



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Cuidados paliativos en pacientes enfermos de Covid-19 durante la pandemia

Autor/es

Maidier Sainz Esteban

Director/es

REMEDIOS ÁLVAREZ TERÁN

Facultad

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Titulación

Grado en Enfermería

Departamento

U.P. DE ENFERMERÍA

Curso académico

2021-22



Cuidados paliativos en pacientes enfermos de Covid-19 durante la pandemia ,
de Mainer Sainz Esteban

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los
titulares del copyright.

© El autor, 2022

© Universidad de La Rioja, 2022

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es

Universidad de La Rioja

Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

**Cuidados paliativos en pacientes enfermos de
Covid-19 durante la pandemia**

**Autora: Mainer Sainz Esteban
Tutora: Remedios Álvarez Terán
Logroño, 10 de mayo de 2022**



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 LA MUERTE. CONCEPTO.....	6
1.2 LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ORIGEN Y PRINCIPIOS	7
1.3 LA PANDEMIA COVID-19	9
1.4 CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS POR CORONAVIRUS.....	10
1.5 BIOETICA Y CUIDADOS PALIATIVOS	12
1.6 JUSTIFICACIÓN	13
2. OBJETIVOS	15
3. DESARROLLO.....	16
3.1 METODOLOGÍA	16
3.1.1 <i>Pregunta de revisión</i>	16
3.1.2 <i>Selección bibliográfica</i>	16
3.1.3 <i>Términos de búsqueda</i>	17
3.1.4 <i>Operadores booleanos</i>	18
3.1.5 <i>Criterios de inclusión y criterios de exclusión</i>	18
3.1.6 <i>Estrategia de búsqueda</i>	19
3.1.7 <i>Cronograma de la evolución</i>	20
3.2 RESULTADOS.....	21
3.2.1 <i>Impacto de la pandemia en el Sistema Nacional de Salud (SNS)</i>	21
3.2.2 <i>Control de síntomas en pacientes enfermos de covid-19</i>	22
3.2.3 <i>Cuidados paliativos en centros residenciales de mayores</i>	24
3.2.4 <i>Necesidades afectivas</i>	25
3.2.5 <i>Rol enfermero en cuidados paliativos durante la pandemia Covid-19</i>	28
4. CONCLUSIONES.....	30
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32

TABLA DE ILUSTRACIONES

Tabla 1. Conceptos pregunta pico.....	16
Tabla 2. Términos de búsqueda	17
Tabla 3. Estrategia de búsqueda	19
Tabla 4. Cronograma de evolución.....	20

ABREVIATURAS

CP: Cuidos paliativos

EPI: Equipo de Protección Individual

INE: Instituto Nacional de Estadística

OMS: Organización Mundial de la Salud

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SNS: Sistema Nacional de Salud

TFG: Trabajo de Fin de Grado

RESUMEN

Introducción: La muerte, a pesar de ser un proceso biológico y universal, es un tema tabú en la sociedad. La pandemia Covid-19 ha cobrado la vida de millones de personas en el mundo. Debido a la gravedad causada por el virus, se han modificado los cuidados paliativos, dejando de lado los derechos y libertades de las personas enfermas.

Objetivo: Analizar los cuidados paliativos hospitalarios y sociosanitarios que se han prestado a enfermos terminales con coronavirus durante la pandemia.

Metodología: Para la redacción del trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Portal de Investigación de la Universidad de La Rioja, Pubmed, Scielo, Elsevier y Google Scholar. Los idiomas de las fuentes bibliográficas son los siguientes: español, portugués e inglés.

Resultados: La pandemia provocada por el SARS-CoV-2 ha supuesto una crisis sanitaria. El número de personas en estado crítico aumentó considerablemente y los cuidados paliativos fueron imprescindibles. Sin embargo, la situación pandémica dificultó la asistencia paliativa adecuada. Fue cuantioso el número de muertes en centros hospitalarios y sociosanitarios, y a consecuencia de las restricciones sanitarias impuestas, se produjeron muchos fallecimientos en soledad. Todo ello ha tenido graves repercusiones en la sociedad y en el personal sanitario.

Conclusiones: La crisis sanitaria causada por la pandemia Covid-19 ha cambiado la manera de proporcionar los cuidados paliativos. Los centros hospitalarios y sociosanitarios se han visto colapsados y escasos tanto de recursos materiales como humanos. Como consecuencia, las personas enfermas por coronavirus en estado crítico han sufrido el cambio de la atención paliativa individualizada y de calidad.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Muerte, Soledad, Enfermo terminal, Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: Death, despite being a biological and universal process, is a taboo subject in society. The Covid-19 pandemic has claimed the lives of millions of people worldwide. Due to the virus severity, palliative care has been modified, leaving aside the rights and freedoms of sick people.

Objective: To analyze hospital and social-health palliative care provided to terminally ill patients with coronavirus during the pandemic.

Methodology: For the writing of the paper, a bibliographic search was carried out in the following databases: Dialnet, Research Portal of the University of La Rioja, Pubmed and Scielo. The languages of the bibliographic sources are the following: Spanish, Portuguese and English.

Results: The pandemic caused by Covid-19 has led to health disestablishment. The number of people in critical condition increased considerably. Palliative cares were essential, but the health crisis made it difficult to provide adequate palliative care. The number of deaths in in-hospital and out-of-hospital centers was high and, as a result of the restrictions imposed by the government, there were many deaths in solitary confinement. Emotional conditions and deaths in solitude have had serious impacts. The healthcare team, even without prior training, took it upon themselves to control and help those most adversely affected, using new resources to palliate.

Conclusions: The health crisis caused by the Covid-19 pandemic has changed the way palliative care is provided. Hospitals and social-health centers have been overwhelmed and lacking in both material and human resources. Consequently, critically ill coronavirus patients have suffered the change of individualized and quality palliative care.

Key words: Palliative care, Death, Loneliness, Terminally ill, Covid-19.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 LA MUERTE. CONCEPTO

Durante el proceso de vida de las personas, antes o después, siempre nos encontramos con la muerte. La muerte es parte del proceso biológico del ser humano, universal e inevitable. Además, provoca un gran impacto psicológico, social y cultural que ha variado con el paso del tiempo, de las costumbres y de las mentalidades de la sociedad de cada momento (1).

El morir ha pasado de ser un acto privado e íntimo con la familia más cercana a ser un acto hospitalario. Ante la muerte, el ser humano siente tristeza, ansiedad, temor y preocupación, negación y/o evitación (1,2). Para el ser humano, sigue siendo un acontecimiento ajeno. En la sociedad en la que vivimos, celebramos la vida diariamente como si la muerte no fuese a acontecer. No obstante, las personas son los únicos seres vivos que tienen el privilegio de conocer que son mortales. De modo que, el fallecimiento está directamente ligado a existencia humana (3).

La ciencia y la tecnología nos ofrecen una gran ayuda para hacer frente a las enfermedades, buscan proporcionar confort e intentan prolongar la vida a toda costa. Debido a la evolución tecnológica sanitaria y farmacéutica, la esperanza de vida ha aumentado. Mediante el indicador de esperanza de vida se hacen estudios y comparaciones sobre la mortalidad en diferentes poblaciones, sobre condiciones de salud y nivel de desarrollo de una población. Según los indicadores demográficos que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España entre 1999 y 2019, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años (4).

Estos datos implican un aumento de los años vividos, pero, en ocasiones, son a cambio del deterioro físico y del incremento de procesos terminales crónicos y degenerativos, como el cáncer, el alzhéimer y otros (5).

