



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

“CUIDADOS PALIATIVOS DURANTE LA FASE AGUDA DE LA COVID-19”

Edurne García Fuentes

Tutelado por: M. M. Montserrat Ballesteros García

Soria, 26 de mayo de 2022

“[...] Y una vez que la tormenta termine, no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste. Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta ha terminado realmente. Pero una cosa sí es segura, cuando salgas de esa tormenta, no serás la misma persona que entró en ella. De eso trata esta tormenta.”

Haruki Murakami

ÍNDICE

1. Introducción	[página 1]
1.1 Definición, etiología y síntomas de la COVID-19.....	[página 1]
1.2 COVID-19: Pandemia mundial.....	[página 1]
1.3 Confinamiento.....	[página 2]
1.4 Sobrecarga del sistema sanitario	[página 2]
2. Justificación	[página 3]
3. Objetivo.....	[página 3]
4. Material y métodos	[página 4]
5. Resultados.....	[página 5]
5.1 Cuidados Paliativos en pacientes con enfermedades avanzadas en el contexto COVID-19.....	[página 6]
5.2 Cuidados Paliativos en pacientes hospitalizados infectados por la enfermedad COVID-19.....	[página 7]
5.2.1 Tratamiento paliativo en pacientes hospitalizados COVID.....	[página 8]
5.2.1.1 Control de la sintomatología.....	[página 8]
5.2.1.2 Intervenciones en la elaboración del duelo.....	[página 8]
5.2.1.3 Apoyo espiritual al paciente y a la familia.....	[página 9]
5.3 Figura de los profesionales sanitarios.....	[página 9]
5.4 Formación del personal sanitario al final de la vida ante nuevas situaciones de pandemia.....	[página 10]
5.5 Enfermería durante la COVID-19.....	[página 11]
6. Discusión.....	[página 12]
7. Conclusiones.....	[página 12]
8. Bibliografía.....	[página 13]
9. Anexos.....	[página I]
Anexo I.	[página I]

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla I. Tabla MeSH and DeCS.....	[página 4]
Figura I. Diagrama de flujo de selección de artículos	[página 5]
Figura II. Aspectos a tener en cuenta en la atención paliativa durante la pandemia.....	[página 7]
Tabla II. Acciones propuestas a corto, medio plazo.....	[página 11]
Tabla III. Recopilación de artículos utilizados en el apartado de resultados.....	[Anexo I]

Resumen

- **Introducción:** La pandemia causada por el virus Sars-CoV-2 ha obligado a implementar estrictos protocolos, resaltando el aislamiento de pacientes infectados en el contexto hospitalario. Dichas medidas, alteran de forma significativa la atención al final de la vida donde se producen muertes de personas enfermas en soledad, separadas de sus familiares o allegados y en algunas ocasiones, privadas de apoyo para la toma de decisiones. Así mismo, se evidencia una elevada presión en profesionales de salud debido a la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos. Por ello, los Cuidados Paliativos (CP) juegan un papel importante en esta pandemia.
- **Objetivos:** Describir el impacto que la COVID-19 ha tenido en los CP y preparar el camino de nuevas actuaciones para futuras pandemias.
- **Metodología:** Revisión bibliográfica científica utilizando artículos con una antigüedad no inferior a 3 años y las bases de datos: Pubmed, Scielo, Dialnet y Elsevier. Además, se ha usado la “búsqueda inversa”.
- **Resultados:** Los CP son los cuidados adecuados para los pacientes que se encuentran en situación de últimos días, además es imprescindible incluir a la familia o allegados. La telemedicina, el control de síntomas, la atención del duelo familiar y el apoyo espiritual son las herramientas utilizadas en este contexto de pandemia. Por otro lado, la figura del profesional sanitario, en particular, la enfermería tiene especial relevancia en esta pandemia, destacando la importancia de la formación en CP.
- **Discusión:** La muerte digna es un derecho fundamental que merece ser amparado incluso en situaciones de pandemia. Esta pandemia evidencia puntos débiles en la atención paliativa siendo necesario priorizar las últimas voluntades del paciente así como mantener una comunicación efectiva incorporando la telemedicina.
- **Conclusiones:** El impacto que la Covid-19 ha tenido en los CP es muy grande, el aislamiento de pacientes afectó negativamente a una de las principales acciones de la enfermería: el contacto y la interacción con el paciente. Por ende, es necesario promover la formación, investigación e innovación del personal sanitario en CP, en especial del personal de enfermería, para garantizar la humanización de los cuidados al final de la vida.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Telemedicina, COVID-19, enfermería

1. INTRODUCCIÓN

El virus Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2) ha provocado una severa pandemia a nivel mundial, desatando pánico y alarma universal. Es un virus altamente contagioso, que ha generado colapso del sistema sanitario en muchas regiones del planeta causando miles de fallecimientos. (Maguiña Vargas et al., 2020)

1.1. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA Y SÍNTOMAS DE LA COVID 19

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-Cov-2”. (OMS, 2020). Todavía se está investigando el origen concreto del virus SARS-CoV-2, si bien se ha especulado que se ha podido transmitir a humanos a través de animales, en concreto, murciélagos o pangolines, ya que posee un reservorio animal. (Maguiña Vargas et al., 2020)

Su principal vía de transmisión es la respiratoria a través de la tos o secreciones respiratorias o por contacto cercano persona a persona. El SARS-CoV-2 tiene predilección por el árbol respiratorio, una vez que penetra genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio, lo que en algunos casos puede agravar al paciente y causar daño multiorgánico. (Maguiña Vargas et al., 2020)

El periodo de incubación medio del virus es aproximadamente de unos cinco días (con un rango entre 0 y 14 días). (Rubio-Pérez, et al., 2020)

Según la OMS, la sintomatología de este virus es muy diversa destacando la fiebre, la tos seca y el cansancio como síntomas más frecuentes. No obstante, se puede dar la aparición de otros síntomas como la pérdida del gusto y/o el olfato, congestión nasal, dolor de garganta, dolor de cabeza, mialgias, dolores articulares, diarrea, náuseas o vómitos, entre otros. (OMS, 2020) Debe considerarse que la complicación más frecuente es la neumonía y que las formas graves tienden a acompañarse con Síndrome de Dificultad Respiratoria Aguda (SDRA). (Trias, 2020)

1.2. COVID 19: PANDEMIA MUNDIAL

En el año 1951 los estados miembros de la OMS aprobaron el Reglamento Sanitario Internacional que, después de diversas actualizaciones, condujo a un acuerdo internacional jurídicamente vinculante, suscrito en el año 2005 por 196 países. El principal objetivo de este acuerdo es auxiliar a la comunidad internacional cuando aparezcan riesgos graves para la salud pública que puedan traspasar fronteras y poner en riesgo a la comunidad mundial. (Caparó, et al., 2020)

