

Anexo 4. Análisis: Codificación a posteriori y significado

Tabla 2. Segunda matriz de análisis: *codificación a posteriori y significado*

Numero de Código	Color	Significado
C 1	TURQUESA	Conocimientos y habilidades del enfermero en cuidado de pacientes COVID-19 en Unidades de cuidados intensivos en etapa prealta.
C2	ROJO	La implicación del profesional de enfermería en la Unidades de Cuidados Intensivos en el proceso educativo del paciente antes del alta: un enfoque enriquecedor.
C3	MORADO	Repercusiones desfavorables para los pacientes de COVID-19 que no reciben una preparación adecuada antes del alta.
C4	AZUL	Capacitación personalizada prealta, considerando necesidades y habilidades del paciente.
C5	CELESTE	Seguimiento continuo de la respuesta del paciente post COVID-19 tras el alta, incluyendo orientación y evaluación.
C6	VERDE BAJO	Seguimiento médico, medicación y educación sobre secuelas a largo plazo en pacientes de COVID-19.
C7	NARANJA	Desafíos emocionales y profesionales en Unidades de Cuidados Intensivos por COVID-19: actualización, adaptación y educación.
C8	PLOMO	Impacto negativo del alta médica en la atención y bienestar del paciente post COVID-19.
C9	DURAZNO	Necesidades emocionales de los pacientes y sus seres queridos.
C10	LILA	Aplicación de principios éticos en la atención médica con un enfoque centrado en el paciente.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5. Categorías y Subcategorías definidas a posteriori

Tabla 3. Tercera matriz de análisis: categorías y subcategorías definidas a posteriori

Subcategorías	Categorías
<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento en planificación y coordinación del alta del paciente. -Medidas de prevención y bioseguridad. -Competencia en equipos y tecnología. -Apoyo emocional y comunicación con pacientes y familia e interdisciplinaria. - Cuidado ético y cuidado humanizado. - Saberes relacionados con la coordinación del cuidado. 	<p>Saberes construidos por el profesional enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la unidad de cuidados intensivos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> -Cuidados del paciente y evolución neurológica. -Seguimiento médico y medicación de los pacientes pre alta post COVID-19. -Educación y manejo sobre las secuelas a largo plazo. 	<p>Educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente post COVID-19</p>
	<p>-Orientación y evaluación del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos</p>

- Miedo, ansiedad, angustia e impotencia del paciente con COVID-19 y profesional enfermero ante el entorno de Unidad de cuidados intensivos.
 - Actualización y capacitación del profesional enfermero.
 - Desafíos de la educación durante la pandemia.
 - Adaptación a nuevas técnicas y procedimientos.
 - Falta de seguimiento de las indicaciones médicas.
 - Riesgo de reingreso a la unidad de cuidados intensivos.
 - Impacto en la salud mental y emocional.
 - Cuidados insuficientes y falta de conocimiento.
- Experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos en el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19
- Repercusiones de la no preparación del paciente tras recibir el alta post COVID-19.

Fuente: *Elaboración propia*

Anexo 6.

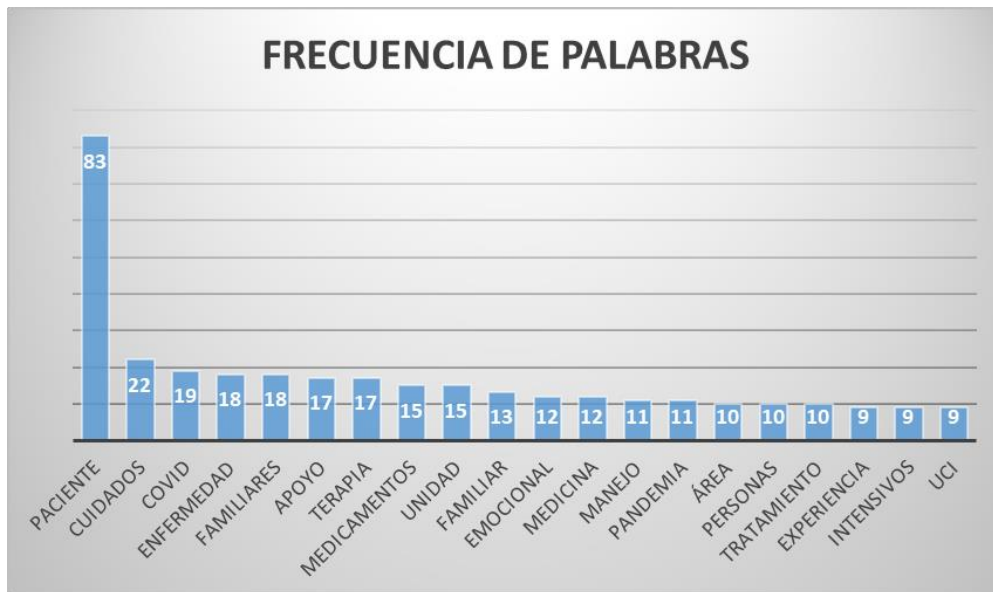


Figura 1. Periodicidad de palabras en los discursos. Atlas. Ti versión 2022

Anexo 7.



