



ORIGINAL

Nursing care in patients with terminal cancer in the palliative care unit during the pandemic, nursing perspectives

Cuidado de enfermería en pacientes con cáncer terminal en la unidad de cuidados paliativos durante la pandemia, perspectivas de enfermería

Flor Mejía¹  , Amelia Morillas²  

¹Universidad de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador.

²Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo, Perú.

Citar como: Mejía F, Morillas A. Nursing care in patients with terminal cancer in the palliative care unit during the pandemic, nursing perspectives. Salud, Ciencia y Tecnología. 2024; 4:858. <https://doi.org/10.56294/saludcyt2024858>

Enviado: 10-08-2023

Revisado: 27-12-2023

Aceptado: 11-04-2024

Publicado: 12-04-2024

Editor: Dr. William Castillo-González 

ABSTRACT

Introduction: during the pandemic, nursing staff in the palliative care unit had to quickly adapt to an unknown situation, marked by uncertainty and constant changes in their action protocols.

Objective: determine the perception of nursing care in patients with terminal-stage cancer in times of pandemic in the palliative care unit in a hospital in the city of Guayaquil.

Method: qualitative, exploratory and phenomenological approach, guiding an interview with 15 nurses of the palliative care service.

Results: the absence of an institutional model of palliative care in the hospital stands out, although the Ministry of Public Health (MSP) guidelines themselves are used and are not socialized. Despite the dedication of the health team, there are shortcomings in resources, a lack of specialized training and the need to select personnel with a vocation for palliative care. The needs of the patients include the eradication of symptoms and the relief of physical discomfort, while the needs of the nurse refer to the change in the service due to the emotional impact produced by the suffering of the patients. During the course of Covid-19, the isolation of the patient was generated, promoting their loneliness and anguish, in addition, the lack of resources, medical assistance and the support of their families predominated.

Conclusions: comprehensive care, covering medical, psychological, social, economic and spiritual aspects, emerges as a crucial factor to alleviate physical discomfort, provide emotional support and preserve the dignity of patients during this stage.

Keywords: Perception; Nursing Care; Cancer Patients; Terminal Stage; Pandemic.

RESUMEN

Introducción: durante la pandemia, el personal de enfermería de la unidad de cuidados paliativos tuvo que adaptarse rápidamente a una situación desconocida, marcada por la incertidumbre y cambios constantes en sus protocolos de actuación.

Objetivo: determinar la percepción del cuidado de enfermería en pacientes con cáncer en etapa terminal en tiempos de pandemia en la unidad de cuidados paliativos en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

Método: enfoque cualitativo, exploratorio y de tipo fenomenológico, orientando una entrevista a 15 enfermeros del servicio de cuidados paliativos.

Resultados: se destaca la ausencia de un modelo institucional de cuidados paliativos en el hospital, aunque se utilizan las pautas del Ministerio de Salud Pública (MSP) mismas que no se socializan. A pesar de la dedicación del equipo de salud, existen falencias en recursos, la falta de capacitación especializada y la necesidad de seleccionar personal con vocación para los cuidados paliativos. Las necesidades de los pacientes integran la erradicación de síntomas y el alivio del malestar físico, mientras que, las necesidades de la enfermera

aluden al cambio del servicio debido al impacto emocional que produce el sufrimiento de los pacientes. En el transcurso del Covid-19, se generó el aislamiento del paciente, fomentando su soledad y angustia, además, predominó la falta de recursos, asistencia médica y el apoyo de sus familiares.

Conclusiones: la atención integral, abarcando aspectos médicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales, emerge como un factor crucial para aliviar el malestar físico, proporcionar apoyo emocional y preservar la dignidad de los pacientes durante esta etapa.

Palabras clave: Percepción; Cuidado de Enfermería; Pacientes con Cáncer; Etapa Terminal; Pandemia.

INTRODUCCIÓN

A fines de diciembre del 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China, se reportaron 27 casos de etiología desconocida, siete de ellos registrados como graves. Consecuentemente, el 7 de enero del 2020, el Ministerio de Sanidad de China identifica una cepa nueva de coronavirus (CoV) como posible etiología, y para el 24 de enero del 2020, los casos confirmados habían ascendido a 835 en territorio chino, 535 de los cuales se ubicaban en la provincia de Hubei.⁽¹⁾ A lo largo de dicho mes comenzó a extenderse por el resto de los países del mundo en una proporción tal que obligó a la Organización de la Salud (OMS) a declarar en abril de 2020 una alerta de pandemia global.⁽²⁾ Esto tras un conteo de 1 792 000 casos positivos, traducidos en más de 110 000 decesos y alrededor de 412 000 pacientes recuperados,⁽³⁾ con consecuencias sanitarias y socioeconómicas que, hasta la fecha, no han podido calcularse.