La visión holística de las enfermedades ha sido remplazada por la aplicación sistemática de tratamientos específicos. Se dan casos de prolongación del proceso de morir en

condiciones no humanas, lo que se ha venido en llamar encarnizamiento terapéutico. Esto se atribuye a una visión parcelada de la enfermedad. Como consecuencia, quedan en segundo plano las necesidades humanas que no están al alcance terapéutico curativo de los medicamentos, o no solo de los medicamentos. El objetivo principal de la última etapa de la de vida tiene que ser la persona y no la enfermedad, para así poder disminuir el sufrimiento y llevar el mejor control posible de los síntomas y llegar a morir con dignidad (6,7).

1.2 LOS CUIDADOS PALIATIVOS. ORIGEN Y PRINCIPIOS

Los cuidados paliativos (CP) tienen su origen en Inglaterra. Cicely Saunders fue consciente de las carencias que sufrían los enfermos incurables antes de morir, y por ello hoy existen unidades dedicadas a ellos. Nacida en 1918 en Londres, comenzó sus estudios de filosofía en Oxford, sin embargo, en la Segunda Guerra Mundial, abandonó todo para ejercer de enfermera. Tras una lesión que le inhabilitó para hacer ciertas tareas, regresó a Oxford para conseguir el título de trabajadora social (8).

Posteriormente, Cicely Saunders estudió medicina porque percibió que en su contexto una enfermera o una trabajadora social ejercían escasa influencia sobre sus pacientes. Ya médica investigó sobre el tratamiento del dolor en pacientes incurables. En 1967, abrió el primer centro para terminales y paliativos en Londres, el St Christopher's. Con ello, inició el Movimiento Hospice, basado en la práctica y en la enseñanza de los CP (8).

En 1982 se abrió la primera unidad de CP en España de manera experimental en el hospital Marqués de Valdecilla, fue oficialmente reconocida como tal en 1987. Mas adelante, se inauguró una segunda en el hospital Santa Creu de Vic (8).

En 1992, se fundó la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), con el objetivo de impulsar esta atención y unificar todas las especialidades que trabajan en ese ámbito. Hoy son una Sociedad Científica de Referencia. En España, el número de programas dedicados a los CP se ha ido desarrollando e incrementando hasta conseguir actualmente una media de 10 servicios nuevos por año (9).

La OMS define los Cuidados paliativos como:

“[...] cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad juntamente con tratamientos específicos” (7).

Además, establece los siguientes principios:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas que producen angustia y sufrimiento.
- Promocionar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- No pretender acelerar el proceso de morir, ni retrasar dicho proceso.
- Integrar y tener en cuenta los aspectos psicológicos y espirituales de la atención al paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a estas personas a vivir lo más activamente posible hasta la muerte.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a sobrellevar la enfermedad de su ser querido y su propio duelo.
- Valerse de un enfoque de equipo multidisciplinar para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias durante el proceso de enfermedad y duelo.
- Aplicar de forma temprana los CP junto con otras terapias, como la quimioterapia o radioterapia, dirigidas a prolongar la vida en las mejores condiciones.
- Incluir y fomentar la realización de investigaciones necesarias para mejorar la formación de las y los profesionales que manejen situaciones clínicas complejas en la enfermedad terminal (7,9).

En ocasiones, los CP se limitan a la única atención de los síntomas físicos, dejando de lado las necesidades psicológicas tanto de los y las pacientes como de sus familiares. Sin embargo, los objetivos generales son el bienestar y la mejora de la calidad de vida, para lo que es necesario:

- Información y comunicación. Asegurar al enfermo y a su familia que serán atendidos e informados y que obtendrán unas respuestas claras y sinceras. Además, se les proporcionará el apoyo emocional que precisen, de manera que puedan expresar sus emociones y participar en la toma de decisiones con respecto a su vida y al proceso de morir.
- Prestar atención al dolor y otros síntomas físicos junto a su tratamiento, sin olvidar las necesidades emocionales, sociales y espirituales de la persona, de quien cuida y de las familias.
- Asistencia continua de la evolución, estableciendo mecanismos de coordinación entre el equipo multidisciplinar y los ámbitos asistenciales y servicios implicados.

Los CP deberían abarcar el alivio de los síntomas, el cuidado holístico de la persona, el cuidado del entorno, de las familias, y de los equipos multidisciplinarios (10).

1.3 LA PANDEMIA COVID-19

A finales de 2019 se contabilizaron una serie de casos de neumonía de origen desconocido en Wuhan, China. La aparición de estos casos levantó sospechas, ya que todas las personas presentaban un cuadro de síntomas parecido: tos seca, fiebre e imágenes radiológicas incompatibles con una neumonía común causada por bacterias o virus habituales (11).

Esta nueva enfermedad se propagó rápidamente y la OMS la declaró emergencia de salud pública de afectación internacional (11). Esta enfermedad causada por el virus de la familia de los coronavirus sería llamada COVID-19, mientras que el agente causal era el SARS-CoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (12). En poco tiempo, el virus se había propagado en todo el mundo, aumentando el número de infectados y de muertes. El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró esta enfermedad como pandemia mundial (11).

La pandemia generó un impacto muy importante a nivel socioeconómico, sanitario y psicológico. Uno de los ámbitos más afectados fueron los sistemas de salud, ya que no estaban preparados para dicho acontecimiento ni para el elevado número de hospitalizaciones ni para la falta de material y recursos, personal sanitario cualificado, etc. (13).

Las consecuencias de la pandemia han ido dejando huellas dramáticas en las personas. No solo ha sido afectada la salud física, también ha repercutido en la salud mental de la ciudadanía. El confinamiento domiciliario instaurado y el distanciamiento físico y social han resultado muy negativos para la salud mental. Además, el duelo por los seres queridos, la crisis económica sobrevenida y el miedo al futuro han generado muchas alteraciones cognitivas (13).

Millones de muertes y personas infectadas pusieron en pie a las grandes farmacéuticas para remediar la situación mediante la vacunación. La elaboración de la vacuna fue un proceso complicado ya que dependía de varios factores como la identificación de antígenos con respuesta protectora, la variabilidad de microorganismos, la memoria inmunológica, etc. Entre el gran número de farmacéuticas y laboratorios que se pusieron en marcha, se generaron las vacunas de Pfizer-BioNTech, Oxford-AstraZeneca y Moderna. Pioneras en España para dar comienzo a la vacunación (14).

Actualmente, un 64,2% de la población mundial está vacunada con, al menos, una dosis. Si bien se han logrado grandes avances sigue habiendo muertes todos los días por esta enfermedad después de dos años de su inicio (15).

1.4 CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS POR CORONAVIRUS

La situación pandémica está repercutiendo en la práctica sanitaria. Las altas tasas de contagiosidad y mortalidad del virus Sars-Cov-2 han provocado gran carga asistencial, escasez de recursos y sobrecarga en el personal sanitario. Una de las consecuencias más graves ha sido reflejada en las personas enfermas terminales que han necesitado tanto asistencia hospitalaria como extrahospitalaria (16).

Esta situación ha disminuido de manera significativa la calidad de los cuidados en personas terminales a las que se les ha escamoteado su derecho a morir con dignidad. Durante este período pandémico, debido a la gravedad causada por la enfermedad del coronavirus, muchas personas contagiadas han requerido una atención especializada como son los CP. Una muerte tiene que garantizar la autonomía de las personas, respetando sus decisiones frente al proceso de morir (17).

En un primer momento, como se desconocían los CP específicos para las necesidades que la enfermedad por el Covid-19 exigía, estos se basaban en cuidados que tuvieran similitud con otras enfermedades. Más adelante, con el fin de proporcionar el mayor confort a las personas enfermas, se fueron desarrollando escaleras terapéuticas para el manejo de los síntomas durante las fases más agudas (18).

La crisis sanitaria está teniendo repercusión en los CP si ya antes de la pandemia carecían de recursos suficientes, en este período y posteriormente, tanto la atención hospitalaria como la extrahospitalaria se vieron afectadas, y fue especialmente difícil ofrecer servicios eficaces en personas tan debilitadas tanto física como emocionalmente (16).