Figura 2. Frecuencia de palabras adaptada a nube. Atlas versión 2022

Anexo 8.

◆	CATEGORIAS
◆	SUBCATEGORIAS
◆	CODIGOS

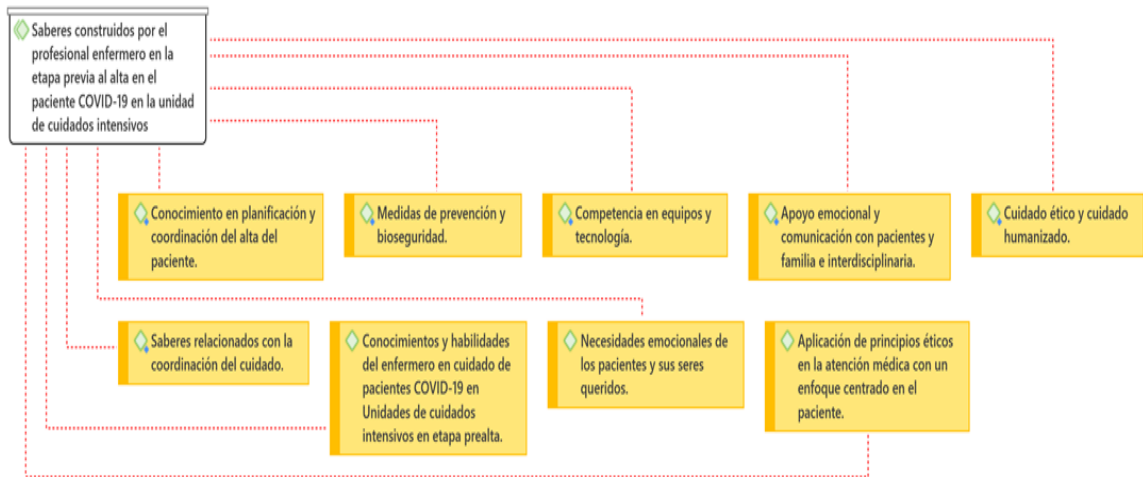


Figura 3. Categoría 1: saberes construidos por el personal enfermero en la etapa previa al alta en el paciente COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. Atlas ti versión 2022

Anexo 9.

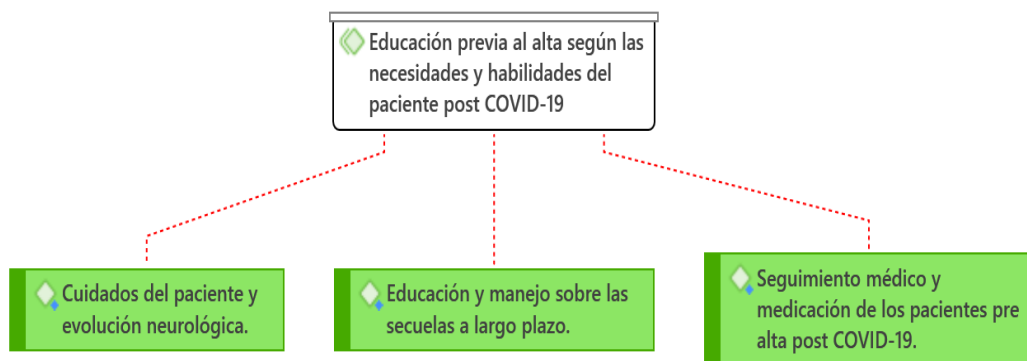


Figura 4. Categoría 2: educación previa al alta según las necesidades y habilidades del paciente COVID-19. Atlas ti versión 2022

Anexo 10.