El 29 de febrero de 2020, Catalina Andramuño Zeballos, Ministra de Salud del Ecuador, confirmó el primer caso de Covid-19, importado de España; el 13 de marzo, la paciente se convirtió en el primer deceso del virus en territorio nacional.⁽⁴⁾ Para la primera quincena de abril, 6.700 personas habían fallecido en la provincia de Guayas, gran parte de ellas en la ciudad de Guayaquil, epicentro de la emergencia sanitaria en el país, con aproximadamente dos tercios de los casos nacionales durante los dos primeros meses de la pandemia.^(5,6)

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (MSP) declaró el estado de emergencia sanitaria el 11 de marzo de 2020 en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud con una duración de 60 días para asegurar la atención permanente a pacientes de Covid-19 diagnosticados, la disponibilidad de las unidades epidemiológicas y la priorización de recursos económicos y humanos.⁽⁷⁾ Sin embargo, las debilidades estructurales del país, entre las que destacan un sistema de salud fragmentado con elevados niveles de segmentación, limitaron la capacidad de respuesta a la crisis, con un profundo impacto en términos socioeconómicos. Así, entre marzo y mayo de 2020, el 83 % de los recursos del sector salud fue destinado a la atención del Covid-19 en materia de curación, prevención, atención prehospitalaria, diagnóstico, medicamentos, dispositivos médico-hospitalarios, gestión de fallecidos, derivaciones, insumos de protección al personal, pérdida de capital humano, incremento de capacidad hospitalaria y de laboratorio, entre otros rubros, lo que supuso una pérdida de 724 69 millones de dólares.⁽⁸⁾

Por otra parte, los efectos de la pandemia disminuyeron en un 39 % la producción y atención de los servicios de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social debido al cierre de la atención de emergencia, consulta externa y hospitalización médica en consulta externa. Además, del aplazamiento en la atención a otras enfermedades importantes, como la de los pacientes oncológicos, a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la atención materno infantil.^(9,10)

Lo complejo de la situación descrita generó altos niveles e incertidumbre entre el personal médico-sanitario que laboraba en la primera línea de atención al Covid-19. Esto debido a la posibilidad de contagio asociado a la sobreexposición al virus a través del trato directo con el enfermo, a la insuficiencia de las capacidades asistenciales, hospitalarias y de traslado de pacientes, a la sobrepoblación de pacientes en los servicios, a la falta de personal, a las largas jornadas laborales y a la inseguridad en las condiciones de trabajo. Además, dicho escenario estuvo vinculado con la carencia de equipos de protección personal y otras medidas de bioseguridad que, en un sistema sanitario totalmente colapsado, no pudieron hacerse efectivas.^(11,12)

Al respecto, los trabajos de Alcívar et al.⁽¹²⁾ y Abuabara⁽¹³⁾ coinciden en señalar que el mayor índice de contagios se presenta en los profesionales de enfermería, que incluyen los enfermeros y auxiliares de enfermería, vinculadas con el cuidado directo del paciente infectado. Por el contrario, el análisis de Vinuesa et al.⁽¹⁴⁾ arrojó un mayor nivel de afectación del personal médico, no sólo respecto al grado de contagio sino también a las secuelas psicológicas asociadas tanto a la despersonalización en el trabajo como al agotamiento emocional, que derivaron en el desarrollo del síndrome de Burnout.

En tal escenario y con respecto al objeto de estudio, se destaca que el personal de enfermería de cuidados paliativos se vio obligado a adaptarse de modo intempestivo a una situación desconocida, con altos niveles de incertidumbre y cambios ininterrumpidos en sus protocolos de actuación para los que carecían de preparación y experiencia. Consecuentemente, las enfermeras han tenido que intensificar su labor no solo al atender a

pacientes, sino también al brindar apoyo a sus colegas en otras áreas hospitalarias.⁽¹⁵⁾ En la misma línea, Shankar et al.⁽¹⁶⁾ argumenta que el personal de enfermería de cuidados paliativos atravesó numerosas dificultades durante la emergencia sanitaria, además de las interrupciones y demoras en el tratamiento que inciden en el curso y pronóstico del paciente con cáncer.