Recién empezado el siglo XXI, nos encontramos con una crisis de salud sin precedentes producida por la cepa de coronavirus SARS-CoV-2. Se trata de un virus altamente contagioso cuyo origen se retracta en la provincia de Hubei (ciudad de Wuhan), el cual se extendió rápidamente por numerosos países del mundo. (Maguiña Vargas et al., 2020) Concretamente, el primer paciente registrado por enfermedad de COVID-19 en España se dio en La Gomera (Islas Canarias) el 31 de enero de 2020. (Zaar et al., 2020)

El motivo de la rápida propagación del virus se explica por las particulares condiciones de la ciudad de Wuhan donde existe una elevada contaminación y una aplastante sobreexplotación, además de su rápido flujo de tránsito internacional. Todo ello sumado a la “insuficiente conciencia de protección” y el no aislamiento social a tiempo en China, y posteriormente en Italia y España. (Caparó, et al., 2020)

1.3. CONFINAMIENTO

El confinamiento es una medida que se aplica a nivel comunitario, con ello se establecen estrategias para reducir las interacciones sociales; como el uso obligatorio de mascarillas, suspensión del transporte, cierre de fronteras, restricción de horarios de circulación, distanciamiento social, etc., que implica permanecer refugiado el mayor tiempo posible. (Sánchez-Villena et al., 2020)

El Gobierno de España decretó el estado de alarma el 13 de marzo de 2020 para frenar la expansión del coronavirus y reducir la emergencia sanitaria que se estaba produciendo en esos momentos. Asimismo, decretó un estado de confinamiento obligatorio para todo el territorio español, que implicaba distanciamiento social, aislamiento en el propio domicilio, limitaciones drásticas de la libertad de circulación de los ciudadanos y suspensión de la actividad comercial y educativa, autorizándose exclusivamente actividades relacionadas con bienes de primera necesidad (alimentos, medicinas y asistencia sanitaria). El 28 de abril de 2020 se anunció el Plan de desconfinamiento de España, consistente en cuatro fases en las que se reducen de manera gradual las limitaciones del desconfinamiento. (Sandín et al., 2020)

1.4. SOBRECARGA DEL SISTEMA SANITARIO

El 11 de marzo de 2020, la OMS categorizó la enfermedad por COVID-19 como pandemia internacional, circunstancia que puso a prueba el sistema sanitario de muchos países del mundo, incluyendo al español. (Ramírez, et al., 2021) En primera línea de combate se encontraron los profesionales de salud, que estaban en contacto directo con pacientes con sospecha y/o confirmados con la infección por SARS-CoV-2. (Loyola da Silva, et al., 2021)

El alto riesgo de exposición al virus por parte de los profesionales con situaciones de elevada tensión, incertidumbre y sobrecarga emocional provocó un aumento del estrés laboral que genera reacciones de ansiedad, agravamiento de problemas mentales ya existentes y aparición de nuevos casos a medio y largo plazo. (Esquerdo, 2020)

El apoyo social es un factor de protección emocional significativo, sin embargo se vio debilitado debido a las restricciones impuestas para frenar la expansión y el contagio del virus. Según Esquerdo (2020), los factores que amenazaron la salud mental del personal sanitario, sin contar con el rebrote de la enfermedad son:

- **Fatiga por compasión:** es la sobrecarga emocional provocada por la exposición al sufrimiento ajeno de forma continuada en el tiempo. La relación entre el profesional sanitario y el paciente se desgasta debido a la falta de recursos para manejar el sufrimiento del paciente, de sus familiares o del personal mismo.

- Angustia moral o “*moral distress*”: es el sentimiento de impotencia producido en situaciones en las que el profesional sanitario sabe qué es lo que tiene que hacer, pero no puede llevarlo a cabo, en particular, en las decisiones que afectan al final de la vida.
- Estrés postraumático: es el conjunto de síntomas que pueden manifestarse después de haber estado expuesto a un acontecimiento estresante, demasiado traumático, en el que la persona experimenta daño físico o peligro.

A todos ellos se les sumó el elevado nivel de exigencia que han tenido al asumir roles que jamás antes habían desempeñado, así como angustia que han padecido al colocar sus vidas y a las de sus seres queridos en riesgo. (Esquerdo, 2020)

Contra toda adversidad, la enfermería en todas sus especialidades, ha desempeñado su trabajo con eficacia, adaptándose a nuevas instrucciones y prestando el cuidado necesario a los pacientes. (Loyola da Silva, et al., 2021) Además, como parte fundamental del trabajo de enfermería, se encuentra la educación para la salud sobre medidas educativas de prevención y contención de la pandemia, así como combatir las “*fake news*” o noticias falsas, cuyo objetivo es desinformar, engañar y generar ruido.

Pero CP será una de las especialidades que más ha sufrido, quizás por la mala interpretación de los objetivos de los mismos o por el desconocimiento del personal sanitario a la hora de aplicarlos en tiempo de pandemia. (Acuña Aguilar, 2021)

2. JUSTIFICACIÓN

Si bien la llegada del virus alteró de forma significativa la atención al final de la vida y por ende la manera de abordar los CP tal y como son, el cuidado y la atención no debe centrarse en aplicar protocolos para salvar al mayor número de personas, sino que debe centrarse en valores y habilidades humanas. (García Sánchez, 2020)

La siguiente frase: “Si puedes curar cura, si no puedes curar alivia y si no puedes aliviar consuela”, nos muestra uno de los pilares de los CP, que permite a los profesionales sanitarios enfrentar tanto la enfermedad como la situación de últimos días de un paciente (Acuña Aguilar, 2021)

Este trabajo de revisión bibliográfica se lleva a cabo debido a todo lo observado durante el trabajo remunerado que realicé durante los primeros meses de pandemia, atendiendo a personas disminuidas psíquicas y donde constaté la importancia de los CP en una pandemia imprevisible y caótica donde muchos pacientes murieron y tuvieron que recibir cuidados al final de la vida, siendo pacientes COVID-19.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir el impacto que ha tenido la fase aguda de la COVID-19 en los CP y preparar el camino de nuevas actuaciones para futuras pandemias.

Objetivos específicos

- Desarrollar cuáles fueron los cuidados de enfermería al final de la vida a los pacientes en las unidades de CP, durante la pandemia.
- Describir cuáles fueron los cuidados de enfermería al final de la vida a los pacientes con COVID- 19-
- Determinar una formación básica en cuidados paliativos para profesionales de enfermería en próximas pandemias.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica científica con la finalidad de abordar las publicaciones acerca de los CP en la época pandémica de la COVID-19.