Por otra parte, los profesionales sanitarios están comprometidos con la vida de las personas y se forman para cuidarla, mejorarla, prolongarla y curar las enfermedades. Son principios rectores en su formación. Puede afirmarse que el equipo de enfermería es el más próximo a situaciones críticas como la muerte. No solo los pacientes, sino también los familiares buscan explicaciones, amparo, cuidado físico y psicológico. Así, enfermería se enfrenta al sufrimiento que puede existir en los momentos que precisan el cuidar. Para que estos cuidados se lleven a cabo y sean eficaces, además de los conocimientos y de la práctica de las técnicas, hay que trabajar mucho en las habilidades para tratar los sentimientos ajenos y las emociones ante el paciente, con o sin probabilidad de cura (3).

Ante la situación pandémica, y viendo el impacto sobre los CP, el personal de enfermería entre otros ha tenido que afrontar situaciones muy complicadas y ajustarse a las normas que sufrían cambios diariamente. Por otro lado, las personas enfermas y su entorno se vieron obligadas a adaptarse a los nuevos ajustes de asistencia sanitaria. La soledad y la

falta de acompañamiento y de apoyo emocional en las etapas terminales de la vida han sido una de las repercusiones más graves e incontrolables (19).

1.5 BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS

En 1970, en Estados Unidos, nació el principio de la bioética. El pionero fue Van Rensselaer Potter, y hoy día se conoce globalmente el concepto de la bioética como: “[...] estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores humanos” (20).

La práctica médica siempre ha tenido que luchar contra aspectos éticos. La bioética quiere equilibrar la tecnología aplicable a la salud con el impacto que puedan tener los tratamientos médicos. Este principio, también insiste en el resto de las decisiones y de la autonomía del paciente. Además, se rige por varios principios: la autonomía del paciente, la no maleficencia, la beneficencia, la justicia, la solidaridad, el no abandono y el doble efecto (21).

El principio de la autonomía emana el consentimiento informado, la voluntad anticipada y las órdenes de no resucitar. Es de carácter obligatorio contar con el consentimiento de la persona enferma para su tratamiento y sus preferencias. La información sanitaria dada al paciente y a su familia es una obligación del personal médico para que la toma de decisiones sea informada (22).

La no maleficencia hace referencia a la necesidad de ajustar o limitar el tratamiento terapéutico, con el fin de no administrar tratamientos inútiles. También evita caer en la distanasia (21).

La beneficencia se relaciona con el control de los síntomas y con el respeto de la muerte natural digna (23).

La justicia reivindica la distribución correcta de los recursos de los que se dispone. Se debe procurar que todos tengan las mismas oportunidades y no discriminar por diferentes estatus como edad o raza (21).

La solidaridad significa el acompañamiento del que sufre. Esto requiere preocupación genuina por los demás (24).

El no abandono significa no abandonar el cuidado del paciente en ningún momento. Si deciden no recibir tratamiento, no implica que el personal sanitario descuide de ellos (24).

El principio de doble efecto se da en situaciones como en el proceso de sedación. Mediante la sedación, puede que se acabe con la vida de la persona enferma. En determinadas situaciones es ésta quien puede tomar la decisión y en caso contrario, se solicita el consentimiento previo de los familiares (25).

Los mayores avances de la bioética corresponden al período final de vida de las personas. Una de las decisiones más complejas es la de la transición al servicio de CP, donde suele haber limitación de esfuerzo terapéutico y se da la sedación paliativa. En todas las situaciones es vital la decisión detallada con el paciente, tras la evolución de los hechos, valores y diferentes opciones. Por todo esto, los CP y la bioética están estrechamente ligados (26).

La pandemia Covid-19 ha hecho que la bioética tenga que enfrentarse a una crisis sanitaria global, donde la práctica cambiaba diariamente mediante guías de actuación y protocolos, con el fin de paliar el impacto de la falta de recursos (26).

1.6 JUSTIFICACIÓN

Mi motivación para la realización de este trabajo de fin de grado (TFG) sobre los cuidados paliativos que se han prestado durante la pandemia ha sido conocer más a fondo el gran cambio producido en este campo. Como estudiante de prácticas de enfermería y como usuaria del Sistema Nacional de Salud (SNS), he podido comprobar el gran impacto asistencial que han sufrido tanto los centros hospitalarios como los sociosanitarios en los dos años desde su inicio.

A principios de 2021, tras realizar un rotatorio de prácticas en la Unidad de Oncología del Hospital San Pedro, en Logroño, despertó mi interés en el cuidado holístico de las personas en estado crítico y el de sus familiares.

Previo a la pandemia, los CP carecían de unificación. Sin embargo, en este período, la alta tasa de contagio dejó de lado muchos derechos de las personas enfermas. El abandono emocional de estas y de su entorno generó gran tristeza, miedo y ansiedad.

Personalmente, las prácticas en la unidad de oncología han sido las más interesantes, enriquecedoras, emotivas y didácticas. He aprendido mucho de las personas que están a punto de fallecer. En ocasiones, su resignación y aceptación de la muerte me han ayudado a comprender y, sobre todo, a valorar los momentos buenos de la vida. Entre estas personas oncológicas, debido a la pandemia, muchas necesidades emocionales no siempre llegaban a ser cubiertas por las restricciones sanitarias, lo que generaba mucha ansiedad y tristeza tanto al paciente como a su entorno.

Gracias a esta experiencia, he sentido la curiosidad y las ganas de profundizar en un ámbito como es el de los CP. Asimismo, también considero que una buena formación del personal de enfermería puede ser de gran ayuda, ya que pasamos a ser un pilar importante en las vidas de esas personas a quienes cuidamos.

2. OBJETIVOS

En este TFG, se pretende analizar las situaciones que se dieron en los hospitales, y en residencias de mayores en relación con las personas en estado terminal debido a la enfermedad de coronavirus. También, poner de relieve el impacto que sufrió esta población y el esfuerzo del personal de enfermería por proporcionarles unos CP dignos y profesionales, pese a la escasez de recursos humanos y materiales. Todas las personas merecen una atención integral y de calidad durante sus vidas y especialmente cuando están esperando que la muerte sobrevenga sin poder evitarlo.

OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar los cuidados paliativos hospitalarios y sociosanitarios que se han prestado a enfermos terminales con coronavirus durante la pandemia.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Analizar el impacto de la pandemia Covid-19 en el Sistema Nacional de Salud.
- Estudiar la sintomatología y tratamiento de los enfermos Covid-19 en fase terminal.
- Revisar los cambios y consecuencias en los cuidados paliativos causados por la pandemia.
- Exponer el impacto emocional y la soledad que sufren las personas enfermas que han requerido cuidados paliativos y sus familiares.
- Reivindicar el papel de enfermería y la importancia de una buena formación.

3. DESARROLLO

3.1 METODOLOGÍA

Para la realización de este TFG, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de artículos que trataran sobre los CP durante la pandemia en enfermos por coronavirus.

3.1.1 Pregunta de revisión

La pregunta de revisión a partir de la cual se realiza esta revisión bibliográfica es la siguiente: ¿Qué cuidados paliativos se prestan a los pacientes terminales por coronavirus durante la pandemia en atención hospitalaria y centros sociosanitarios?

Tabla 1. Conceptos pregunta pico

PACIENTE	Enfermos terminales por SARS-CoV-2
INTERVENCIÓN	Atención de los Cuidados Paliativos
COMPARACIÓN	En relación con el pasado
OUTCOME	Cuidados efectuados: la atención que se les ha prestado y la que se les ha negado.

Fuente: elaboración propia.

3.1.2 Selección bibliográfica

Con el objetivo de conocer la situación actual, se ha realizado la búsqueda en las principales bases de datos de ciencias de la salud como: Dialnet, Pubmed, Scielo, Elsevier y Google Scholar.

