



Revista Cuidarte

ISSN: 2216-0973

ISSN: 2346-3414

Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

Franco-Rocha, Oscar Yesid; Carrillo González, Gloria Mabel; Rivera-Romero, Nathaly
Cuidados paliativos, cuidados de fin de vida y COVID-19: revisión de alcance
Revista Cuidarte, vol. 13, núm. 3, e2601, 2022, Septiembre-Diciembre
Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2601>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359575082015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UDEM [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cuidados paliativos, cuidados de fin de vida y COVID-19: revisión de alcance

Review Article

 Open access



Portraying Arica's nursing in the mid-twentieth century, Chile, 1950 Palliative care, end-of-life care, and COVID-19: a scoping review

Cuidados paliativos, cuidados em fim de vida e COVID-19: uma revisão do escopo

Como citar este artículo:

Como citar este artículo: Franco-Rocha Oscar Yesid, Carrillo González Gloria Mabel, Rivera-Romero Nathaly. Cuidados paliativos, cuidados de fin de vida y COVID-19: revisión de alcance. Revista Cuidarte. 2022;13(3):e2601.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2601>

Highlights

- La planificación avanzada de cuidados orienta al equipo de salud con base en los deseos del paciente. La planificación debe hacerse de manera temprana y rutinaria.
- Debe fomentarse la comunicación entre pacientes y seres queridos. De ser posible, facilitar el acompañamiento presencial, en especial cuando se acerca el final de la vida.
- Las herramientas tecnológicas facilitaron la comunicación con pacientes, familiares y entre profesionales de la salud, mientras se minimizaba el riesgo de exposición al virus.
- Las enfermeras especialistas en cuidado paliativo lideran la coordinación de cuidado psicosocial y están entrenadas en planificación avanzada, consideraciones éticas y manejo de síntomas.

Revista Cuidarte

Rev Cuid. 2022; 13(3): e2601

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2601>



E-ISSN: 2346-3414

 Oscar Yesid Franco-Rocha¹

 Gloria Mabel Carrillo González²

 Nathaly Rivera-Romero³

1. University of Texas at Austin, Austin, TX, USA. Email: oyfrancor@unal.edu.co
2. Enfermera, Magister en Enfermería, Doctora en Enfermería. Profesora Asociada, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Email: gmcarrillog@unal.edu.co
3. Enfermera, Magister en Psicología y Salud Mental. Profesora Asistente, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Email: nriverar@unal.edu.co

Resumen

Introducción: La COVID-19 exacerbó el déficit en la prestación de cuidados paliativos y de fin de vida y aumentó la sobrecarga de los servicios de salud, pero se desconoce la extensión de la literatura sobre dicho tema. **Objetivo:** Describir la evidencia sobre la prestación de cuidados paliativos y de fin de vida en adultos durante la pandemia de COVID-19. **Materiales y método:** Revisión de alcance según el marco metodológico de Arksey y O'Malley. La búsqueda se realizó en inglés y español; en PubMed, Scielo, la Biblioteca Virtual en Salud, y la base de datos de investigación en Coronavirus. Las publicaciones se filtraron por título, resumen y lectura completa. Los resultados se sintetizaron de acuerdo con la técnica "charting". **Resultados:** Se incluyeron 51 publicaciones. En total emergieron cinco categorías: 1) caracterización de los cuidados paliativos, 2) planificación avanzada de cuidados, 3) acompañamiento a familiares y seres queridos, 4) telesalud, 5) rol de enfermería en los cuidados paliativos. **Discusión:** El coste social de la pandemia se refleja en el aumento en la carga de unidades de cuidados paliativos, mayor porcentaje de mortalidad y la disminución de la edad promedio de fallecimiento. Futuros estudios deben abordar el impacto psicosocial en los seres queridos de los pacientes, así como el impacto a nivel comunitario. **Conclusiones:** Los cuidados paliativos y de fin de vida constituyen una herramienta fundamental para la atención de pacientes con COVID-19. La pandemia potenció el desarrollo de las tecnologías de la información y las comunicaciones para la prestación de cuidados paliativos.

Palabras Clave: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos al Final de la Vida; Infecciones por Coronavirus; Pandemias.

Recibido: 4 de enero de 2022

Aceptado: 31 de agosto de 2022

Publicado: 24 de octubre de 2022

 *Correspondencia

Oscar Yesid Franco-Rocha

Email: oyfrancor@unal.edu.co

Palliative care, end-of-life care, and COVID-19: A scoping review

Abstract

Introduction: COVID-19 exacerbated the deficit of palliative and end-of-life care provision and increased healthcare services' burden, but the extent of the literature on that topic is unknown. **Objective:** To describe the evidence of palliative and end-of-life care provision in adults during the COVID-19 pandemic. **Materials and methods:** The scoping review was performed according to Arksey and O'Malley's methodological framework. The search was conducted in English and Spanish, in PubMed, SciELO, the Virtual Health Library, and the Coronavirus research database. The articles were filtered by title, abstract, and full text. The results were summarized according to the charting technique. **Results:** Fifty-one publications were included. A total of five categories emerged: 1) Palliative care characteristics, 2) advanced care planning, 3) support for family members and loved ones, 4) telehealth, and 5) nursing role in palliative care. **Discussion:** The social cost of the pandemic is reflected in the increased burden of palliative care units, higher mortality rates, and the decreased average age of death. Future studies should address the psychosocial impact of COVID-19 on patients' loved ones, as well as the impact at the community level. **Conclusions:** Palliative and end-of-life care is an essential tool for COVID-19 patients care. The pandemic has enhanced the development of information and communication technologies to deliver palliative care.