La búsqueda de documentación se realizó durante los meses de noviembre de 2021 a abril de 2022. La bibliografía utilizada no tiene una antigüedad superior a tres años, ya que la pandemia fue declarada el 11 de marzo de 2020 y no hay datos anteriores a dicha fecha.

Se realizó una búsqueda general y rápida de información en el buscador de Google y Google Académico con la finalidad de conocer la información existente acerca del trabajo abordado. Posteriormente, se realizaron varias búsquedas online mediante las bases de datos PubMed, Scielo, Dialnet y Elsevier a partir de la combinación de los descriptores MeSH y sus correspondientes DeCS; así como también se utilizaron los operadores booleanos AND y OR.

Tabla I. Tabla MeSH and DeCS. Fuente: Elaboración propia.

MeSH	DeCS
palliative care	cuidados paliativos
Telemedicine	Telemedicina
covid-19/coronavirus	covid-19/coronavirus
Nursing	Enfermería

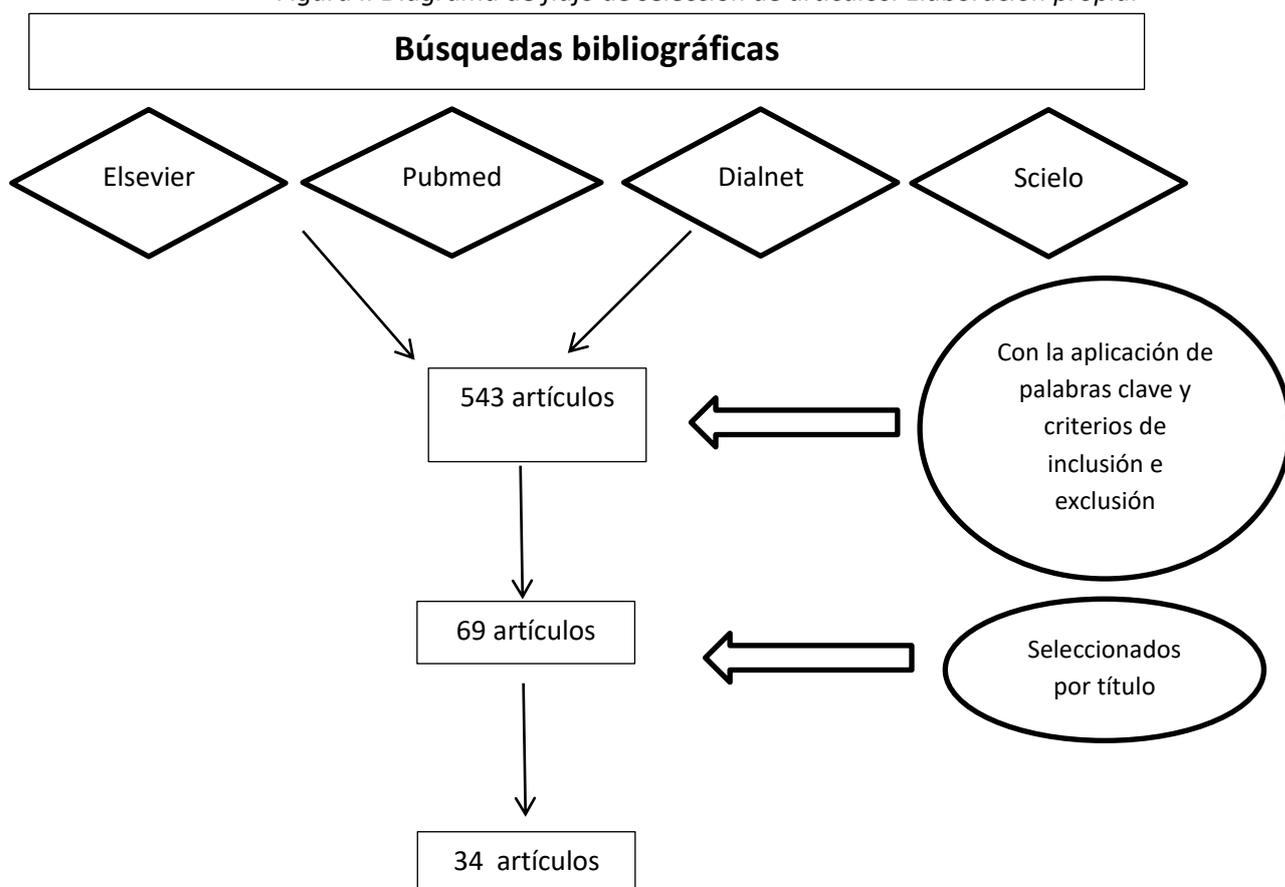
La obtención de información se ha desarrollado a través de la utilización de criterios de inclusión, dentro de los cuales se encuentran:

- Acceso libre, completo y gratuito.
- Artículos, revistas, protocolos de intervención o manuales de procedimiento. Todos ellos avalados por evidencia científica.
- Con una temporalidad no inferior a marzo de 2020.
- Documentos en español e inglés.

El criterio de exclusión utilizado fue que los documentos no se ajustasen a los criterios de inclusión ya descritos, además de desechar aquellos artículos con información duplicada con respecto a publicaciones ya seleccionadas.

Finalmente, la investigación bibliográfica culminó con el método “búsqueda inversa”, el cual es una estrategia utilizada para encontrar más referencias contenidas en los documentos ya obtenidos.

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos. Elaboración propia.



La recopilación de artículos utilizados se muestra en el *Anexo I*.

5. RESULTADOS

Según la Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2022), “los Cuidados Paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere. Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos”. Enfermería cumple un papel fundamental en los CP a pesar de las limitaciones que han ido surgiendo a medida que se desarrollaba la pandemia. Ha sido necesario brindar unos cuidados cercanos y más humanitarios a los enfermos para garantizar el respeto y la confianza que se merecen en una situación como la vivida. Es fundamental garantizar que en pacientes en los que la muerte es inminente podamos ofrecer una muerte digna y para ello es esencial conocer el funcionamiento de los cuidados paliativos. (Heath et al., 2020).