Los motivos por lo que se han seleccionado las bases de datos citadas anteriormente han sido los siguientes:

- Debido a la familiaridad con estas bases de datos a la hora de realizar la búsqueda.
- La amplia variedad de información en español.

- El acceso gratuito a muchos de sus documentos.

Además, se consultaron las páginas web del Ministerio Nacional de Sanidad, de la Organización Mundial de la Salud, de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, del Instituto Nacional de Estadística y del Comité Internacional de Taxonomía de virus, entre otras. Finalmente, se seleccionaron las referencias que estuvieran acordes con el objetivo que se quiere lograr con esta revisión.

Cabe destacar la escasez de información basada en evidencia científica debido al escaso espacio de tiempo transcurrido entre 2019 y el momento presente, por lo que no hay gran número de artículos.

3.1.3 Términos de búsqueda

Para realizar la búsqueda de artículos y documentos basados en el tema, utilizamos tres tipos de términos: términos libres, términos MeSH (Medical Subject Headings) y términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud).

Tabla 2. Términos de búsqueda

Términos libres	Términos MeSH	Términos DeCS
Cuidados Paliativos	Paliative Care	Cuidados Paliativos
Terminal	Terminal Care	Cuidado Terminal
Pandemia	Pandemic	Pandemia
COVID-19	Coronavirus Infections	Infecciones por Coronavirus
Muerte	Death	Muerte
Soledad	Loneliness	Soledad
Educación Sanitaria	Health Education	Educación Sanitaria

Fuente: elaboración propia.

3.1.4 Operadores booleanos

Se llama operadores booleanos a los términos AND, OR, NOT. Su utilización permite localizar registros utilizando una relación lógica. Estas partículas nos permiten afinar la búsqueda a nuestro objetivo. De esta manera, automáticamente son eliminados todos aquellos artículos que no son de nuestro interés y nos centramos exclusivamente en lo que realmente es nuestro objetivo. Aunque existan también otros operadores, como los de posición, en este TFG se han utilizado los ya mencionados más arriba.

Las combinaciones utilizadas en este trabajo son las siguientes:

- Cuidados paliativos AND COVID-19
- Paciente Terminal AND COVID-19
- Paciente Terminal AND Muerte
- Cuidado Paliativos AND Hospital AND COVID-19
- Cuidados Paliativos AND Cuidados hospitalarios AND COVID-19
- Cuidados Paliativos AND Cuidados domiciliarios AND COVID-19
- Cuidados Paliativos AND Residencias ancianos AND COVID-19

3.1.5 Criterios de inclusión y criterios de exclusión

Los criterios de inclusión utilizados para seleccionar artículos han sido los siguientes: aquellos con disponibilidad de texto completo, escritos en castellano, portugués e inglés, y centrados en los CP que se han llevado a cabo durante la pandemia por la COVID-19. Además, aquellos en los que los CP eran aplicados al paciente adulto enfermo por coronavirus.

Los artículos seleccionados para los resultados que hacen referencia a los CP en pacientes terminales no tienen una antigüedad mayor de tres años, ya que la pandemia surgió en 2019. Sin embargo, para información general los artículos seleccionados han abarcado un período máximo de 12 años.

Los criterios de exclusión han sido aquellos que no eran tenían un contenido de interés. Aquellos que no se centraban en enfermos terminales por coronavirus. También han sido excluidos aquellos que no eran de acceso libre y gratuito.

3.1.6 Estrategia de búsqueda

Inicialmente se realizaron búsquedas generales en Dialnet y otros buscadores académicos como Pubmed, Scielo, Portal de la Investigación de la Universidad de la Rioja y Google Scholar. También en libros, guías, manuales, con el fin de obtener información para centrar el tema y realizar la introducción de este.

Posteriormente, se procedió a realizar las búsquedas en cada una de las bases de datos. Primero se llevaron a cabo búsquedas generales sin establecer ningún tipo de filtro, y después se fueron combinando términos e introduciendo filtros con el objetivo de encontrar información más concreta.

En Dialnet, se realizaron búsquedas generales estableciendo los filtros antes nombrados. Pubmed es otra de las bases utilizadas, dónde, a priori, se establecieron filtros como la disponibilidad del documento, los años de publicación y el idioma en inglés y español. Por último, se utilizaron las bases de datos de Elsevier y Google Scholar, en la que se realizaron búsquedas básicas con términos generales sin establecer ningún tipo de filtro (Ver tabla 3).

La información sobre las estrategias de búsqueda: bases de datos utilizadas, títulos de los diferentes documentos seleccionados, enlaces de estos y tipo de documento puede verse en la bibliografía.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda

BASE DE DATOS	Nº DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS
DIALNET	7
SCIELO	10
PUBMED	15
ELSEVIER	5

Fuente: elaboración propia.

3.1.7 Cronograma de la evolución

El trabajo se ha realizado en un período de seis meses, desde diciembre de 2021 hasta mayo de 2022. Para cumplir los objetivos establecidos, se programó un cronograma con los objetivos y los tiempos dedicados a cada parte del proceso (ver tabla 3).

Tabla 4. Cronograma de evolución.

2021/2022	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Título						
Revisión de artículos						
Metodología						
Resultados						
Conclusiones						
Bibliografía						
Defensa						

Fuente: elaboración propia.

3.2 RESULTADOS

Se han seleccionado 29 artículos basados en los CP que se han llevado a cabo durante la pandemia Covid-19. Todos ellos giran en torno a los siguientes grupos temáticos: el impacto de la pandemia Covid-19 en el SNS, el control y el tratamiento de la sintomatología causada por el SARS-CoV-2, la situación en centros residenciales para mayores generada por la pandemia, la soledad y las necesidades afectivas que han sufrido las personas enfermas por coronavirus y, por último, la importancia del papel enfermería y de una buena formación.

3.2.1 Impacto de la pandemia en el Sistema Nacional de Salud (SNS)

La pandemia de la Covid-19 ha cambiado drásticamente la actividad hospitalaria en el mundo. Cada Estado adoptó las medidas frente a la emergencia sanitaria que consideró oportunas e incidió de manera determinante en los derechos y libertades de las personas, por ejemplo, limitando los derechos constitucionales al recluir obligatoriamente a la población en sus domicilios (27).

Ya en los primeros días de la propagación del virus se puso de manifiesto la incapacidad del SNS para afrontar la repentina y virulenta capacidad de infección. El SNS tuvo que hacer frente a la escasez de dotaciones técnicas (dispositivos de protección individual, hospitales, camas, respiradores artificiales, etc.) y a la falta de personal sanitario (27).

Desde los inicios de la pandemia, las instituciones públicas fueron incapaces de reaccionar de una manera eficaz. A todo lo anterior hay que añadir que la legislación y la ética han tenido que enfrentarse a situaciones complejas. Ante estos problemas, se han tenido que tomar decisiones muy duras en la gestión sanitaria, siendo los más perjudicados los pacientes con tratamientos costosos y terminales (28).

El SNS llegó a tal punto de colapso que, dejando de lado valores éticos muy enraizados en la práctica sanitaria, se hizo necesario implantar un sistema de triaje que determinaba quién podía y quién no tener acceso a los recursos para preservar la salud pública. Este sistema de cribado resultó inhumano. Entre los criterios establecidos para la selección de pacientes, se impuso la eficacia del tratamiento en la persona y las garantías de supervivencia (29).

La atención hospitalaria ha cambiado mucho. El gobierno emitía cada día normativa más restrictiva con el fin de reducir lo máximo posible la interacción interpersonal y prevenir así los contagios (30).