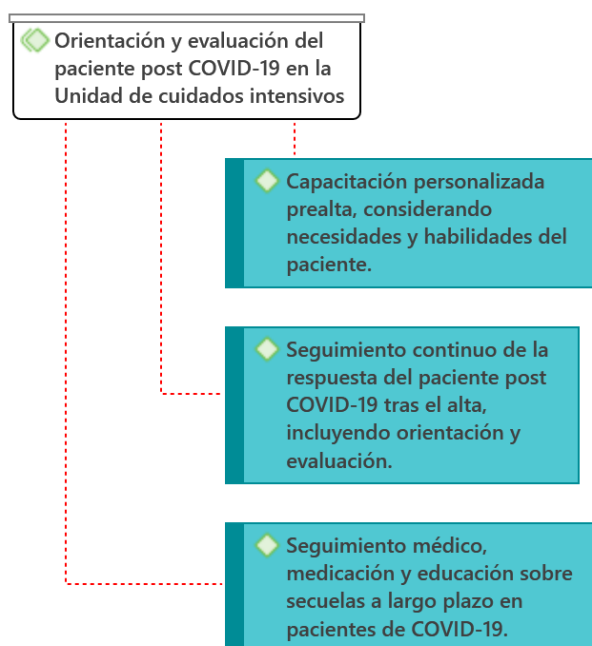


Figura 5. Categoría 3: orientación y evaluación del paciente post COVID-19 en la Unidad de cuidados intensivos. Atlas ti versión 2022

Anexo 11.

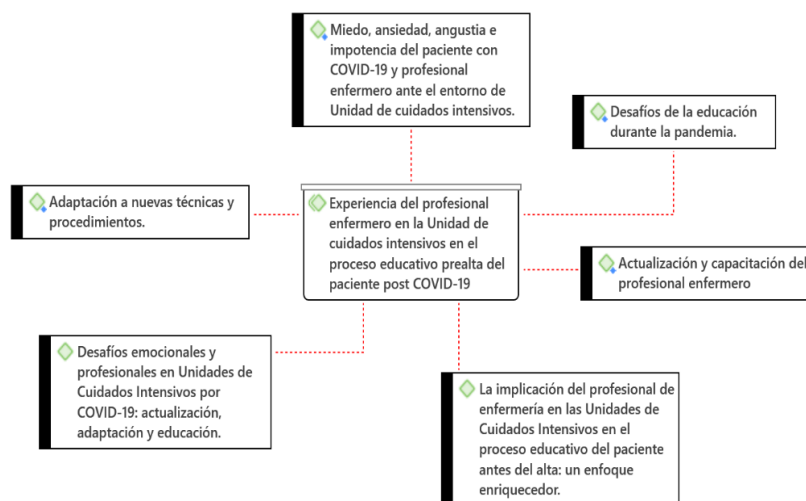


Figura 6. Categoría 4: experiencia del profesional enfermero en la Unidad de cuidados intensivos en el proceso educativo prealta del paciente post COVID-19. Atlas ti versión 2022

Anexo 12.

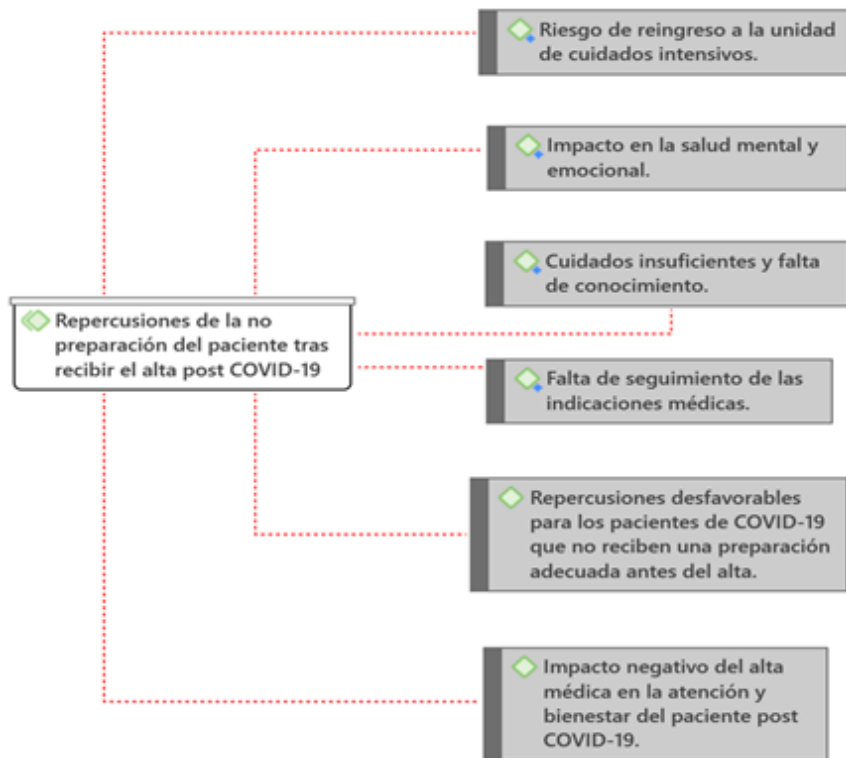


Figura 7. Categoría 5: repercusiones de la no preparación del paciente tras recibir el alta post COVID-19. Se delimitaron cuatro subcategorías. Atlas ti versión 2022