Es importante señalar, tal y como afirman, Barreto et al.⁽¹⁷⁾ que los pacientes oncológicos en tratamiento son considerados como grupo de riesgo debido a su estado de inmunodepresión y la existencia de comorbilidades, lo que no ha impedido que su número de ingresos por Covid-19 haya sido inferior al de pacientes con otras patologías. En el caso de los pacientes oncológicos en etapa terminal es obligación de la enfermera otorgar cuidados paliativos a fin de asegurar la mayor calidad de vida del enfermo durante el proceso final de la patología, procurar una muerte digna acorde a los deseos del paciente y proporcionar apoyo emocional al paciente que, debido al aislamiento social obligatorio, se ve alejado de su familia. Expresado, en otros términos, el rol del personal de cuidados paliativos de enfermería durante la emergencia sanitaria por Covid-19 supuso desarrollar en toda su plenitud su profesión. Así como planificar y otorgar de forma continua los cuidados especializados integrales desde una perspectiva flexible y de accesibilidad que permitieran satisfacer las necesidades del paciente y su familia.⁽¹⁸⁾

No obstante, en el estudio de Burgueño et al.⁽¹⁹⁾ se identificó que a pesar de que el 65.3% de los pacientes oncológicos percibieron una calidad de atención positiva, el 34.7% restante se mantuvo en una postura neutral-negativa, esto debido a factores que mermaron la entrega de una atención y un cuidado de calidad. Dentro de este ámbito, se destaca el hecho de que ciertos profesionales de enfermería no conocían los cuidados del paciente, no comprobaban si este se encontraba bien, no respondían a sus demandas y no los hacían sentir como en su hogar. Por otro lado, Franco et al.⁽²⁰⁾ expresaron que para facilitar y mejorar los cuidados paliativos durante tiempos de crisis como lo fue la pandemia del Covid-19, es fundamental que los profesionales de enfermería deben ser educados y entrenados para prestar una atención idónea en aquellos que están cercanos al final de su vida.

En cuanto a la realidad problemática, el cuidado integral del paciente oncológico en etapa terminal otorgado a los pacientes de la unidad de cuidados paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil, debiera privilegiar lo estipulado en la Ley Orgánica de Salud sobre el acceso universal, equitativo, no discriminatorio, permanente y oportuno, a fin de brindar una atención de calidad, con calidez y eficacia. Buscando siempre el mayor beneficio para la salud del paciente desde el respeto a los derechos humanos y los principios bioéticos, resaltando el modelo de cuidado humanístico, holístico, biopsicosocial y transpersonal sobre el modelo tradicional curativo.

Sin embargo, la realidad cotidiana de la unidad de cuidados paliativos del hospital referida a pacientes en estado terminal permite percibir un incremento progresivo de la despersonalización del cuidado, con alto grado de instrumentalización tecnológica y enfoques orientados prioritariamente hacia la curación y la recuperación de los pacientes, sin asegurar la calidad de los cuidados paliativos con el consiguiente impacto negativo sobre el paciente y su familia. Esto refleja una reducción de la calidad del cuidado, lo que tiende a impactar negativamente los niveles de satisfacción de los pacientes.

Dicha situación se relaciona con los desafíos que generó la pandemia del Covid-19, donde la institución de salud se caracterizaba por el desabastecimiento y el colapso de los recursos humanos, materiales y económicos. Esto originó el retraso en la atención y tratamiento en pacientes con cáncer, aunado con las condiciones deficientes del equipamiento del hospital. En el escenario descrito, la percepción personal de la investigadora con relación al cuidado paliativo de enfermería en pacientes oncológicos terminales, remite a la necesidad de rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal del cuidado. Esto mediante la mitigación de factores como la sobrepoblación hospitalaria, la insuficiencia de personal, la priorización excesiva en el cumplimiento de las metas o la sobrecarga laboral del personal de enfermería.

En la actualidad, la percepción del cuidado de enfermería en pacientes con cáncer en etapa terminal de la unidad de cuidados paliativos, se ha convertido en un tema de gran relevancia en tiempos de pandemia. La percepción del cuidado en esta población se ha visto afectada por la limitación en la disponibilidad del servicio médico, la falta de tiempo dedicado a la atención de pacientes terminales y la disminución de la interacción personal. Todo esto ha contribuido a que los pacientes y sus familias perciban un deterioro en la calidad del cuidado y una sensación de abandono en un momento crucial de sus vidas.

En el caso de la presente investigación, se determinó la siguiente pregunta: ¿cuál es la percepción del cuidado del personal de enfermería en pacientes con cáncer en etapa terminal en la unidad de cuidados paliativos en tiempos de pandemia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil?