5.1. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AVANZADAS EN EL CONTEXTO COVID-19

Los CP son los cuidados adecuados que se realizan al paciente que presenta una enfermedad terminal, necesitando que se les controlen todo tipo de síntomas así como recibir apoyo espiritual, psicológico y familiar. Con la llegada de la COVID-19, estos pacientes en tratamiento, se les clasificó como grupo de riesgo, ya que podían manifestar cuadros severos de infecciones por la COVID-19 relacionados a sus comorbilidades e inmunodepresión. (Anchundia, et al., 2020)

Bien sabido es que la comunicación entre los profesionales de CP y la familia mejora la calidad de vida percibida, aumenta la satisfacción con los cuidados recibidos, los tratamientos aplicados no se ven agresivos. Y, sobre todo, garantiza la autonomía del paciente en la toma de decisiones siempre y cuando sea mentalmente capaz. (García Sánchez, 2020) Sin embargo, en la pandemia se ha dado la ausencia de contacto del paciente con su entorno familiar más cercano en todos los ámbitos asistenciales, así como de los familiares con el equipo asistencial y de éste con el paciente. (Julià-Torras et al., 2021)

Dentro de los factores que influyeron en los CP podemos citar: tiempo desde que aparecían los síntomas hasta el fallecimiento, no poder realizar un triaje efectivo por lo que los pacientes acudían tarde a CP, poco tiempo para que pacientes y familiares procesaran la información y tomaran decisiones, altos niveles de estrés, etc. Además, los síntomas incapacitantes asociados (ansiedad, delirium, etc.) produjeron que los pacientes no pudieran tomar sus propias decisiones y que esta responsabilidad pasara a sus familiares o allegados, desencadenando en ellos sensaciones de culpa o ansiedad. (Acuña Aguilar, 2021)

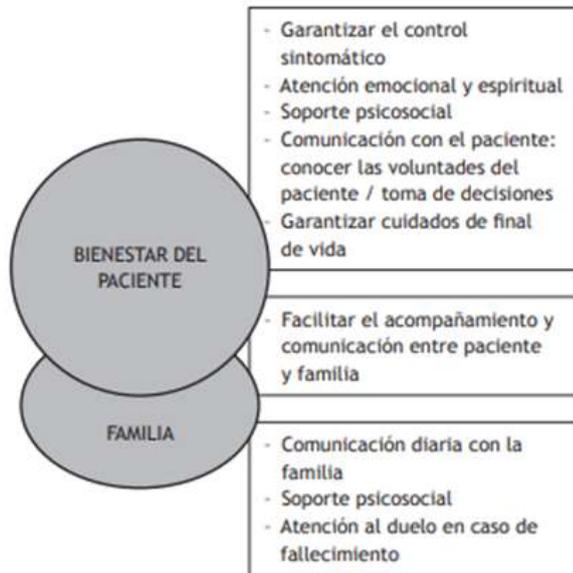
Los cuidados de enfermería se vieron modificados, no solo en el hospital sino también en el domicilio al tener que aplicar protocolos estandarizados por COVID-19 que disminuían el contacto con los pacientes. La principal estrategia a seguir fue la telemedicina, mediante la cual se permitió extender o renovar recetas para opioides, además las consultas por vídeo permitían observar el hogar del paciente, cosa que no ocurre en una consulta presencial. Estimar la supervivencia de estos pacientes es crucial para la toma de decisiones y para la farmacología a utilizar. Además, con la tecnología de telesalud se preservaba la intimidad y la comunicación, algo esencial en CP. El personal de enfermería a través de estas consultas informó a estos pacientes de los efectos secundarios de los medicamentos, para aliviar no solo la enfermedad sino también los efectos psicosomáticos que pudiesen sufrir. (Anchundia, et al., 2020)

Simultáneamente, las consultas de telesalud de CP con la familia, permitieron asesorar a la familia sobre lo que iban a ver, preguntar sobre problemas hereditarios y otras necesidades específicas incluido el cuidado espiritual. Todo ello sirvió para que el personal sanitario pudiera hablar con el paciente sobre historias familiares, música, pasatiempos, etc. Con ello se consigue que los aspectos humanos permanezcan más visibles que los tecnológicos. (Ritkey, et al. 2020) Además, gracias a la formación de enfermería en empatía, respeto, etc. supuso que los pacientes recibiesen una atención digna e integral. (Anchundia et al., 2020)

Los aspectos a tener en cuenta en la atención paliativa durante la pandemia engloban tanto el bienestar del paciente como de la familia o como de ambos. Tal y como se muestra en la *Figura II.*, es necesario que el paciente reciba atención emocional y espiritual y conocer sus voluntades así como garantizar los cuidados de final de vida y el control de síntomas. La familia

también precisa soporte psicosocial y atención al duelo en caso de que hubiese fallecimiento. De tal modo se debe facilitar el acompañamiento y la comunicación entre paciente y familia en la manera que sea posible. (Trias, 2020)

Figura II. Aspectos a tener en cuenta en la atención paliativa durante la pandemia. (Trias, 2020)



Como cita Carlos Fernando Acuña Aguilar (2021): “Esta época de pandemia, donde acechan los riesgos de la enfermedad y la muerte, donde abrumba la soledad es a la vez una oportunidad para que los profesionales de la salud encuentren su cara más humana y la ofrezcan al mundo. Esa cara que no se aprende en libros o revistas, ese lado humano que nos orientó en un principio a ser lo que hoy somos: seres humanos al servicio de la salud de nuestros semejantes”.

5.2. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS INFECTADOS POR LA ENFERMEDAD COVID-19

Frente a la pandemia por COVID-19, resulta vital conocer los aspectos claves de la infección: su origen epidemiológico, presentación, curso clínico, diagnóstico y tratamientos empleados; dado que la presentación clínica de esta enfermedad es muy variable y la sintomatología oscila desde cuadros leves a cuadros graves. (Rubio-Pérez, et al., 2020). Ante esta situación, los pacientes hospitalizados por COVID-19 van a requerir un plan de atención integral humanizado centrado en la persona, ya que puede verse alterado tanto la dimensión biológica, psicológica, espiritual, sanitaria y otras. (Acuña Aguilar, 2021). Los profesionales sanitarios no han podido contar con terapias específicas para esta nueva enfermedad, por lo que es fundamental el uso de medidas de soporte así como el alivio sintomático de estos pacientes (Trias, 2020), ya que el paciente en una fase terminal, puede presentar más sufrimiento en presencia de COVID-19. El objetivo de estos cuidados paliativos es reducir y mitigar la patología para brindar al paciente el mayor confort y bienestar, sin olvidar nunca que el tratamiento paliativo debe ser individualizado. (Heath et al., 2020).

5.2.1. TRATAMIENTO PALIATIVO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS COVID

Según Pérez Moreno et al., (2020), en el servicio de CP se puede llevar a cabo las siguientes intervenciones:

- Control de la sintomatología
- Intervenciones en la elaboración del duelo
- Apoyo espiritual al paciente y a la familia

5.2.1.1. CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA

Se trata del control de síntomas en aquellos pacientes que pese a ingresar en el hospital por una infección aguda, pasaban a considerarse pacientes al final de la vida, entre otras cosas por no existir un tratamiento curativo y por lo tanto se les consideraba como pacientes paliativos. (Maglio et al., 2020).