Keywords: Palliative Care; Hospice Care; Coronavirus Infection; Pandemics.

Cuidados paliativos, cuidados em fim de vida e COVID-19: uma revisão do escopo

Resumo

Introdução: A COVID-19 exacerbou o déficit na prestação de cuidados paliativos e em fim de vida e aumentou a sobrecarga sobre os serviços de saúde, mas a extensão da literatura sobre tal tópico é desconhecida. **Objetivo:** Descrever as evidências sobre a prestação de cuidados paliativos e de fim de vida em adultos durante a pandemia da COVID-19. **Materiais e Método:** Revisão do escopo de acordo com a estrutura metodológica de Arksey e O'Malley. A pesquisa foi realizada em inglês e espanhol; PubMed, Scielo, a Biblioteca Virtual de Saúde e o banco de dados de pesquisa do Coronavírus. As publicações foram filtradas por título, resumo e texto completo. Os resultados foram sintetizados de acordo com a técnica gráfica. **Resultados:** 51 publicações foram incluídas. No total, surgiram cinco categorias: 1) caracterização dos cuidados paliativos, 2) planejamento de cuidados avançados, 3) acompanhamento de parentes e entes queridos, 4) tele saúde, 5) papel de enfermagem nos cuidados paliativos. **Discussão:** O custo social da pandemia se reflete no aumento da carga sobre as unidades de cuidados paliativos, maiores taxas de mortalidade e uma diminuição da idade média de morte. Estudos futuros devem abordar o impacto psicossocial sobre os entes queridos dos pacientes, bem como o impacto a nível comunitário. **Conclusões:** Os cuidados paliativos e de fim de vida são uma ferramenta fundamental para o cuidado de pacientes com COVID-19. A pandemia tem melhorado o desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação para o fornecimento de cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida; Infecções por Coronavírus; Pandemias.

Introducción

Los cuidados paliativos tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades potencialmente mortales¹. Estos resultados son más favorables si el tratamiento se inicia de manera temprana², pues se optimiza el manejo de síntomas, se mejora la relación con el equipo de salud y se reduce la utilización de los servicios de salud³.

Calvache y cols.⁴ reportaron que el número de personas que requieren cuidados paliativos ha aumentado, especialmente en los grupos de personas más jóvenes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que anualmente 40 millones de personas requieren de cuidados paliativos. Sin embargo, más del 70% de estas viven en países de bajos y medianos ingresos¹. Para el caso específico de América Latina, hay un total de 922 servicios en toda la región, lo que significa 1.63 servicios/unidades/equipos de cuidados paliativos por cada millón de habitantes, aunque la mayoría de países ofrecen cuidados paliativos, estos servicios se brindan de manera aislada⁵.

La pandemia de COVID-19 causó alteraciones en el funcionamiento de los sistemas de salud en todo el mundo⁶. No obstante, dado el pronóstico de la enfermedad, los cuidados paliativos son un elemento esencial en el abordaje de personas afectadas por la COVID-19⁷. En Colombia se ha promovido la accesibilidad de estos servicios⁷, pero desde antes de la pandemia existían deficiencias en la prestación de cuidados paliativos⁴, las cuales se han exacerbado debido a la crisis sanitaria⁸. Otras revisiones han analizado el sufrimiento, la planificación de cuidados paliativos y cómo integrarlos durante la COVID-19^{9,10}. No obstante, se desconoce la extensión de dicho tema en aspectos como el uso de herramientas digitales y el rol de enfermería. Teniendo en cuenta lo anterior, nuestro objetivo es describir la evidencia disponible sobre la prestación de cuidados paliativos y de fin de vida en adultos durante la pandemia de COVID-19 con el fin de entender la extensión y naturaleza del tema. La pregunta de investigación que orientó la búsqueda fue: ¿cuál es la evidencia disponible sobre la prestación de cuidados paliativos y al final de la vida en adultos durante la pandemia de COVID-19?