El objetivo de la investigación implica determinar la percepción del cuidado de enfermería en pacientes con cáncer en etapa terminal en la unidad de cuidados paliativos en tiempos de pandemia en un Hospital de la ciudad de Guayaquil.

MÉTODOS

El diseño aplicado al presente estudio es el exploratorio, con un enfoque cualitativo y de tipo fenomenológico,

cuya selección se justifica por su idoneidad para abordar fenómenos poco explorados y complejos, permitiendo una comprensión profunda y contextualizada de las experiencias y perspectivas del personal de enfermería en el cuidado de pacientes con cáncer terminal en el contexto de la pandemia por Covid-19. El estudio se desarrolla en un Hospital de la ciudad de Guayaquil, específicamente en el servicio de cuidados paliativos donde laboran 25 profesionales de enfermería, mismos que trabajaron durante el pico de la pandemia, tomando 15 enfermeros para que representen el universo de estudio. Debido a la tenencia de una población finita, se consideró el muestreo censal, es decir, la investigación se desarrolló considerando a los 15 enfermeros. Para la recolección de datos, se aplicó una entrevista semiestructurada conformada por 18 interrogantes.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Los resultados demuestran que las edades del personal de enfermería del servicio de Cuidados Paliativos de un Hospital de la ciudad de Guayaquil oscilan entre los 26 a 50 años, con una edad media de 35,7 años, predominando tres casos de personas con 32 años. Por otro lado, se identificó que el personal se encuentra conformado en su mayoría por mujeres (13 enfermeras), además, prevaleció el estado civil casado con 11 casos. Con respecto al tiempo que llevan en el servicio de cuidados paliativos, la mayoría de los enfermeros han brindado cuidados paliativos por dos años (Ver tabla 1).

Edad	No.	%
26 años	2	13,3
27 años	1	6,7
28 años	1	6,7
30 años	1	6,7
32 años	3	20
36 años	1	6,7
37 años	1	6,7
40 años	1	6,7
45 años	2	13,3
50 años	2	13,3
<i>Sexo</i>		
Femenino	13	86,7
Masculino	2	13,3
<i>Estado civil</i>		
Casada	11	73,3
Divorciada	1	6,7
Soltero	2	13,3
Unión Libre	1	6,7
<i>Tiempo de servicio de cuidados paliativos</i>		
1 año	1	6,7
2 años	6	40
3 años	5	33,3
4 años	2	13,3
5 años	1	6,7

También se reconoció que, 14 profesionales de enfermería no han tomado algún tipo de aprendizaje o capacitación en materia de cuidados paliativos, tanatología u otra especialidad. De estas, dos enfermeras indicaron que han investigado y leído algo por su cuenta, y una enfermera manifestó que tuvo una capacitación proporcionada por el hospital en el que trabajó antiguamente. Además, una aseveró que no se siente motivada a realizar una especialización en este tema dado que en la institución se reconoce económicamente por igual a las enfermeras recién graduadas sin experiencia, con maestría o profesionales con mucha experiencia. Por el contrario, se identificó que una enfermera si tiene una especialidad en cuidados paliativos, misma que fue facilitada por el hospital. Además, se ha instruido por cuenta propia sobre tanatología en el cuidado de pacientes en etapa terminal para poder comprender y sentir lo que estos quieren de profesional, de cómo puede cubrir las necesidades del mismo y con ello, mejorar su estancia en el hospital.

Conocimiento general de la enfermera sobre cuidados paliativos impartidos en el Hospital

Las entrevistas revelaron que las enfermeras perciben los cuidados paliativos como un enfoque integral que aborda las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de los pacientes. Tal como lo expresó E1, esto *“ayuda a que el paciente tenga una mejor calidad de vida en el tiempo que le resta”* y E2 *“Son cuidados integrales donde se trata de cubrir todas las necesidades del paciente”*.

En lo que respecta al modelo institucional de cuidados paliativos en el hospital, las enfermeras señalan la ausencia de un programa exclusivo de la institución; en su lugar, se utilizan pautas del Ministerio de Salud Pública (MSP), pero estas no se han comunicado adecuadamente al personal. E4 manifestó sobre esta guía que *“... el personal nuevo que viene a trabajar en este servicio no lo conoce, porque no ha sido debidamente socializado”*; mientras que, E7 indicó *“No, desconozco que haya alguno y si lo hay, no lo han socializado”*. En cuanto a la cobertura del programa, se observa que se limita principalmente a pacientes afiliados al Seguro social en la provincia del Guayas. Esta limitación podría excluir a muchos pacientes que necesitan atención de cuidados paliativos y no tienen acceso a ella debido a su afiliación o ubicación.