El tratamiento de primera línea en estos pacientes sería infusión subcutánea de morfina para garantizar una buena absorción y también de esta forma garantizar que haya una menor asistencia presencial reduciendo el riesgo de contagio. La agitación o delirio se puede deber al uso de diferentes tratamientos farmacológicos y es necesario suministrar haloperidol de primera elección o midazolam. Los estertores pueden aparecer en los momentos previos al fallecimiento y el tratamiento de base sería la buscapina para evitar la secreción y cuyo principio activo, la escopolamina permite generar efectos anticolinérgicos (Maglio et al., 2020). En cuanto al dolor es necesario aliviar en la fase terminal los dolores que pueden provocar sufrimiento para lo cual se puede aplicar o bien morfina o bien fentanilo (Alderman et al., 2020). Es característico en estos pacientes los cuadros de fiebre para los cuales se administrarán antipiréticos. Finalmente las molestias gastrointestinales suelen ir asociados al uso de los diferentes fármacos que hemos mencionado y se administrarán antieméticos para mejorar la calidad de vida del paciente (de Andrés-Gimeno et al., 2021).

Según Pérez Moreno et al. (2020), “aquellos pacientes que tengan mal control de síntomas y no son candidatos a ingreso en unidades de cuidado intensivo o están bajo ventilación mecánica invasiva en contexto de fracaso terapéutico, la sedación paliativa se convierte en una alternativa para el manejo de síntomas refractarios”.

5.2.1.2. INTERVENCIONES EN LA ELABORACIÓN DEL DUELO

Con respecto a la elaboración del duelo, un duelo anticipado permite gestionar mejor las emociones tras la muerte. El acompañamiento así como la despedida del paciente moribundo es fundamental para llevar a cabo un buen proceso de duelo. (García Sánchez, 2020)

Durante la pandemia, todo el equipo multidisciplinario (psicología, psiquiatría, CP) ha seguido como estrategia clave para manejar el duelo anticipado la comunicación de alta calidad entre pacientes críticos y familiares, si bien y debido a las restricciones impuestas, ésta se ha tenido que realizar de manera virtual mediante videoconferencias, con ello se consigue disminuir el sentimiento de soledad y la no despedida de sus familiares o allegados como ocurrió en el inicio de la pandemia. Los familiares o allegados que no han podido despedirse, aumentan el

riesgo de desarrollar duelos patológicos y dolorosos, aseguran que el dolor de la pérdida parece no terminar nunca. (Pérez Moreno et al., 2020)

5.2.1.3. APOYO ESPIRITUAL AL PACIENTE Y A LA FAMILIA

La espiritualidad del paciente es uno de los aspectos más importantes en los CP del paciente (García Sánchez, 2020). Se debe tener en cuenta sus creencias, averiguar su forma de pensar, sus emociones, etc. Por ello es necesario el contacto y comunicación directa con la familia, para conocer la espiritualidad del paciente, y garantizar el bienestar y confort y que viva en paz en esos últimos días de vida y garantizar de esa forma una muerte digna (Janssen et al., 2020). En el caso que el paciente tenga unas creencias determinadas se puede solicitar la presencia de un sacerdote o reuniones virtuales (Selman et al., 2020).

Como afirma Virginia Henderson, el respeto a las necesidades espirituales de los pacientes y la ayuda para que puedan satisfacerlas forma parte específica de los cuidados básicos de enfermería. Sin embargo, al inicio de la pandemia y debido al colapso sanitario, muchos pacientes se encontraron privados de este cuidado, aunque en algunos hospitales se pudo realizar vía telemática y vía telefónica. (García Sánchez, 2020)

5.3. FIGURA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

En los primeros momentos de pandemia, la figura de los profesionales sanitarios cobró especial relevancia, ya que aún con limitaciones, eran los únicos en el acompañamiento de los pacientes al final de la vida. Sin embargo, era un acompañamiento distante, debido a las distancias de seguridad, la incomodidad que generaba portar Equipos de Protección Individual (EPI) por varias horas, la tensión permanente de estar en riesgo de contraer la enfermedad y con una carga asistencial desmedida que impedía brindar los cuidados a todos los pacientes por igual. Al igual que el acompañamiento en el hospital, el domicilio debe ser siempre una elección donde poder recibir CP, por lo que los pacientes deberían haber tenido esa posibilidad de la misma manera que sucede en el contexto de la normalidad. El acompañamiento en los momentos finales de vida es un derecho universal recogido en las bases de los CP, que en este contexto de emergencia sanitaria se ha visto vulnerado. (Consuegra-Fernández et al., 2020)

La muerte digna es un derecho humano cuyo objetivo es garantizar que los pacientes puedan ejercer su autonomía al final de la vida, controlando el proceso de su muerte en lo que concierne a su cuerpo, a su integridad y a su vida, independientemente de su condición (religioso, identidad sexual, política, etc.). La muerte digna trata de garantizar el acceso a los CP y el tratamiento del dolor, evitar el “empecinamiento terapéutico”, el acompañamiento en la última etapa de la vida y respetar la libre decisión de cada uno. (García-Atance García de Mora, 2016)

La escucha activa por parte de los profesionales fue uno de los aspectos más relevantes en los últimos días del paciente. Los equipos sanitarios han intentado solventar el problema de la comunicación mediante videoconferencias y llamadas, intentando aprovechar la tecnología existente para despedirse adecuadamente, ya que aquellos pacientes que están conscientes pueden presentar mayor miedo y ansiedad (Palma et al., 2021). Es necesario brindar la posibilidad de tener cerca dispositivos electrónicos que permitan comunicarse de manera fluida con sus familiares, surgiendo así la importancia del concepto de telemedicina en estos

tiempos de pandemia (Brown, 2020). Posteriormente, cuando se conocieron las medidas de prevención para evitar la transmisión, se establecieron protocolos que permitían una visita excepcional de un familiar. Estos protocolos eran rigurosos y estrictos (una sola persona, visita supervisada por personal sanitario, tiempo acotado, etc). Sin embargo, de alguna forma, se garantizaba el acompañamiento al final de la vida. (Reverte et al., 2020)

Con respecto al “empecinamiento terapéutico”, entendido como la insistencia en la aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias que no proporcionan ningún beneficio al enfermero terminal, podemos concluir que no se ha llevado a cabo durante los meses más duros de la pandemia. El colapso de los hospitales con pacientes que no sobrepasaban las urgencias hospitalarias, la falta de camas, la carencia de recursos materiales y humanos, etc.; provocó que los pacientes paliativos no tuvieran toda la atención que necesitaban. (Martín de Sequera, 2021)