Materiales y Métodos

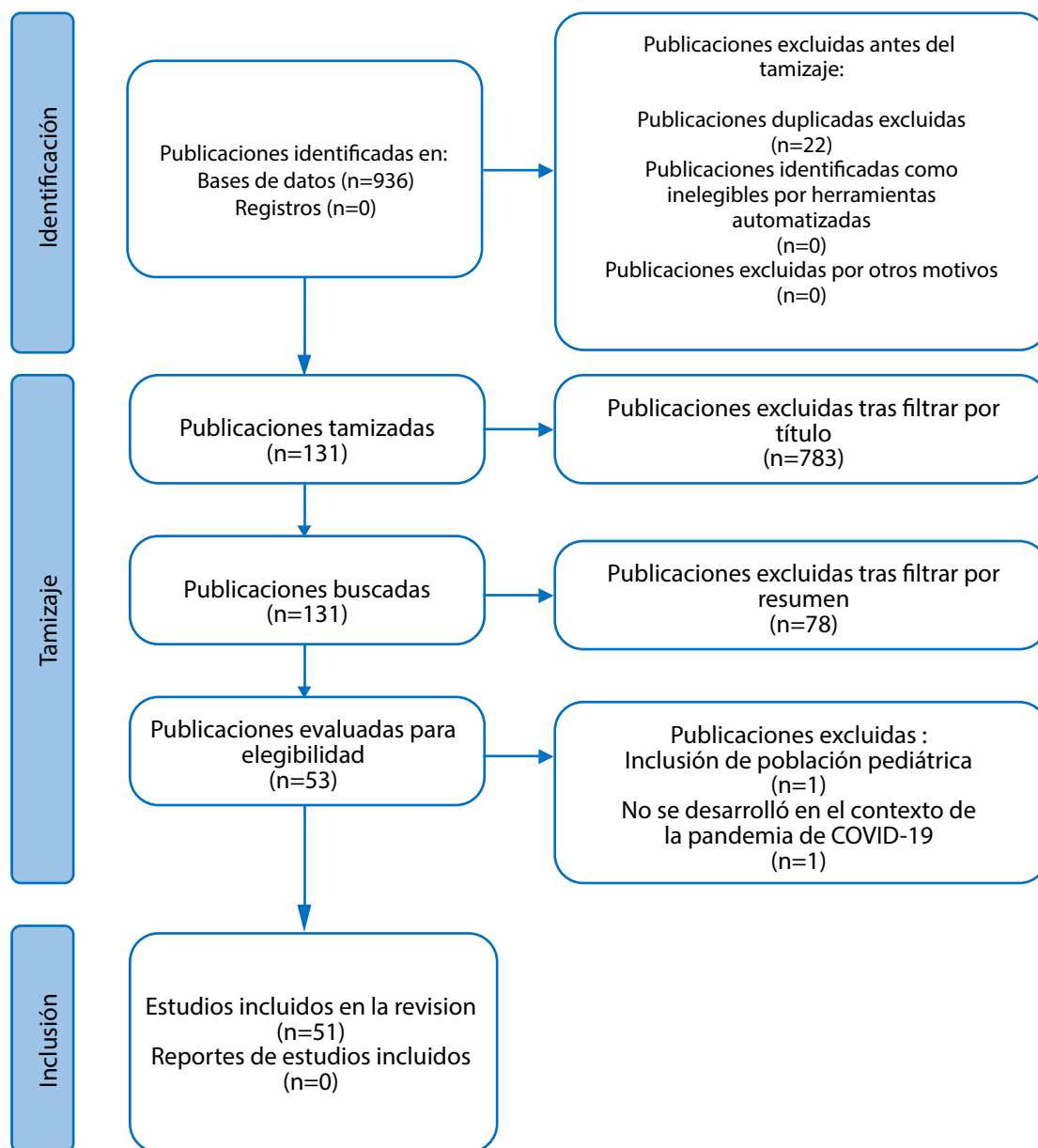
Se empleó una revisión de alcance, así: 1) identificación de pregunta de investigación, 2) identificación y selección de publicaciones, 3) "charting" los datos, y 4) síntesis y reporte de resultados, consistente con la metodología de Arksey y O'Malley¹¹ y PRISMA^{12,13}.

La búsqueda se realizó entre marzo y abril de 2021 en las bases de datos PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y la base de datos de investigación en Coronavirus. Se creó la siguiente ecuación con términos MeSH: "covid-19 and palliative care and end-of-life care and nursing care". Se incluyeron publicaciones de los años 2020 y 2021, en idiomas inglés y español. Se excluyeron las publicaciones que describían los cuidados paliativos y al final de la vida en población pediátrica y los estudios que no se desarrollaron en el contexto de la pandemia. La presente revisión no cuenta con un protocolo de búsqueda registrado.

Inicialmente, se identificaron publicaciones por título. Posteriormente se filtraron por resumen y lectura completa. La información se extrajo en una base de datos que contenía información sobre los autores, año y tipo de publicación e información sobre la prestación de cuidados paliativos y de fin de vida. Los resultados se sintetizaron de acuerdo con la técnica "charting" de Ritchie y Spencer¹⁴, la información se agrupó y categorizó en temas clave de acuerdo con su similitud. Aunque no se disponía de un formato calibrado para la síntesis de datos, los autores revisaron por separado y en conjunto las categorías.

Resultados

La búsqueda arrojó un total de 936 publicaciones. Tras eliminar obras duplicadas (n= 22), filtrar por título, resumen y texto completo, 51 publicaciones conformaron la muestra final (Figura 1).



Fuente. Adaptado de Page y cols.¹⁵

Figura 1. Proceso de búsqueda y selección de publicaciones.

El 62,75% de las obras provenían de PubMed, el 33,33% de la BVS y el 3,92% de Scielo y la base de datos de investigación en coronavirus (1,96% cada una). El 90,10% de las publicaciones se encontraron en inglés y el 88,67% se publicó durante el 2020. La mayoría fueron artículos descriptivos (35,29%), por cajas de herramientas y programas para la atención (13,72%), recomendaciones de expertos (11,76%), comentarios (9,80%), revisiones (9,80%), cartas al editor (7,84%), editoriales (5,88%), reportes de caso (3,94%) y opiniones (1,97%).

Emergieron cinco categorías: caracterización de los cuidados paliativos, planificación avanzada de cuidados, acompañamiento a familiares y seres queridos, telesalud y rol de enfermería en los cuidados paliativos.

Caracterización de los cuidados paliativos

Durante los primeros meses de la pandemia se registró un aumento en el número de referencias a cuidados paliativos¹⁶ y de pacientes hospitalizados en hospicios¹⁷. El porcentaje de remisiones de pacientes con COVID-19 a unidades de cuidados paliativos varió entre el 30%¹⁸, 40%¹⁹ y 60%²⁰. Las causas de remisión más frecuentes fueron cuidados de fin de vida^{16,18,21}. Las personas con COVID-19 tuvieron menos días de cuidado paliativo, pues tendían a fallecer más rápido^{16,17,19}.