Se menciona también la falta de tiempo y la presión para atender a un gran número de pacientes. E5 expresó *“...se trata de trabajar con los pocos recursos que hay ...”*; E8 declaró *“el hospital no cuenta con medicina, insumos para la atención de los pacientes, entonces se hace lo que se puede ...”*. Además, se destaca la importancia de un enfoque más humano en el sistema de atención médica.

Respecto a los programas de cuidados paliativos domiciliarios, se evidencia una falta de conocimiento y disponibilidad. Algunas enfermeras mencionan médicos que realizan visitas domiciliarias, pero señalan la falta de personal disponible para llevar a cabo estas visitas. E11 aseveró *“Sí hay un médico que va cuando el familiar insiste”*. Esto plantea preocupaciones sobre la capacidad de proporcionar atención domiciliaria a pacientes que la necesitan.

Funcionamiento del programa/modelo/servicio de cuidados paliativos en el Hospital.

En cuanto al grado de información y la toma de decisiones en el programa de cuidados paliativos, se identifica una clara falta de participación por parte del personal de enfermería. Según las entrevistas, los profesionales de enfermería se limitan a seguir las indicaciones médicas sin participar en las decisiones relacionadas con el tratamiento de los pacientes; E1 afirmó *“Como enfermera no participo en cambios del tratamiento del paciente”*.

En relación con el conocimiento de la historia clínica, se destaca que las enfermeras tienen una visión limitada de los pacientes, centrándose en la evolución médica diaria y sin conocer aspectos importantes de la vida personal, económica y social de los pacientes, tal como lo manifestó E1 *“tengo conocimiento del paciente, no a profundidad”*. Aunque reconocen la importancia de tener un conocimiento más profundo de los pacientes, atribuyen la falta de información a la sobrecarga de trabajo y la falta de tiempo, lo cual se corrobora con lo expuesto por E2 *“... lastimosamente no se puede por el exceso de pacientes”*.

En cuanto a los cambios en relación con los pacientes incluidos en el programa, los resultados indican que existen limitaciones sustanciales. Lo expuesto por E4 permite evidenciar que *“... los pacientes que ingresan se les da atención con las limitaciones que hay en el hospital”* debido a la falta de insumos y fármacos, así como la escasez de profesionales capacitados y con vocación para el cuidado integral de pacientes en cuidados paliativos.

En lo que respecta a las reacciones más habituales de los pacientes incluidos en el programa, algunos pacientes muestran irritabilidad, tristeza y aflicción debido a la percepción de que son una carga para sus familiares. Tal como lo expresa E2 *“Reaccionan con tristeza y aflicción porque piensan que los familiares los ingresan porque son causa de molestia”*.

Percepción de las necesidades del paciente

Área Médica

Entre las necesidades más destacadas del área médica, se encuentra la fuerte preferencia por la ausencia de síntomas con 15 respuestas, lo que indica una prioridad en el alivio del malestar físico. Además, la preservación de la integridad física (15 respuestas) y la participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento (ocho respuestas). Por otro lado, algunas necesidades, como conservar los órganos internos, se consideran menos importantes. Estos hallazgos proporcionan información valiosa para la atención y el enfoque de los cuidados paliativos, destacando la necesidad de centrarse en el alivio de los síntomas, la participación de los pacientes en las decisiones y el respeto por la integridad física (Ver tabla 2).

Área psicológica

Por otro lado, en el área psicológica se destaca la necesidad de controlar la ansiedad, desahogar la tristeza, no sentirse desamparados, sentirse satisfecho con lo logrado y recibir apoyo para afrontar su situación con 15 respuestas, seguido de ser considerado como individuo y no como caso médico con 10 respuestas. Mientras que

los menos importantes implica conservar la vida sexual (Ver tabla 3).