5.4. FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO AL FINAL DE LA VIDA ANTE NUEVAS SITUACIONES DE PANDEMIA

La sobrecarga del sistema sanitario, la atención por personal de salud menos habituado a estas situaciones con mayores niveles de estrés o sin la formación o experiencia necesaria en CP, y en algunos casos trabajando fuera de su ámbito de práctica habitual, el aislamiento como una de las medidas estrictas para el control de la infección, así como, por la incertidumbre respecto al pronóstico, la dificultad para monitorizar los síntomas, la rápida evolución de la enfermedad y la dificultad para el contacto directo con la familia, supuso un ambiente inusual para los CP. (Julià-Torras et al., 2021) La situación se complicaba cuando a los pacientes COVID-19 en fase terminal se sumaban los pacientes oncológicos en la misma situación debido a que los servicios de salud no estaban preparados para brindar CP por la falta de infraestructura, financiamiento, y formación profesional. (Rodríguez Cruz, 2021) Para afrontar la alta demanda de atención de pacientes graves, la pandemia ha obligado a la movilización de recursos sanitarios (contratación de estudiantes de medicina y enfermería de último año, reclutamiento de médicos recientemente jubilados, habilitación de unidades de críticos adicionales, entre otras) y extrasanitarios (habilitación de pabellones médicos y hoteles, etc.). Todos los ámbitos asistenciales se han reorganizado rápidamente para transformar los espacios y los equipos. (Rodríguez Cruz, 2021)

En la *Tabla II*, se muestran algunas acciones para mejorar la intervención de los equipos de CP.

Tabla II. Acciones propuestas a corto, medio plazo. Fuente: Julià-Torras et al., 2021

Acciones propuestas a corto, medio plazo

- Integración funcional en los servicios de críticos y de infecciosas
- Identificar personal concreto del equipo de CP para la intervención específica en control de síntomas en el contexto de pacientes en final de vida y secuelas graves de pacientes curados
- Identificar personal concreto del equipo de CP para la intervención específica en el apoyo emocional de pacientes, familiares y profesionales
- Identificar personal concreto del equipo de CP para la intervención específica en el apoyo social, especialmente en aquellos aspectos prácticos que puedan generarse (atención a menores, hospedaje, etc.)

- Identificar personal concreto del equipo de CP para la intervención específica en el apoyo espiritual y religioso. (apoyar en la toma de decisiones, ritos de despedida, sacramentos, etc.)
- Identificar personal concreto del equipo de CP para el apoyo específico y evolutivo a las familias
- Facilitación en la constitución en el equipo de un grupo de asesoramiento y toma de decisiones rápido, especialmente a nivel bioético, con inclusión de miembro/s del Comité de Ética Asistencial
- Identificación de persona del equipo que gestione el tránsito hospital —domicilio y viceversa, especialmente para los pacientes previamente con enfermedad avanzada
- Formación específica a los equipos de CP sobre COVID-19 y posible enfermedad similar y de CP a los equipos que van a atender pacientes críticos
- Formación y trabajo continuado en equipo

5.5. ENFERMERÍA DURANTE LA COVID-19

Todos los profesionales de salud han cobrado un papel protagonista en la pandemia, y particularmente, enfermería, ha dejado ver las capacidades de su profesión así como sus potencialidades ante una emergencia sanitaria internacional. Según cifras de la OMS, las enfermeras representan casi el 50% de la fuerza laboral de salud. (Genny-Paola Fuentes Bermúdez, 2020)

El cuidado de enfermería exige un estrecho contacto con las personas enfermas, lo que conlleva riesgos biológicos y la posibilidad de infectarse, pero también la alta carga emocional de participar en ambientes de cuidado complejo y en situaciones críticas para pacientes y familias. (Genny-Paola Fuentes Bermúdez, 2020)

Los hospitales han sido lugares de especial importancia durante la crisis donde se ha valorado su capacidad para mitigar el sufrimiento humano. Las enfermeras han continuado proporcionando cuidados a las personas más vulnerables, como ancianos o enfermos crónicos; quienes tenían altas probabilidades de no acceder a los servicios especializados. (Genny-Paola Fuentes Bermúdez, 2020) Es por ello, que enfermería ha desempeñado un papel fundamental en la realización de los CP durante esta pandemia, brindando unos cuidados humanizados a los pacientes para que pudieran tener una muerte digna. (Maglio, et al., 2020)

Mediante el control de los síntomas se consigue que el paciente tenga un mayor grado de confort y bienestar evitando el sufrimiento y el dolor. En el plan de cuidados se incluyen las creencias del paciente, aún con las limitaciones de la pandemia, para conseguir que el paciente se vaya en paz. Se procuró mantener una comunicación de alta calidad entre familia, paciente y equipo multidisciplinar mediante dispositivos inteligentes con el objetivo de establecer una relación terapéutica. La comunicación verbal por parte del personal sanitario hacia las familias ha sido primordial para transmitir confianza, compasión y empatía, ya que de ellos depende el nivel de ansiedad que pueda generarse en el ámbito familiar, con el fin de no desarrollar duelos dolorosos. Además, para evitar desarrollar un duelo patológico, llevaron a cabo diversas intervenciones tanto antes del fallecimiento (acceso al apoyo emocional, mantener la comunicación, etc.) como posteriormente (apoyo psicosocial, información sobre servicios disponibles de apoyo al duelo, etc.). (Maglio, et al., 2020)

Destacar, además, la importancia de una buena formación en la comunicación de malas noticias, la enfermería debe ser un apoyo tanto para el paciente como para los familiares durante esta etapa. (Maglio et al., 2020)

6. DISCUSIÓN

La crisis sanitaria producida por la COVID-19 provocó una respuesta inicial basada en la protección al contagio y los servicios agudos hospitalarios. Posteriormente y de forma espontánea, se desplazó hacia la atención paliativa no siempre liderada por los equipos específicos. (Gómez-Batiste et al, 2020)

Para prevenir los contagios y proteger eficientemente al personal sanitario, el aislamiento de pacientes infectados es una medida eficaz, sin embargo, se trata de una medida implementada ante el desconocimiento del virus. Además, se trata de una medida incompatible con la muerte digna y con la libertad del paciente de cumplir sus voluntades en sus últimos instantes de vida. (Consuegra-Fernández et al. 2020) Por este motivo, existen pacientes infectados de COVID-19 que prefieren una comunicación telemática por miedo a contagiar el virus a sus familiares o allegados, mientras que otros necesitan el acompañamiento de sus personas cercanas para sobrellevar la situación, así como otros precisan domiciliar los CP. (Consuegra-Fernández et al. 2020)

Según Marta Consuegra-Fernández y Alejandra Fernández-Trujillo (2020), “Negar el acompañamiento de pacientes terminales no debe ser en ninguna circunstancia la recomendación sanitaria a seguir”.