El porcentaje de fallecimiento de los pacientes con COVID-19 remitidos a cuidados paliativos estuvo entre el 74%²¹ y el 80,6%¹⁹. En general, la edad promedio de fallecimiento fue más baja en pacientes con COVID-19^{16,17,20,22}, la mortalidad fue más alta en hombres^{18-20,22-24} y en promedio estos pacientes reportaron más de 3 comorbilidades^{18,19,21}, siendo las enfermedades cardiovasculares las más frecuentes^{16,19-21,25}.

La disnea fue el síntoma más común^{18,19,21,26,27}, seguido por la agitación/ansiedad^{18,19,21,26}, las secreciones de las vías respiratorias altas^{26,27} y la somnolencia^{16,21}. No obstante, pueden presentarse síntomas vagos, difusos y atípicos²⁷. Eriksen y cols.²⁷ recopilaron síntomas adicionales que se pueden presentar en los pacientes con COVID-19 en cuidados paliativos, como delirio, debilidad, somnolencia, entre otros.

La mayoría de los pacientes contaba con infusiones por vía subcutánea para el manejo de síntomas^{16,18,19,21,27}. Los medicamentos administrados fueron principalmente opioides y sedantes para el manejo de la disnea y la agitación, respectivamente^{16,19,21,26,27}. Cuando el paciente presentaba delirio se le administraban antipsicóticos¹⁸.

Planificación avanzada de cuidados

La planificación avanzada de cuidados constituye una herramienta que le permite a los pacientes y a sus familiares plantear objetivos de cuidado^{28,29} que orienten a los equipos de salud en la atención que el paciente desea recibir²³. También evita las hospitalizaciones, tratamiento en unidades de cuidados intensivos³⁰⁻³³ y de sostenimiento de vida^{27,28,32-34} no deseados. Por otro lado, aunque el paciente y su familiar tengan la intención de recibir tratamientos para el sostenimiento de la vida, la pandemia ha generado situaciones éticas complejas con respecto a la distribución de recursos^{29,32,35,36} en especial en momentos donde los servicios de salud se encuentran saturados, lo que podrá requerir de estrategias como el triage para orientar la distribución y aliviar la carga de los servicios de salud³⁰. Brindar esta información al paciente y sus familiares, y analizar todos los posibles resultados, les permite establecer objetivos de cuidado de manera objetiva, autónoma y aterrizada^{30,37-39}.

Dado que la enfermedad de COVID-19 se ha descrito como impredecible y de rápido deterioro^{31,32,40}, la planeación de cuidados debe hacerse de manera temprana^{22,32,37,41}. En personas consideradas de alto riesgo es ideal planificar los cuidados antes de que sea necesario hospitalizarlos^{25,42} o tan pronto reciben el diagnóstico de COVID-19^{22,33,38,41}. La planeación de cuidados debe hacerse de manera rutinaria, pues las preferencias pueden cambiar^{27,28}.

Si bien abordar estos temas es complicado, la COVID-19 tiene el potencial de fomentar estas discusiones^{25,32,37,43}. En casos donde el paciente ha sido diagnosticado con disfunción cognitiva se debe hacer la planificación de cuidados junto con el pariente más cercano²⁷. Se deben describir las preferencias del paciente de manera explícita en la historia clínica y compartir esa información con

el equipo tratante^{30,33,44}. Cuando sea posible, el paciente debe indicar quien será su representante legal⁴⁵.

Los cuidados de fin de vida deben mantener la dignidad del paciente y proveer confort. Consecuentemente, algunos autores recomendaron suspender las intervenciones que causen dolor²⁷. También propiciar un ambiente tranquilo (por ejemplo, apagar alarmas e instaurar medidas de monitoreo menos estresantes)⁴⁶.

Acompañamiento a familiares y seres queridos

Las restricciones de acompañamiento y la inmovilidad incrementan la sensación de aislamiento de los pacientes y el distrés en las familias^{24,35,47}, por lo que debe fomentarse la comunicación y, de ser posible, el acompañamiento presencial, en especial cuando se acerca el final de la vida^{27,28,31,33,38,46,48-50}.

La muerte tiene diferentes significados para cada individuo⁵¹. Debido a las medidas de aislamiento para la prevención y control de la pandemia ritos de duelo se suspendieron, lo que puede generar estrés, duelo anticipado y duelo complicado^{22,24,25,31,50,51}. El duelo complicado puede generar pensamientos intrusivos, preocupación, alienación de relaciones sociales, y percepción de pérdida de la vida. Teniendo en cuenta lo anterior, a los familiares y seres queridos de los pacientes que fallecen en el contexto de la pandemia, sobre todo a quienes fallecen de COVID-19, debe brindárseles apoyo durante el duelo²⁸.

Telesalud

Las restricciones instauradas para el control de la pandemia promovieron un modelo de atención basado en la telesalud^{40-42,48,51-56}. Las herramientas tecnológicas fomentaron la comunicación con pacientes, familiares y entre profesionales de la salud, mientras se minimizaba el riesgo de exposición al virus^{39,41,47,48,57,58}. También facilitó el monitoreo y tratamiento de síntomas^{25,52,55}, la prestación de servicios de manera más consistente y directa^{52,53}, el establecimiento de objetivos de cuidado^{46,52,55}, la toma de decisiones^{48,55} y el apoyo espiritual⁴¹.