La creciente demanda de pacientes graves o terminales contagiados por el nuevo virus hizo que aumentara la necesidad de recibir CP, tanto en atención intra como extrahospitalaria. En España, cada Comunidad Autónoma seguía su propio protocolo de actuación sanitaria, pero todos tenían un mismo objetivo: proporcionar CP eficaces, evitar tratamientos costosos, asegurar una atención holística y de calidad mediante los nuevos protocolos de actuación, estructurar servicios de atención e identificar adecuadamente a quienes tenían que recibir cuidados intensivos. Sin embargo, los objetivos planificados, fueron difíciles de conseguir. Los CP han quedado de lado en muchas situaciones durante la pandemia en el sistema sanitario (31).

3.2.2 Control de síntomas en pacientes enfermos de covid-19

La pandemia Covid-19 en pocos meses supuso un reto para los sistemas de salud a nivel mundial. Entre la gran crisis sanitaria que hubo, uno de los grandes desafíos fue el retraso en la atención que influyó gravemente en la calidad de vida o de muerte. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 19 ha reorganizado la asistencia de los centros hospitalarios y de sus diferentes unidades, incluida la de CP (32).

Los pacientes que requieren atención paliativa son un grupo especialmente vulnerable y ante la situación impuesta el pronóstico de estos empeoró debido a la pérdida de continuidad asistencial (32).

El 80% de las personas que han sufrido el coronavirus no han necesitado tratamiento hospitalario; el 15%, han desarrollado una enfermedad grave requiriendo suplemento de oxígeno y, el 5%, han alcanzado un estado grave que necesitaban cuidados intensivos. Todo ello se ha debido a la sintomatología grave presentada: insuficiencia respiratoria, síndrome de dificultad aguda, septicemia o choque septicémico, insuficiencia multiorgánica, etc. Estas complicaciones pueden ocasionar la muerte en el paciente. Por

todo ello, muchas personas han necesitado CP. Estos CP han ido adaptándose a las guías y protocolos que se fueron actualizando (33,34).

Cabe señalar que, el principal objetivo de los cuidados paliativos es paliar y reducir las molestias sobrevenidas, con el fin de proporcionar al paciente el mayor grado de confort y bienestar. Por ello, parece adecuado diseñar un plan de cuidados individualizado, teniendo en cuenta los gustos, emociones, preocupaciones, valores y creencias del paciente. Con la sedación paliativa también se pueden controlar muchos de los síntomas muchas veces refractarios (35).

Respecto a la sintomatología grave, se ha combatido de la siguiente manera:

- Dificultad para respirar: Este síntoma suele ser frecuente en gente con cardiopatías anteriores. Para su tratamiento se administra morfina mediante infusión subcutánea o perfusión intravenosa. Mediante la perfusión intravenosa se minimiza la asistencia presencial del personal sanitario y de esta manera reducir el riesgo de contagio. El Midazolam también se ha utilizado para pacientes que presentaban dificultad respiratoria asociada a la ansiedad.
- Agitación/delirio: a pesar de haber muchos tratamientos farmacológicos, el Haloperidol y el Midazolam han sido los de primera elección.
- Estertores: en las horas previas al fallecimiento, en muchas personas aparecen los estertores y se tratan con Buscapina (antisecretor).
- Dolor: en la fase terminal de un paciente, se debe aliviar este síntoma en la medida de lo posible para evitar el sufrimiento. Se administran analgésicos opioides como la Morfina o el Fentanilo.
- Fiebre: para mejorar este síntoma y el bienestar del paciente, se valora la administración de antipiréticos.
- Náuseas y vómitos: se administran antieméticos para reducir estos síntomas (36,37,38).

Asimismo, el equipo de enfermería es quien más contacto e información ha podido dar de la persona ingresada ya que es quien más tiempo ha pasado. A pesar de las barreras de prevención con las que han tenido que ser atendidos los pacientes, enfermería tenía que

estar al tanto de la consciencia del paciente, de la aparición o de la evolución de los síntomas refractarios, del dolor, de la piel y las mucosas, de la monitorización de las constantes vitales y de la oxigenoterapia (38).

3.2.3 Cuidados paliativos en centros residenciales de mayores

En España, hay unas 5450 residencias de ancianos donde conviven más de 270.000 usuarios. La pandemia Covid-19 irrumpió en las residencias de una manera muy agresiva. En este tipo de centros la mortalidad ha supuesto más del 50% del total de las muertes por el virus SARS-CoV-2 (39).

Habitualmente las personas ancianas que solicitan una residencia son aquellas con multimorbilidad y/o enfermedades crónicas avanzadas. Estos usuarios, debido a su fragilidad han sido especialmente afectados. No solo ellos, también sus familiares. En los comienzos de la crisis, las respuestas sanitarias priorizaron, la seguridad tanto de pacientes como del personal sanitario frente a otros derechos de las personas y de su entorno. La incapacidad de participación en la toma de decisiones, el miedo al contagio, la soledad dentro del mismo centro, la prohibición y/o limitación de visitar han generado un gran impacto que ha resultado más perjudicial que la propia enfermedad de las personas residentes (40).

El déficit estructural de recursos y no tener ningún plan de contingencia hizo inviable que pudieran responder adecuadamente a la pandemia. La carencia tanto de recursos sanitarios como asistenciales impactó de manera directa en el cuidado de las y los residentes. Todo esto condujo a que la asistencia médica quedara de lado, de la mano de un aumento considerable de mortalidad y una pérdida en la calidad de la atención social (41).

Hubo momentos durante la pandemia que había centros residenciales repletos de ancianos contagiados, muchos de ellos en estado muy grave. La fragilidad y las pluripatologías de estos hicieron que cayeran enfermos en sitios cerrados y sin recibir atención médica y psicológica. Además, fueron aislados totalmente de sus familiares, no pudiendo recibir visitas (40).

El estado crítico de las personas residentes requería de CP de alta calidad y atención tanto individualizada como continua. Debido al colapso hospitalario que se produjo, no todos tenían espacio para ser atendidos. De este modo, no se priorizaron las derivaciones hospitalarias para que las personas contagiadas fueran trasladadas. Las residencias son lugares para el cuidado y la convivencia, no para el tratamiento medicalizado. Ante esta situación, tuvieron que ofrecer unos cuidados para los que no estaban cualificados, ya que carecían de recursos, infraestructura, responsabilidad para la atención médica, etc. (39).

Por otro lado, la falta de medidas de protección, protocolos claros y formación adaptada incrementaron la sensación de inseguridad, tanto en los residentes como en sus familias. Asimismo, el personal sanitario se sometía a una gran carga de trabajo sin los suficientes recursos, y las continuas bajas laborales de los trabajadores hicieron que no hubiese el suficiente personal (42).

Finalmente, las personas de tercera edad que requerían de CP en residencias no fueron atendidas correctamente, ya que se basaban en cuidados de los síntomas físicos y en la supervivencia. Se dejaron de lado los cuidados psicológicos y la atención holística. Desgraciadamente, muchas de estas personas llegaron a sus últimos días en soledad y afectados gravemente. De manera directa, se generó un gran enfado y desacuerdo con los familiares, ya que no tuvieron oportunidad de despedirse de sus seres queridos (42,43).

3.2.4 Necesidades afectivas

Es frecuente que las personas que reciben CP, tanto hospitalizadas como en su domicilio, estén acompañadas de sus seres queridos para cubrir necesidades emocionales, físicas y espirituales (44).

En el ámbito hospitalario, el desconocimiento inicial de la capacidad de contagio generó un miedo generalizado tanto en personal sanitario como en las personas enfermas. En un principio, se tomó la decisión de aislar solamente a las personas infectadas del virus Covid-19, para su autoprotección y para proteger al resto de la población, entre ellos, al personal sanitario. Esta medida fue eficaz, pero, a medida que la situación empeoraba, se restringió el paso de personas externas al hospital por si eran portadoras del virus y ponían

en riesgo la salud de los demás. Los hospitales acabaron cerrando sus puertas como medida preventiva (44).