Esta crisis sanitaria ha puesto en evidencia puntos débiles de nuestro sistema sanitario, destacando necesidades no cubiertas de atención paliativa a la hora de enfrentar la muerte; por ende, es necesario priorizar las últimas voluntades del paciente así como mantener una comunicación efectiva basada en la escucha incorporando nuevos instrumentos digitales como la telemedicina. (Gómez-Batiste et al., 2020)

Recalcar, que al deshumanizar la muerte se produce un gran impacto emocional que conlleva más sufrimiento y dolor en las personas allegadas al fallecido. Es por ello, que la muerte digna es un derecho fundamental que merece ser preservado incluso en situaciones de crisis. (Consuegra-Fernández et al, 2020)

Finalmente, resaltar que aunque la pandemia convive con nosotros desde hace poco tiempo, la bibliografía existente es abundante. Sería interesante ampliar este estudio a artículos publicados en los próximos años para ver la evolución de la pandemia y los tratamientos paliativos existentes.

7. CONCLUSIONES

- El impacto producido por la COVID-19 en los CP fue enorme, ya que una de las acciones más importantes de enfermería es el contacto y la interacción con el paciente y éstas se vieron mermadas por la pandemia.
- Los CP se han tenido que adaptar a la época de pandemia, en el que todo el equipo sanitario ha tenido que incorporar y adquirir nuevos conocimientos y establecer una buena relación terapéutica con los pacientes.

- Se debe promover la formación, investigación e innovación del personal sanitario en CP, en especial del personal de enfermería para garantizar la humanización de los cuidados al final de la vida. Asimismo es necesario que exista evidencia, realizando protocolos que abarquen todos los aspectos fundamentales que se deben de tener en cuenta en los CP del paciente con COVID-19.
- En el momento que se diagnóstica COVID-19 grave, debe existir una planificación anticipada de la atención entre el personal sanitario y los pacientes y seres queridos de forma rutinaria.
- Las barreras de comunicación desarrolladas por el aislamiento de pacientes enfermos por COVID-19, destacan la importancia de desarrollar protocolos que posibiliten obtener información clínica sin tener que acceder físicamente al paciente, destacando la telemedicina.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Maguiña Vargas, C, Gastelo Acosta, R, & Tequen Bernilla, A. (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>
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
3. Rubio-Pérez, I., Badia, J. M., Mora-Rillo, M., Quirós, A. M., Rodríguez, J. G., Balibrea, J. M., (...) & Conde, S. M. (2020). COVID-19: conceptos clave para el cirujano. *Cirugía Española*, 98(6), 310-319.
4. Organización Mundial de la Salud. (10 de noviembre de 2020). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus. Recuperado de: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-forpublic/g-a-coronaviruses>
5. Labori Trias, M. (2020). Epidemiología y características de la infección por SARS-CoV-2. *Med. paliat*, 27(3)157-163.
6. Caparó, F.L, et al. (2020). Coronavirus y las amenazas a la salud mundial. *Horizonte Médico (Lima)*, 20(1), 4-5. <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n1.01>
7. Zaar, M. H., & Ávila, M. B. G. (2020). El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias. *Espaço e Economia. Revista brasileira de geografia econômica*, (17).
8. Sánchez-Villena, A. R., & de La Fuente-Figuerola, V. (2020, July). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo?. In *Anales De Pediatría (Barcelona, Spain: 2003) (Vol. 93, No. 1, p. 73)*. Elsevier.
9. Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 25(1).
10. Ramírez, F. B., Misol, R. C., Alonso, M. D. C. F., & Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53(1), 89-101.
11. 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.
12. Esquerdo, J. M. (2020). Secuelas psicológicas de la crisis del coronavirus en el personal sanitario e interviniente. *bie3: Boletín IEEE*, (19), 607-614.
13. García Sánchez, E. (2020). Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual= Humanize death in a time of sanitary crisis: accompanied die, farewell and receive spiritual care. *Cuadernos de Bioética*, vol. XXXI, n. 102 (may.-ag. 2020).
14. Acuña Aguilar, C.F. (2021). Cuidados Paliativos en tiempos de pandemia COVID-19: oportunidad tras el riesgo. *Revista Terapéutica*, 15(1), 4-9.

15. Asociación Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). (2022). Definición Cuidados Paliativos. Recuperado de: https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1
16. Heath L, Yates S, Carey M, Miller M. Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. *AM J HOSP PALLIAT MED* 2020; 37 (11):988-991.
17. Barreto Anchundia, I., Chancay Moreno, A., Cervantes Zambrano, M., & Reyes Vidal, V. (2021). Cuidados paliativos en pacientes oncológicos terminales en tiempos de COVID-19. *Revista Científica Higía De La Salud*, 3(2). <https://doi.org/10.37117/higia.v1i3.477>
18. Julià-Torras, J., de Montellà, N. D. I. G., & Porta-Sales, J. (2021). COVID-19: reflexiones de urgencia desde los cuidados paliativos ante la próxima epidemia. *Medicina Clínica*, 156(1), 29.
19. Ritchey, K. C., Foy, A., McArdel, E., & Gruenewald, D. A. (2020). Reinventing palliative care delivery in the era of COVID-19: how telemedicine can support end of life care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(11), 992-997.
20. Pérez-Moreno, D. P., López-Ramírez, J. H., & Torres-Espinosa, C. (2020). Cuidados paliativos para pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19; propuesta de un modelo de atención. *Revista mexicana de anestesiología*, 43(4), 288-295.
21. 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)* 2020; 80 Suppl 3:45-64.
22. Alderman, B., Webber, K., & Davies, A. (2020). 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. *Palliative Medicine*, 34(9), 1249-1255.
23. Rde Andrés-Gimeno B, Solís-Muñoz M, Revuelta-Zamorano M, SánchezHerrero H, Santano-Magariño A, Grupo de Cuidados, COVID-19 HUPHM, et al. Nursing care for hospitalized patients in COVID-19 units. *Enferm Clin* 2021 Feb; 31 Suppl 1: S49- S54.
24. Janssen DJA, Ekström M, Currow DC, Johnson MJ, Maddocks M, Simonds AK, et al. COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force. *Eur Respir J* 2020 Sep 3; 56(3):2002583. doi: 10.1183/13993003.02583-2020. Print 2020 Sep.
25. 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* 2020;60(2): e81-e86
26. García-Atance García de Mora, M. V. (2016). Dignidad de la persona en el proceso de morir y muerte digna: especial referencia al menor. *DS: Derecho y salud*, 26(1), 169-179.
27. Palma A, Rojas V, Ihl F, Ávila C, Plaza-Parrochia F, Estuardo N, et al. Implementation of a palliative hospital-centered spiritual and psychological telehealth system during COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage* 2021 May 3.
28. Brown C, Peck S, Humphreys J, Schoenherr L, Saks NT, Sumser B, et al. COVID-19 lessons: The alignment of palliative medicine and trauma-informed care. *J Pain Symptom Manage* 2020; 60(2): e26-e30.
29. Reverte, M. A. L., Zarcero, M. T., Pérez, Y. L., Sanchidrián, D. C., Manrique, T. P., Sanmartín, C. C., (...) & Esquitino, J. M. (2020). Impacto emocional en pacientes y