Algunas de las barreras reportadas fueron los vacíos legales y financieros para la prestación de servicios de manera digital⁵³, el difícil establecimiento y mantenimiento de rapport^{42,55} y confianza⁴², la imposibilidad de analizar el lenguaje no verbal^{53,55} la sobrecarga en los trabajadores de la salud⁴⁷ y la comunicación con personas que no son hábiles o no tiene acceso a herramientas digitales^{42,53}. Finalmente, aunque algunos familiares y seres queridos estaban dispuestos a usar la videoconferencia para participar en la planeación de cuidados^{55,59}, también indicaron que preferían estar junto a sus seres queridos, por lo que se estas estrategias deberían ser empleadas con cautela⁵⁹.

Rol de enfermería en los cuidados paliativos.

Las enfermeras paliativistas alrededor del mundo están brindando soporte a los equipos de emergencia, unidades de cuidado intensivo y servicios de larga estancia^{36,41,44,60,61}. No obstante, hay vacíos en la evidencia frente al rol de estos especialistas en escenarios comunitarios⁶⁰. Adicionalmente, el personal de estas áreas generalmente ha recibido poco o nulo entrenamiento en la prestación de cuidados paliativos^{56,61}. Por otro lado, se refirió que algunos especialistas en paliación tienen dificultad para confiar en personal temporal o nuevo frente a la prestación de cuidados paliativos y de fin de vida⁴³.

Es necesario educar y entrenar a enfermeras y otros profesionales de la salud en la prestación de cuidados paliativos para que estos puedan proveer atención a aquellos que están cerca del final de la vida^{22,28,43,46,61-63}. Algunos programas digitales han demostrado efectividad y factibilidad en dicho aspecto⁶⁴. De otra parte, para facilitar la atención paliativa los especialistas pueden crear guías para

el manejo de síntomas^{29,39,61,62} y apoyo psicosocial^{29,39}. Sin embargo, es importante que los equipos de cuidados paliativos estén disponibles para asesorar de manera remota en el manejo de casos serios y refractarios^{34,39,61}.

Los enfermeros especialistas en cuidado paliativo lideran la coordinación de cuidado psicosocial, cultural y espiritual de los pacientes y su familia⁶⁰. Además, están entrenados en la comunicación para el establecimiento de objetivos de cuidado, consideraciones clínicas éticas, manejo de síntomas y cuidado en el final de la vida⁴¹. No obstante, este tipo de especialistas es escaso^{34,39,46} y puede experimentar diversos retos en situaciones de crisis y contingencia, como cambios en la razón enfermera-paciente, escasez de insumos médicos y dificultades de comunicación por el uso de barreras de protección adicionales^{18,34,35,41,57,65}.

Rogers y cols.³⁵ reportaron que más del 80% de los profesionales de la salud identificaron un aumento en las necesidades emocionales de sus pares. Esto puede deberse a la sobrecarga de trabajo, cambios en los patrones de sueño y alimentación^{40,58}, estrés⁴⁹, el duelo de los profesionales³¹ y temor al rechazo por parte de la comunidad⁵⁸.

La evaluación de los pacientes debe hacerse de manera regular, concisa y rápida⁶⁵ para anticipar situaciones de crisis^{26,43}. De otra parte, se deben fortalecer las relaciones con los pacientes para promover su confianza en los profesionales de enfermería^{45,66}. Frente a los cuidados no farmacológicos se destacaron los cambios de posición, el cuidado de la cavidad bucal y el uso de elementos para regular la temperatura²⁷. También se reportaron adaptaciones en las instalaciones físicas como inclusión de ventanas en las puertas e instalación de teléfonos inteligentes en las habitaciones para mejorar la valoración del paciente⁴⁶. El tratamiento farmacológico está sujeto a los síntomas que experimente el paciente; así pues, los opioides y sedantes son los de primera elección para el cuidado paliativo^{16,19,21,26,27}.

Finalmente, enfermería debe conocer y entender qué síntomas pueden ser tratados de manera remota y cuáles requieren atención de manera presencial⁴¹. El Reino Unido propuso el uso de diferentes vías de administración (oral, rectal o sublingual)^{56,65} y la administración de medicamentos por parte del cuidador familiar en respuesta a la escasez de profesionales de la salud⁵⁶. Para este último caso, los cuidadores familiares deben ser bien entrenados, pues si el paciente fallece después de la administración de un medicamento, el cuidador familiar puede sentirse culpable del desenlace de salud⁵⁶.

Discusión

En este estudio se presenta la evidencia disponible sobre la prestación de cuidados paliativos y cuidados al final de la vida en adultos durante la pandemia de COVID-19. Tras el análisis de los resultados se identificó un aumento considerable en la carga de las unidades de cuidados paliativos¹⁶. Por su lado, el aumento en el porcentaje de mortalidad de los pacientes^{19,21} y la disminución en la edad promedio de fallecimiento^{16,17,20,22} pueden reflejar el coste social de la pandemia. Los síntomas más frecuentes en los pacientes con COVID-19 en cuidados paliativos son la disnea, la agitación y las secreciones respiratorias^{18,19,21,26,27}. Esto podría constituir una diferencia frente al resto de la población en cuidados paliativos, que refieren el dolor como uno de los síntomas más frecuentes¹. Por su parte, se observa la importancia de la planificación avanzada de cuidados como una estrategia útil para la prestación de servicios²³ y que propende por el respeto de los deseos de los pacientes y sus familiares^{27,28,30-34}, consistente con otras revisiones^{9,10}.

Debe promoverse la comunicación entre los pacientes y sus seres queridos, sobre todo cuando estos se encuentran en la etapa de fallecimiento^{27,28,31,33,38,46,48}. Frente a este aspecto, las tecnologías de la

información y las comunicaciones promovieron la comunicación entre pacientes y familiares^{39,41}. También fue esencial para la continuidad de cuidados, el monitoreo y tratamiento de síntomas^{25,52,55}.