A pesar de que el aislamiento fue una medida de seguridad a nivel mundial, en España cada hospital estableció su propio protocolo siguiendo las recomendaciones del personal experto. Las personas más afectadas por este reajuste fueron los pacientes más críticos y aquellos que necesitaban atención paliativa. Muchas personas infectadas por el virus SARS-CoV-2 necesitaron CP debido a su mal estado. Estos eran conocedores de la grave situación que los rodeaba y la sensación de soledad, ansiedad y miedo se agravó. A todo esto, se añadía el temor a la soledad y a la muerte (45).

Para paliar la soledad y la falta de acompañamiento, fueron las medidas tecnológicas, como, por ejemplo, y el propio personal sanitario quienes intentaron cubrirlo. Sin embargo, el personal mantuvo inevitablemente las distancias de dos maneras: limitando las visitas a las habitaciones y uniformándose con los Equipos de Protección Individual, EPIs. Ambas cosas, impedían la proximidad y el apoyo emocional que necesita una persona con CP. En estos momentos de extrema delicadeza y gravedad, el personal sanitario no podía reemplazar la figura de un familiar. Sin dejar de lado que las cargas de trabajo aumentaron para todo profesional (46).

Es un derecho universal de todo paciente el acompañamiento en las fases terminales por familiares, conocidos, representantes o personas ajenas que puedan ofrecer ayuda espiritual; siempre y cuando sean acordes con las preferencias del paciente y no pongan en riesgo su salud. Este derecho humano optimiza la muerte digna y su bienestar. En estos tiempos pandémicos tanto el cuidado emocional como el acompañamiento presencial ha sido una de las grandes carencias en las unidades de CP (10).

La muerte, incluso en ámbitos sanitarios, sigue siendo un tema tabú y existe gran desconocimiento acerca de cómo mueren las personas y de qué manera desearían ellos hacerlo (1).

Las personas que reciben CP expresan su dolor físico como una experiencia desagradable, pero también sufren el abandono, la soledad o la sensación de pérdida. El aislamiento social se ha asociado a una mayor incidencia de enfermedades y muertes prematuras. A

todo esto, hay que añadir que la alarma social que rodeaba a los pacientes paliativos sumaba un desconcierto y una pérdida de control, además de la gran ansiedad y miedo generada por la sensación de abandono. No cabe duda de que la mezcla de factores ha agudizado la situación de vulnerabilidad de los pacientes paliativos (45).

Ante la situación de soledad de los pacientes no se emitieron pautas claras y suficientes y fueron surgiendo medidas espontáneas para paliar el abandono de aquellas personas que se enfrentaban al final de sus vidas. Durante las fases iniciales de la pandemia no se cobró importancia a la comunicación entre pacientes y familia. Conforme fue avanzando la situación, tuvieron que solucionar este problema ya que las quejas por desamparo aumentaban diariamente. Una de las iniciativas más usada fue el acompañamiento mediante dispositivos tecnológicos (teléfonos móviles, tabletas electrónicas, ordenadores portátiles, etc.) (46).

La telemedicina es una herramienta completaría, pero en ningún momento un sustituto del acompañamiento físico. Por otro lado, este recurso tecnológico no llega a ser una solución para aquellos que no disponen de ellos (46).

Aun desconociendo el tipo y grado de consecuencias derivadas, el duelo fisiológico de los pacientes en estado crítico que han pasado por el aislamiento hospitalario o residencial y de sus familias ha sido más difícil (47).

Conforme la pandemia ha ido evolucionando, cada Comunidad Autónoma ha establecido diferentes protocolos para proporcionar acompañamiento al paciente ingresado en la unidad de CP. Generalmente se ha habilitado la entrada de una o dos personas para la despedida de los familiares. Este proceso se ha podido llevar a cabo, mediante el uso por parte de la persona externa de EPIs y de las medidas estrictas (48).

Entre los diferentes sectores del ámbito asistencial ha habido falta de consenso, y a consecuencia de ello muchas despedidas no han podido ser. El acompañamiento en los últimos días de vida de los pacientes era denegado, dejando de lado el derecho fundamental de la persona y de su familia de poder despedirse por última vez (48,49).

2.2.5 Rol enfermero en cuidados paliativos durante la pandemia Covid-19

Los profesionales sanitarios cuentan con una gran carga psicológica en su trabajo diariamente. La pandemia Covid-19 ha perjudicado drásticamente al colectivo de enfermería, y al resto de profesionales, dejando secuelas sobre todo psicológicas (50).

Según varios estudios de enfermedades epidémicas previas, las epidemias infecciosas con alta tasa de mortalidad como es la pandemia Covid-19, afecta considerablemente a la presión del personal sanitario. No solamente por el aumento de trabajo, sino también por el agotamiento físico, psíquico, ausencia de equipos de protección, alta transmisibilidad hospitalaria, etc. (51,52).

Cada vez más personas precisan CP y es evidente la falta de preparación del personal sanitario. Los CP conllevan una dificultad, sobre todo emocional y la escasa formación de enfermería, aparentemente formada técnicamente, escasea en la preparación para afrontar el morir y la muerte de las personas, lo que genera un sentimiento de miedo y rechazo por su parte. Se ha demostrado que en la práctica clínica de los CP se consiguen habilidades que difícilmente se pueden alcanzar de otro modo. Por todo ello, es imprescindible que los CP formen parte de los planes de estudio, para luego poder aumentar las habilidades y capacidades mediante la experiencia (53).

Es imprescindible una buena formación en el personal sanitario. El equipo de profesionales de enfermería cumple un papel vital, donde la relación terapéutica tiene que estar basada en la confianza y en el respeto. La escucha activa es un pilar de la atención directa, individualizada y compasiva. Sin embargo, la labor de enfermería no se da únicamente durante la estancia del paciente, sino que debe apoyar a los familiares tras el fallecimiento y acompañarlos durante el duelo (54).

Varias investigaciones confirman que, durante la pandemia, los familiares de pacientes terminales han sufrido duelos drásticos y difíciles, por la falta de acompañamiento y el sentimiento de soledad (55).

Por otro lado, los cambiantes protocolos y las medias preventivas establecidas según la evolución de la pandemia han dificultado la labor de enfermería. El objetivo del SNS era

reducir los contagios y maximizar la seguridad del paciente, de tal manera que se redujo el tiempo de atención a estos. Asimismo, el uso de EPIs ha sido considerado una barrera de comunicación y de frialdad para pacientes y personal. Los equipos de protección dificultan tanto el lenguaje verbal, como el no verbal, ya que la voz llega con peor calidad nitidez y sonoridad, y parte de los gestos quedan ocultos, de tal manera que todo repercute en la relación terapéutica de manera directa (55).

Además, debemos tener en cuenta el principio del no abandono del paciente y la importancia de su dignidad ya que siempre es un aspecto fundamental. Por otro lado, el sufrimiento del paciente y el control de los síntomas refractarios pueden aliviarse mediante habilidades técnicas y personales sofisticadas, incluidas modalidades novedosas y creativas, para adaptarse a las limitaciones impuestas por la pandemia (56).

La crisis sanitaria por Covid-19 ha destacado las necesidades no cubiertas en atención paliativa. Varias investigaciones que se han realizado durante la pandemia acerca de los CP han expuestos algunos criterios que deberían aplicarse para la nueva época post-Covid-19:

- Estado de los equipos y recursos, y autoevaluación de la respuesta a la Covid-19.
- Liderazgo, autoestima, positividad, iniciativa y apertura mental.
- Cargo en el sistema de especialistas de CP, atención psicosocial y espiritual.
- Flexibilidad, adaptabilidad al cambio y asesoramiento innovador.
- Confiar, colaborar y unirse con otras disciplinas y equipos.
- Tener visión de sistema y comunidad.
- Evaluación y análisis bioético de las respuestas (40).