- familiares durante la pandemia por COVID-19: Un duelo diferente. *Medicina paliativa*, 27(3), 201-208.
30. Martín de Sequera B. Universidad Europea. (2021) Encarnizamiento terapéutico. [Consultado 20 Febrero 2022] Disponible en: https://abacus.universidadeuropea.es/bitstream/handle/11268/7510/Premio_Proyecto_Sostenible_7.pdf?sequence=1
 31. Rodríguez Cruz, L. D. (2021). Cuidados paliativos durante la pandemia por la COVID-19. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 8(1), 1-4.
 32. Fuentes, G. P. (2020). Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19(1), e017-e017.
 33. Gómez Batiste, X., Santos, J. P. L., Tuca, A., Beas, E., Montoliu, R., Mateos, R. G., (...) & Novellas, J. A. (2020). 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. *Medicina paliativa*, 27(3), 242-254.
 34. Consuegra-Fernández, M., & Fernández-Trujillo, A. (2020). La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Revista de Bioética y Derecho*, (50), 81-98.

9. ANEXOS

Anexo I. Tabla III. Recopilación de artículos utilizados en el apartado de resultados. Fuente: Elaboración propia

TÍTULO	BASE DE DATOS EN LA QUE SE ENCONTRÓ	FECHA DE PUBLICACIÓN	AUTORES	IDIOMA
Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones	Pubmed	2020	Laura Heath, Sharon Yates, Matthew Carey Y Mary Miller	Inglés
Cuidados paliativos en pacientes oncológicos terminales en tiempos de COVID-19	Google Académico	2021	Ilda Barreto Anchundia, Alba Chancay Moreno, Mayra Cervantes Zambrano y Vanessa Reyes Vidal	Español
Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual	Google Académico	2020	Emilio García Sánchez	Español
COVID-19: reflexiones de urgencia desde los cuidados paliativos ante la próxima epidemia	Pubmed	2021	Joaquim Julià-Torras, Natalia de Iriarte Gay de Montellà y Josep Porta-Sales	Español
Cuidados Paliativos en tiempos de pandemia COVID-19: oportunidad tras el riesgo	Google Académico	2021	Carlos Fernando Acuña Aguilar	Español
Reinventing Palliative Care Delivery in the Era of COVID-19: How Telemedicine Can Support End of Life Care	Pubmed	2020	Katherine C. Ritchey, Alice Foy y Erin McArdel	Inglés
COVID-19: conceptos clave para el cirujano	Elsevier	2020	Inés Rubio-Pérez; Josep M. Badia; Marta Mora-Rillo; Alejandro Martín Quirós; Julio García Rodríguez; Jose M. Balibrea	Español

Epidemiología y características de la infección por SARS-CoV-2	Google Académico	2020	María Labori Trias	Español
Palliative care for patients with SARS-CoV-2/COVID-19 infection; proposal for a model of care.	Scielo	2020	Diana P. Pérez-Moreno, Jorge Hernán López-Ramírez y Catalina Torres-Espinosa	Inglés
Ethical guides, criteria for admission in intensive care, palliative care. Multi-society recommendations for allocation of resources during the COVID-19 pandemic	Pubmed	2020	Ignacio Maglio, Pascual Valdez, Luis Cámara, Bárbara Finn, Manuel Klein, Isabel Pincemin, Héctor Ferraro, Nazareno Galvalisi, Graciana Alessandrini, Jorge Manera, Héctor Musacchio, Patricia Contreras, Mónica Garea, Viviana Lüthy, Julio Nemerovsky, Federico Baldomá, Ariel Cerro, Leandro Ranzuglia, Pablo Malfante, Maximiliano Salvioli y Analía García	Inglés
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	Pubmed	2020	Bryony Alderman, Katherine Webber y Andrew Davies	Inglés
Cuidados enfermeros en el paciente adulto ingresado en unidades de hospitalización por COVID-19	Elsevier	2021	Begoña de Andrés-Gimeno, Montserrat Solís-Muñoz, Manuel Revuelta-Zamorano, Héctor Sánchez-Herrero, Almudena Santano-Magariño y Grupo de Cuidados COVID-19 HUPHM	Español
COVID-19: guidance on palliative care from a European Respiratory Society international task force	Google Académico	2020	Daisy J.A. Janssen, Magnus Ekström, David C. Currow, Miriam J. Johnson, Matthew Maddocks, Anita K. Simonds, Thomy Tonia, Kristoffer Marsaa	Inglés
Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians	Elsevier	2020	Lucy E.Selman, Davina Chao, Ryann Sowden, Steve Marshall, Charlotte Chamberlain y Jonathan Koffman	Inglés
La soledad de los pacientes con COVID-19 al	Scielo	2020	Marta Consuegra-Fernández y Alejandra	Español

final de sus vidas			Fernández-Trujillo	
Dignidad de la persona en el proceso de morir y muerte digna	Dialnet	2016	María Victoria García-Atance García de Mora	Español
Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System During COVID-19 Pandemic	Elsevier	2021	Alejandra Palma, Verónica Rojas Fernando, Cristina Ávila, Francisca Plaza-Parrochia, Nivia Estuardo y Domingo Castillo	Inglés
COVID-19 Lessons: The Alignment of Palliative Medicine and Trauma-Informed Care	Elsevier	2020	Chelsea Brown, Sarah Peck, Jessi Humphreys, Laura Schoenherr, Naomi Tzril Saks, Bridget Sumser, Giovanni Elia	Inglés
Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19. Un duelo diferente	Dialnet	2020	María Antonia Lacasta Reverte, Marta Torrijos Zarcero, Yolanda López Pérez, Diego Carracedo Sanchidrián, Teresa Pérez Manrique, Carlos Casado Sanmartín, Cristina Rocamora, Laura Blanco Rosado, Noelia Iglesias Gutiérrez, Emma Vidal Bermejo, Daniel Trigo Varela, Jesús Martí Esquitino	Español
Encarnizamiento terapéutico	Google Académico	2021	Beatriz Martín de Sequera.	Español
Cuidados paliativos durante la pandemia por la COVID-19	Google Académico	2021	Lisbeth Dolores Rodríguez Cruz	Español
Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad	Google Académico	2020	Genny-Paola Fuentes-Bermúdez	Español
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	Dialnet	2020	Xavier Gómez-Batiste, Juan P. Leiva Santos, Albert Tuca, Elba Beas, Rosa Montoliu, Rafael Gálvez Mateos, Jordi Trelis Navarro, Sebastià J. Santaeugenia González, Jordi Amblàs Novellas	Español