A pesar de esto, barreras como la imposibilidad de interpretar la comunicación no verbal^{53,55}, el acceso a internet⁴² y el desconocimiento frente al manejo de herramientas digitales⁵³ puede generar disparidades en salud. Estas barreras pueden ser mayores en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, en Colombia solo 7.6 millones de personas tienen acceso a internet, siendo los residentes de las zonas rurales aquellos con menor acceso a internet (0.13 personas por cada 100 habitantes)⁶⁷.

A pesar de que una de las fortalezas de esta revisión es la inclusión de publicaciones recientes, el estudio de la COVID-19 ha avanzado de manera acelerada, lo que puede generar algunos cambios en el abordaje de los pacientes con esta condición. Por su parte, la inclusión de publicaciones independientemente de su tipología puede constituir una ventaja, pues puede reflejar el conocimiento y la experiencia de los profesionales y pacientes desde diferentes perspectivas. No obstante, también representa una limitante dado el rigor de las publicaciones, aspecto que no fue evaluado en esta revisión. De igual manera, implementar algunas recomendaciones puede ser complicado en países de ingresos bajos y medios, como Colombia. Futuros estudios deberán abordar el impacto psicosocial de los cuidados paliativos y de fin de vida en familiares y seres queridos, así como el impacto a nivel comunitario causado por los cambios en los procesos de duelo teniendo en cuenta el contexto Latinoamericano.

Conclusión

Los cuidados paliativos y de fin de vida constituyen una herramienta fundamental para la atención de pacientes con COVID-19. Los resultados recopilados en la presente revisión muestran patrones demográficos sobre la recepción de cuidados paliativos durante la pandemia (p.e., sexo y edad). Frente a la planificación de cuidados, las publicaciones incluidas indican que debe hacerse de manera conjunta entre pacientes, seres queridos y equipos de salud considerando los recursos disponibles y la situación de salud pública a nivel local, regional y nacional.

Debe fortalecerse la educación y entrenamiento de los profesionales de enfermería para la prestación de cuidados paliativos, independientemente de su campo de acción. La pandemia evidenció que incluso las enfermeras comunitarias pueden enfrentarse a situaciones donde la prestación de cuidados paliativos a los pacientes y sus seres queridos es fundamental. No obstante, el desconocimiento les genera ansiedad.

Finalmente, la pandemia potenció el desarrollo y avance de las tecnologías de la información y las comunicaciones para la atención en salud. A su vez, permitió la identificación de algunos aspectos a mejorar, como el acceso equitativo y la interpretación de la comunicación no verbal, aspectos que requieren mayor estudio con el fin de garantizar la calidad en la atención.

Conflicto de interés: Los autores no tienen ningún conflicto de interés.

Financiación: El presente estudio no obtuvo ninguna financiación.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos.** Centro de Prensa. 2020 https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587:palliative-care&Itemid=42139&lang=es
2. **Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros F, Morales-Mesa OL.** Relación entre calidad de vida y provisión de cuidado paliativo en mujeres con cáncer en Colombia: un estudio transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2017; 68(1): 25–34. <https://doi.org/10.18597/rcog.2979>
3. **Higginson IJ, Evans CJ.** What is the evidence that palliative care teams improve outcomes for cancer patients and their families? *Cancer J.* 2010; 16(5): 423–35. <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181f684e5>
4. **Calvache JA, Gil F, de Vries E.** ¿Cuántas personas requieren cuidados paliativos para enfermedades oncológicas y no oncológicas en un país de ingresos medios? Análisis de datos de mortalidad. *Rev Colomb Anestesiología.* 2020. <https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000159>
5. **Pastrana T, De Lima L, Pons J, Centeno C.** Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica. Edición cartográfica. Houston: IAHPC Press; 2013. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>
6. **Organización Panamericana de la Salud.** La COVID-19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. *News:OPS.* 2020 <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
7. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Los cuidados paliativos para pacientes con COVID-19. *Boletín de Prensa No. 391 de 2020.* 2020. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Los-cuidados-paliativos-para-pacientes-con-covid-19.aspx>
8. **Organización Panamericana de la Salud.** La pandemia por COVID-19 revela la creciente necesidad de servicios de cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos en América Latina.* 2020. <https://www.paho.org/es/noticias/14-10-2020-pandemia-por-covid-19-revela-creciente-necesidad-servicios-cuidados-paliativos>
9. **Beng TS, Kim CLC, Shee CC, Ching DNL, Liang TJ, Kumar MKN, et al.** COVID-19, suffering and palliative care: a review. *Am J Hosp Palliat Med.* 2021; 1-10. <https://doi.org/10.1177/10499091211046233>
10. **Fadul N, Elsayem AF, Bruera E.** Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Supportive & Palliative Care.* 2021; 11(1): 40–4. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002364>
11. **Arksey H, O'Malley L.** Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8(1): 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
12. **Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG.** Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009; 6(7): e1000097339. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
13. **Franco Rocha, O.** "Palliative care, end-of-life care, and COVID-19: scoping review". *Mendeley Data*, V1. 2022. <https://doi.org/10.17632/xmww5twyzm.1>
14. **Ritchie J, Spencer L.** Qualitative data analysis for applied policy research. Analysing qualitative data. *First Ed.* London: Routledge. 1994:173–94. <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203413081-14/qualitative-data-analysis-applied-policy-research-jane-ritchie-liz-spencer>
15. **Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al.** The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021; 372: n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
16. **Chidiac C, Feuer D, Flatley M, Rodgeron A, Grayson K, Preston N.** The need for early referral to palliative care especially for Black, Asian and minority ethnic groups in a COVID-19 pandemic: Findings from a service evaluation. *Palliat Med.* 2020; 34(9): 1241–8. <https://doi.org/10.1177/0269216320946688>
17. **Chou YC, Yen YF, Feng RC, Wu MP, Lee YL, Chu D, et al.** Impact of the COVID-19 pandemic on the utilization of hospice care services: A cohort study in Taiwan. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(3): e1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.005>