4. CONCLUSIONES

De acuerdo con los objetivos planteados para la realización de este trabajo, se han llegado a las siguientes conclusiones:

La pandemia Covid-19 ha maltratado la sanidad. A pesar de que la estructura sanitaria parecía robusta, la aparición imprevista del virus SARS-CoV-2 desorganizó por completo el SNS. La escasez de recursos materiales, los protocolos impuestos por el Ministerio de Sanidad y la falta de personal sanitario no pudieron frenar la avalancha y limitaron los derechos y las libertades de las personas enfermas.

Una de las más graves consecuencias fue que muchas personas requirieron cuidados intensivos y paliativos y otras muchas fallecieron sin ellos. Ha quedado en evidencia que los CP han sido obviados en ocasiones, dejando de lado los principios bioéticos.

Muchas personas infectadas por el virus no necesitaron atención hospitalaria, sin embargo, otras fueron gravemente afectados por la sintomatología que causaba el SARS-CoV-2. Este último grupo de personas tenía cuadros muy críticos que requerían de una atención integral e individualizada que no se pudo ofrecer. En lo que respecta a los síntomas físicos, al inicio fueron tratados basándose en otras enfermedades, no obstante, la salud mental y emocional pasaron a segundo plano.

Por su parte, los centros sociosanitarios, especialmente las residencias de personas mayores fueron afectados directamente, siendo el lugar donde más fallecimientos se produjeron. Hay que tener en cuenta que los usuarios de estos centros son vulnerables y frágiles, por lo que el impacto fue mucho más grave.

Desde el inicio de la pandemia, las residencias carecieron de recursos materiales y personales. Además, sus enfermos no tuvieron opción de ser hospitalizados, ya que la demanda hospitalaria era tan grande, que se priorizó la asistencia de gente más joven. El personal no cualificado de las residencias tuvo que asumir, funciones, en ocasiones, fuera de sus competencias.

La muerte en soledad fue otra de las grandes consecuencias y más dolorosas que nos dejó la pandemia Covid-19. La hospitalización por coronavirus supuso alejarlos de sus seres

queridos. En muchas ocasiones, las despedidas fueron muy dramáticas, con miedo, angustia y desinformación, privando al paciente de su derecho a tener una muerte digna. Para paliar estas situaciones de desamparo, se recurrió a la utilización de la tecnología. Los servicios sanitarios no contaban con una pandemia, pero, sería inaceptable que en el futuro las personas en estado terminal no tuvieran la oportunidad de recibir CP integrales y de despedidas más humanas y dignas.

Los CP son una de las demandas más necesarias en el futuro, a medida que aumenta la población de personas mayores y aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas se hacen más y más necesarios.

La irrupción de enfermedades como la Covid-19 ha puesto de relieve la necesidad de una mejor formación, y la falta de disciplinas estandarizadas. Dicho cuidado requiere habilidades únicas que se adquieren mejor a través del contacto directo con pacientes y familiares en etapas críticas de la vida y enseñadas por profesionales especializados.

Por último, la pandemia ha expuesto la fragilidad del SNS. Cuando haya quedado atrás, posiblemente deberán hacerse cambios importantes y positivos en la reorganización de los sistemas de salud para que sean capaces de afrontar situaciones como las vividas. Los próximos años serán decisivos para el avance de los CP.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Martínez E, Liébana Presa C, Martínez-Soriano M, López- Alonso A. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Med Paliativa* [Internet]. 2019;26(3):205–10. Disponible en: https://www.medicinapaliativa.es/Ficheros/278/2/04_OR_Fernandez_MEDPAL26-3_esp.pdf
2. Edo Gual M, Monforto Royo C (dir). Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya [Tesis doctoral en Internet]. [Cataluña]: Universidad Internacional de Cataluña; 2015. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/317380>
3. Freitas Tiago Luan Labres de, Banazeski A.C., Eisele A., de Souza Elaine N., Bitencourt J. V. de Oliveira Vargas, Souza Silvia Silva de. La visión de la enfermería ante el proceso de muerte y morir de pacientes críticos: una revisión integradora. *Enferm. glob* [Internet]. 2016;15(41):322-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es.
4. Esperanza de vida [Internet]. Instituto Nacional de Estadística. 2021. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
5. Rico Gómez A, Infante Campos A. Demografía y sanidad en España: ¿qué podemos aprender de Europa?. *ICE* [Internet]. 2004;185–204. Disponible en: <http://www.revistasice.com/index.php/ICE/article/view/664/664>
6. De Lillo, L. Del encarnizamiento terapéutico a una muerte digna. *Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina* [Internet]. 2011. Disponible en: <https://fundacionmetta.org/contenidos/cursos/6a%202009%20L%20de%20Lillo-%20Del%20encarnizamiento%20terapeutico.pdf>
7. OMS Cuidados Paliativos. WHO [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>

8. Vidal MA, Torres LM. In memoriam Cicely Saunders, fundadora de los Cuidados Paliativos. Rev la Soc Española del Dolor [Internet]. 2006;13(3):143-4. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n3/editorial.pdf>
9. SECPAL [Internet]. Disponible en: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
10. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA [Internet]. 2006. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
11. Ruiz Bravo A, Jiménez Varela M. SARS-CoV-2 y pandemia de síndrome respiratorio agudo (COVID-19). Ars Pharm [Internet]. 2020;61(2):63-9. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/15177>
12. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses [Internet]. 2020. Disponible en: <https://talk.ictvonline.org>
13. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Fernández Alonso MC, Luis Tizón J. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. Elsevier [Internet]. 2021;51:89–101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-pandemia-covid-19-salud-mental-reflexiones-S0212656720301876>
14. Picazo JJ. Vacuna frente al COVID-19. Rev Esp Quimioter [Internet]. 2021;34(6):569–98. Disponible en: <https://seq.es/wp-content/uploads/2021/06/picazo28jun2021.pdf>
15. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España [Internet]. Disponible en: <http://mscbs.gob.es>

16. Fernandes Tritany É, Bormann Breno A, Eduardo Xavier de Merino P. Fortalecer los cuidados paliativos durante la pandemia de Covid-19 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/?lang=pt>
17. Maciá Gómez R. El concepto legal de muerte digna. Revista polo del conocimiento [Internet]. 2008. Disponible en: <https://derechoamorir.org/wp-content/uploads/2018/09/2008-concepto-legal-muerte-digna.pdf>
18. Gómez Batiste X, Leiva JP, Tuca A, Beas E, Montoliu RM, Gálvez R. Organización paliativa durante la pandemia de la COVID-19 y propuestas para la adaptación de los servicios y programas de cuidados paliativos y de atención psicosocial ante la posibilidad de reactivación de la pandemia y época pos- COVID-19. Med Paliat [Internet]. 2020; 27(3): 242-254. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/organizacion-paliativa-durante-la-pandemia-de-la-covid-19-y-propuestas-para-la-adaptacion-de-los-servicios-y-programas-de-cuidados-paliativos-y-de-atencion-psicosocial-ante-la-posibilidad-de-reactivacion-de-la-pandemia-y-epoca-pos-covid-19548>
19. Souza TA De, Medeiros ADA, Barbosa IR. Depression and anxiety in nursing professionals during the covid-19 pandemic. EAN [Internet]. 2021;25:1-15. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v25nspe/en_1414-8145-ean-25-spe-e20200370.pdf
20. García Pérez MA. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev. Adm. Sanit. [Internet]. 2006;4(2):341-56 Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/los-principios-bioetica-insercion-social-practica-medica-13091842-originales-2006>
21. Llaca García E, Templo Esteban LA. The Covid-19 pandemic in Mexico: The fundamental role of palliative care and bioethics. Med y ética: Rev Int bioética, Deontol y ética médica [Internet]. 2021;32(1):197-213. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7755888>
22. Kirchhoffer DG. Dignity, Autonomy, and Allocation of Scarce Medical Resources During COVID-19. J Bioeth Inq [Internet]. 2020;17(4):691-696. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32840827/>

23. Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen* [Internet]. 2016 Nov 1;42(8):566–74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-adequacion-del-esfuerzo-terapeutico-una-S1138359315004177>
24. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Burney S. A Review of the Construct of Demoralization: History, Definitions, and Future Directions for Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliat Med* [Internet]. 2016;33:93–101. Disponible en : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25294224/>
25. Riisfeldt TD. Weakening the ethical distinction between euthanasia, palliative opioid use and palliative sedation. *J Med Ethics* [Internet]. 2020 En 1;46(1):59–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31723035/>
26. López Areces A, Blanco Santos Y, Vitón Moreno R. Práctica clínica y bioética de los cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Rev Med Leg* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://medicinalegal2021.sld.cu/index.php/medicinalega/2021/paper/viewFile/15/28>
27. Fernández Fraga MI, Besteiro Gómez I (dir). Relación enfermera paciente- familia en cuidados paliativos [Tesis doctoral en Internet]. [Galicia]: Universidad de A Coruña; 2017. Disponible en: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/19512/FernandezFraga_MariaInes_TD_2017.pdf?sequence=2&isAllowed=y
28. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: valoración y cuidados. *Editorial Médica Panamericana* [Internet]. 2012;2. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=658446>
29. Rivera López, et al. Propuesta para la elaboración de un protocolo de triaje en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Rev Bio y Der* [Internet]. 2020;50:37-61. Disponible en: <https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/31816/32233>
30. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T. Palliative Care in the Time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(2):79-80. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(20\)30245-1/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(20)30245-1/fulltext)

31. Florêncio RS, Feitosa Cestari VR, de Souza LC, Flor AC, Nogueira VP, Magalhães Moreira TM, et al. Cuidados paliativos no contexto da pandemia de COVID-19: desafios e contribuições. ACTA Paul Enferm [Internet]. 2020;33. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/ape/a/WprnrGf7wGWOPJyztZv5YNg/>
32. Rubio YA. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la actividad de una unidad de cuidados paliativo. Rev Clin Esp [Internet]. 2021;156:520–1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-efectos-pandemia-por-covid-19-actividad-S002577532100021X>
33. OMS Organización Mundial de la Salud. Información básica sobre la COVID- 19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
34. Maglio I, Valdez P, Cámara L, Finn B, Klein M, Pincemin I, et al. Ethical guides, criteria for admission in intensive care, palliative care. Multi-society recommendations for allocation of resources during the COVID-19 pandemic. Medicina (B Aires) [Internet]. 2020;80 Suppl 3:45-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32658848/>
35. Sheahan, L., & Brennan, F. What Matters? Palliative Care, Ethics, and the COVID-19 Pandemic. BMC bioethical ethics [Internet]. 2020; 17(4):793-796. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-020-10046-3>
36. Alderman B, Webber K, Davies A. An audit of end-of-life symptom control in patients with corona virus disease 2019 (COVID-19) dying in a hospital in the United Kingdom. Palliat Med 2020;34(9):1249-1255 [Internet]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32736493/>
37. Heath L, Yates S, Carey M, Miller M. Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. AM J HOSP PALLIAT MED [Internet]. 2020;37(11):988-991. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32705889/>

38. Andrés Gimeno B, Solís Muñoz M, Revuelta Zamorano M, Sánchez Herrero Héctor, Satano Magariño A. Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19. *Enferm clín* [Internet]. 2021; 31:49-54. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-cuidados-enfermeros-el-paciente-adulto-S1130862120303132>
39. Amblàs Novellas J. La atención paliativa en las residencias durante la pandemia COVID-19 (o cuando el coronavirus llamó a la puerta del ámbito más vulnerable del sistema). *Med Paliativa* [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342859362_La_atencion_paliativa_en_las_residencias_durante_la_pandemia_COVID-19_o_cuando_el_coronavirus_llamo_a_la_puerta_del_ambito_mas_vulnerable_del_sistema
40. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa C, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: A cross-sectional study. *Palliat Med* [Internet]. 2014;28:302-11. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Prevalence+and+characteristics+of+patients+with+advanced+chronic+conditions+in+need+of+palliative+care+in+the+general+populatio&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
41. Lasmarías Martínez C, Delgado Girón S, Rietjens JAC, Korfage IJ, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la planificación de decisiones anticipadas: Un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliativa* [Internet]. 2019;26:236-49. Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/definicion-y-recomendaciones-para-la-planificacion-de-decisiones-anticipadas-un-consenso-internacional-apoyado-por-la-european-association-for-palliative-care-eapc439>
42. SECPAL. Recomendaciones para familiares para la despedida y el duelo ante la presencia del COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.dgire.unam.mx/contenido_wp/documentos/bienestar-emocional/recomendaciones.html

43. SECPAL. Recomendaciones sobre cuidar y acompañar personas en situación de últimos días y a su familia y/o cuidadores [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2020/03/DOCUMENTO-SOBRE-ACOMPANAMIENTO- COVID-19-1.pdf>
44. Rubio JA. Efectos de la pandemia por COVID-19 en la actividad de una unidad de cuidados paliativos. Elsevier [Internet]. 2021 my;156(10):520–1. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-efectos-pandemia-por-covid-19-actividad-S002577532100021X>
45. Trejo Martínez F. Incertidumbre ante la enfermedad. Aplicación de la teoría para el cuidado enfermero. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 2012 Abr 30;11(1):34–8. Disponible en : <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/120>
46. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. Global telemedicine implementation and integration within health systems to fight the COVID-19 pandemic: A call to action. JMIR Public Heal Surveill [Internet]. 2020;6(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32238336/>
47. M. Barreto, C. Garcia-Vivar, G. Dupas, L. Misue, S. Macon. La ausencia familiar en la atención de urgencia conlleva sufrimiento en pacientes y familiares. Enferm Intensiva [Internet]. 2019;28: 21-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-la-ausencia-familiar-atencion-urgencia-S1130239919300458>
48. Tarazona-Santabalbina, F. J., Martínez-Velilla, N., Vidán, M. T., & García-Navarro, J. A. COVID-19, adulto mayor y edadismo: errores que nunca han de volver a ocurrir Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2020: 5(4);91-192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7188650/>
49. Sánchez, T. S. Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19. Studia Zamorensia [Internet]. 2020:(19);43-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=771817>

50. Perrone S V, Barbagelata A, Diez F, Franchella J, Angelino A. Los profesionales de la Salud requieren todos los recursos Héroes , vectores o víctimas. *Insuf Card* [Internet]. 2020;15(2):52-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/ic/v15n2/v15n2a04.pdf>
51. Tritany ÉF, Souza Filho BAB de, Mendonça PEX de. Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface - ComunSaúde, Educ* [Internet]. 2021;25:1-14. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KzYVJwppxwW4HFfBSgrjwWJ/abstract/?lang=es>
52. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp y Salud Pública* [Internet]. 2020; 37(2): 327-334. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/>
53. Wenk R, De Lima L, Mutto E, Berenguel MDR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Med Paliativa* [Internet]. 2016 En. 1;23(1):42-48. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7100337>
54. Tanzi S, Alquati S, Martucci G, De Panfilis L. Learning a palliative care approach during the COVID-19 pandemic: A case study in an Infectious Diseases Unit. *Palliat Med* [Internet]. 2020;34(9):1220-1227. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32736486/>
55. Selman LE, Chao D, Sowden R, Marshall S, Chamberlain C, Koffman J. Bereavement support on the frontline of COVID-19: Recommendations for hospital clinicians. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(2):81-86. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7196538/>
56. García Sánchez E. Humanize Death in a Time of Sanitary Crisis: Accompanied Die, Farewell and Receive Spiritual Care. *Cuad Bioet* [Internet]. 2020;31(102):203-222. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32910672/>