18. **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): 988–91. <https://doi.org/10.1177/1049909120943577>
19. **Hetherington L, Johnston B, Kotronoulas G, Finlay F, Keeley P, McKeown A.** COVID-19 and Hospital Palliative Care – A service evaluation exploring the symptoms and outcomes of 186 patients and the impact of the pandemic on specialist Hospital Palliative Care. *Palliat Med.* 2020; 34(9): 1256–62. <https://doi.org/10.1177/0269216320949786>
20. **Moriyama D, Scherer JS, Sullivan R, Lowy J, Berger J.** The impact of COVID-19 surge on clinical palliative care: A descriptive study from a New York hospital system. *J Pain Symptom Manage.* 2021; 61(3): e1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.011>
21. **Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al.** Characteristics, symptom management, and outcomes of 101 patients with COVID-19 referred for hospital palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e77–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015>
22. **Bone AE, Finucane AM, Leniz J, Higginson IJ, Sleeman KE.** Changing patterns of mortality during the COVID-19 pandemic: Population-based modelling to understand palliative care implications. *Palliat Med.* 2020; 34(9): 1193–201. <https://doi.org/10.1177/0269216320944810>
23. **Strang P, Bergström J, Martinsson L, Lundström S.** Dying from COVID-19: Loneliness, end-of-life discussions, and support for patients and their families in nursing homes and hospitals. A National register study. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(4): e2–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.020>
24. **Ersek M, Smith D, Griffin H, Carpenter JG, Feder SL, Shreve S, et al.** End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *J Pain Symptom Manage.* 2021; 62(2): 213–222.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024>
25. **Reja M, Naik J, Parikh P.** COVID-19: Implications for advanced care planning and end-of-life care. *West J Emerg Med.* 2020; 21(5): 1046–7. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.6.48049>
26. **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): 1249–55. <https://doi.org/10.1177/0269216320947312>
27. **Eriksen S, Grov EK, Lichtwarck B, Holmefoss I, Bøhn K, Myrstad C, et al.** Palliative treatment and care for dying nursing home patients with COVID-19. *Tidsskr den Nor laegeforening.* 2020; 140(8): 10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32463205/>
28. **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; 56(3): 2002583. <https://doi.org/10.1183/13993003.02583-2020>
29. **Etkind SN, Bchir MB, Bone AE, Lovell N, Cripps R, Harding R, et al.** The role and response of palliative care and hospice services in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice during the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e31–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>
30. **Borasio GD, Gamondi C, Obrist M, Jox R.** COVID-19: decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly.* 2020; 150: w20233. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20233>
31. **Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P.** Grief during the COVID-19 pandemic: Considerations for palliative care providers. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e70–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>
32. **Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, Van Den Block L, Peisah C.** Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: Perspectives from five countries. *Int Psychogeriatrics.* 2020; 32(11): 1345–52. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000836>
33. **Gilissen J, Pivodic L, Unroe KT, Block L Van den.** International COVID-19 palliative care guidance for nursing homes leaves key themes unaddressed. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(2): e56–69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.151>
34. **Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al.** Creating a palliative care inpatient response plan for COVID-19-the UW medicine experience. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e21–6. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.025>
35. **Rogers JEB, Constantine LA, Thompson JM, Mupamombe CT, Vanin JM, Navia RO.** COVID-19 pandemic impacts on U.S. hospice agencies: A National Survey of Hospice Nurses and Physicians. *Am J Hosp Palliat Med.* 2021; 38(5): 521–7. <https://doi.org/10.1177/1049909121989987>

36. **Ferguson L, Barham D.** Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e18–20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32247056/>
37. **Peate I.** COVID-19 and palliative care. *Br J Nurs.* 2020; 29(8):455. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.8.455>
38. **Roland K, Markus M.** COVID-19 pandemic: Palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly.* 2020; 150: w20235. <https://doi.org/10.4414/smw.2020.20235>
39. **Powell VD, Silveira MJ.** What should palliative care's response be to the covid-19 pandemic? *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(1): e1–3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156808/>
40. **The Lancet.** Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2020; 395(10231): 1168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30822-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30822-9)
41. **Rosa WE, Gray TF, Chow K, Davidson PM, Dionne-Odom JN, Karanja V, et al.** Recommendations To Leverage The Palliative Nursing Role During Covid-19 And Future Public Health Crises. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020; 22(4): 260–9. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000665>
42. **Stockdill ML, Barnett MD, Taylor R, Dionne-Odom JN, Bakitas M.** Telehealth in palliative care. *J Hosp Palliat Nurs.* 2021; 25(1): 17–22. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.17-22>
43. **Harasym P, Brisbin S, Afzaal M, Sinnarajah A, Venturato L, Quail P, et al.** Barriers and facilitators to optimal supportive end-of-life palliative care in long-term care facilities: A qualitative descriptive study of community-based and specialist palliative care physicians' experiences, perceptions and perspectives. *BMJ Open.* 2020; 10(8): e037466. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037466>
44. **Petriceks AH, Schwartz AW.** Goals of care and COVID-19: A GOOD framework for dealing with uncertainty. *Palliat Support Care.* 2020; 18(4): 379–81. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000474>
45. **Rosa WE, Shook A, Acquaviva KD.** LGBTQ+ inclusive palliative care in the context of COVID-19: Pragmatic recommendations for clinicians. *J Pain Symptom Manage.* 2020; 60(2): e44–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.155>
46. **Pahuja M, Wojcikewych D.** Systems barriers to assessment and treatment of COVID-19 positive patients at the end of life. *J Palliat Med.* 2021; 24(2): 302–4. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0190>
47. **Harden K, Price DM, Mason H, Bigelow A.** COVID-19 Shines a Spotlight on the Age-Old Problem of Social Isolation. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020; 22(6): 435–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32925489/>
48. **Frydman JL, Choi EW, Lindenberger EC.** Families of COVID-19 patients say goodbye on video: A structured approach to virtual end-of-life conversations. *J Palliat Med.* 2020; 23(12): 1564–5. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0415>
49. **Rica Escuín M, García-Navarro EB, Salvador IG, Ossa Sendra MJ, Alapont EC.** Acompañamiento a los pacientes al final de la vida durante la pandemia por COVID-19. *Med Paliativa.* 2020; 27(3): 181–91. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1162/2020>
50. **Feder S, Smith D, Griffin H, Shreve ST, Kinder D, Kutney-Lee A, et al.** "Why couldn't i go in to see him?" Bereaved families' perceptions of end-of-life communication during COVID-19. *J Am Geriatr Soc.* 2021; 69(3): 587–92. <https://doi.org/10.1111/jgs.16993>
51. **Ofosu-Poku R, Anyane G, Agbeko AE, Dzaka AD, Owusu-Ansah M, Appiah MO, et al.** Preparing a young palliative care unit for the COVID-19 pandemic in a teaching hospital in Ghana. *Palliat Support Care.* 2020; 18(4): 400–2. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000498>
52. **Tan AJ, Yamarik R, Brody AA, Chung FR, Grudzen C, The EMPallA Telephonic Working Group.** Development and protocol for a nurse-led telephonic palliative care program. *Nurs Outlook.* 2021; 69(4): 626–31. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.12.011>
53. **Lally K, Kematich BS, Gorman D, Tulskey J.** Rapid conversion of a palliative care outpatient clinic to telehealth. *JCO Oncol Pract.* 2021; 17(1): e62–7. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00557>
54. **Cheng HWB.** Palliative care for cancer patients with severe COVID-19: the challenge of uncertainty. *Support Care Cancer.* 2021; 29(3): 1153–5. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05809-y>
55. **Wu YR, Chou TJ, Wang YJ, Tsai JS, Cheng SY, Yao CA, et al.** Smartphone-enabled, telehealth-based family conferences in palliative care during the COVID-19 pandemic: Pilot observational study. *JMIR mHealth.* 2020; 8(10): e22069. <https://doi.org/10.2196/22069>

56. **Antunes B, Bowers B, Winterburn I, Kelly MP, Brodrick R, Pollock K, et al.** Anticipatory prescribing in community end-of-life care in the UK and Ireland during the COVID-19 pandemic: Online survey. *BMJ Support Palliat Care*. 2020; 10(3): 343–9. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002394>
57. **Bowers B, Pollock K, Oldman C, Barclay S.** End-of-life care during covid-19: Opportunities and challenges for community nursing. *Br J Community Nurs*. 2021; 26(1): 44–6. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2021.26.1.44>
58. **Pai RR, Nayak MG, Sangeetha N.** Palliative care challenges and strategies for the management amid COVID-19 pandemic in India: Perspectives of palliative care nurses, cancer patients, and caregivers. *Indian J Palliat Care*. 2020; 26(Suppl 1): S121–5. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_182_20
59. **Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T.** Palliative care in the time of COVID-19. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(2): e79–80. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.025>
60. **Paice JA, Wholihan D, Dahlin C, Rosa WE, Mazanec P, Long CO, et al.** Palliative nursing: The core of COVID-19 care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2021; 23(1): 6–8. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000709>
61. **Thomas JL, Leiter RE, Abrahm JL, Shameklis JC, Kiser SB, Gelfand SL, et al.** Development of a palliative care toolkit for the COVID-19 pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(2): e22–5. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.021>
62. **Roberts B, Wright SM, Christmas C, Robertson M, Wu DS.** COVID-19 pandemic response: Development of outpatient palliative care toolkit based on narrative communication. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020; 37(11): 985–7. <https://doi.org/10.1177/1049909120944868>
63. **Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C.** The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliat Med*. 2020; 34(9): 1182–92. <https://doi.org/10.1177/0269216320947623>
64. **Lal A, Bell G, Curseen K, Kavalieratos D.** Teaching telepalliative care: An elective rotation for medical students during the COVID-19 pandemic. *J Palliat Med*. 2021; 24(3): 318–9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0643>
65. **Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C.** Conservative management of COVID-19 patients—Emergency palliative care in action. *J Pain Symptom Manage*. 2020; 60(1): e27–30. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>
66. **Salifu Y, Atout M, Shivji N, Khalid DS, Bardi JN.** COVID-19: time to rethink palliative care strategy in resource-poor settings. *Int J Palliat Nurs*. 2020; 26(6): 268–71. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.6.268>
67. **Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.** Acceso a internet en Colombia se aceleró durante la pandemia. *MinTIC en los medios*. 2021. <https://www.mintic.gov.co/portal/inicio/Sala-de-prensa/MinTIC-en-los-medios/161793:Acceso-a-internet-en-Colombia-se-acelero-durante-la-pandemia>