Tabla 2. Percepción de las necesidades del paciente en el área médica

Área Médica		0	1	2	3	Total
Conocer toda la información sobre el pronóstico de la enfermedad	No.	0	3	6	6	15
	%	0	20	40	40	100
No tener síntomas de la enfermedad y/o del tratamiento	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Permanecer y vivir los momentos más críticos en casa	No.	1	3	4	7	15
	%	6,7	20	26,7	46,7	100
Participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento	No.	0	2	5	8	15
	%	0	13,3	33,3	53,3	100
Seguir siendo autosuficiente	No.	0	2	6	7	15
	%	0	13,3	40	46,7	100
Que mi cuerpo no sea mutilado externamente	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Permanecer y vivir los momentos más críticos en el hospital	No.	0	4	5	6	15
	%	0	26,7	33,3	40	100
Seguir recibiendo tratamientos sin importar los síntomas o malestar que estos puedan ocasionar	No.	0	4	5	6	15
	%	0	26,7	33,3	40	100
No terminar la vida recibiendo apoyo artificial (p.ej. permanecer conectado a un aparato)	No.	0	3	4	8	15
	%	0	20,0	26,7	53,3	100
Conservar los órganos internos	No.	7	5	2	1	15
	%	46,7	33,3	13,3	6,7	100

Tabla 3. Percepción de las necesidades del paciente en el área psicológica

Área psicológica		0	1	2	3	Total
Poder expresar los temores y las preocupaciones	No.	1	3	3	8	15
	%	6,7	20	20	53,3	100
Controlar la ansiedad	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Conservar mi vida sexual	No.	5	3	4	3	15
	%	33,3	20,0	26,7	20	100
Poder desahogar la tristeza	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
No sentirme desamparado	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Sentirme satisfecho con lo que he logrado hasta ahora	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Ser considerado como un individuo y no como un caso médico	No.	0	0	5	10	15
	%	0	0	33,3	66,7	100
Recibir apoyo para afrontar la situación de la mejor manera posible	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100

Área social

En el área social, la necesidad más importante es la de estar acompañado de un ser querido durante el proceso de cuidados paliativos, calificada con 14 respuestas, lo que refleja la alta importancia que los pacientes otorgan a la presencia de un ser querido en esta etapa. En segundo lugar, con 13 respuestas, está la necesidad de poder despedirse de los seres queridos, subrayando la significativa necesidad emocional de decir adiós de manera adecuada. Además, con 12 respuestas, se encuentra hacer la paz con aquellos con los que hubo diferencias, destacando la importancia de la resolución de conflictos antes del fallecimiento. Por otro lado, con 13 respuestas se identificó que el mantener el rol familiar y social constituye una necesidad importante (Ver tabla 4).

Tabla 4. Percepción de las necesidades del paciente en el área social

Área social		0	1	2	3	Total
Tener una buena relación con médicos y enfermeras	No.	0	3	3	9	15
	%	0	20	20	60	100
Saber que la familia estaría preparada para enfrentar mi muerte	No.	0	2	3	10	15
	%	0	13,3	20	66,7	100
Contar con alguien que se haga cargo de mis asuntos personales	No.	0	4	4	7	15
	%	0	26,7	26,7	46,7	100
Saber que no dejo de ser importante para los demás	No.	0	3	3	9	15
	%	0	20	20	60	100
Hacer la paz con los que hubo diferencias	No.	3	0	0	12	15
	%	20	0	0	80	100
Poder despedirme de los seres queridos	No.	0	0	2	13	15
	%	0	0	13,3	86,7	100
Estar acompañado de un ser querido	No.	1	0	0	14	15
	%	6,7	0	0	93,3	100
Mantener mi rol familiar y/o social	No.	0	0	13	2	15
	%	0	0	86,7	13,3	100

Área económica

La necesidad más importante, con nueve respuestas, es la de no dejar a la familia desprotegida económicamente a causa de la enfermedad, resaltando la preocupación por la seguridad financiera de los seres queridos durante la enfermedad. Además, tener las finanzas en orden es una necesidad y no tener deudas calificada con una ponderación de ocho respuestas respectivamente. Por otro lado, tener dinero para el tratamiento y los medicamentos es importante para la mayoría, con siete respuestas, y la capacidad de continuar trabajando sin que el tratamiento afecte la capacidad laboral con seis respuestas. Por último, tener un testamento representó una necesidad importante para cuatro pacientes. Estos resultados resaltan la complejidad de las necesidades económicas de los pacientes en cuidados paliativos, con un enfoque en la seguridad financiera familiar y la gestión adecuada de las finanzas personales como aspectos críticos (Ver tabla 5).

Tabla 5. Percepción de las necesidades del paciente en el área económica

Área económica		0	1	2	3	Total
Tener las finanzas en orden	No.	2	2	3	8	15
	%	13,3	13,3	20	53,3	100
Tener un testamento	No.	4	4	4	3	15
	%	26,7	26,7	26,7	20	100
Que el tratamiento no afecte mi capacidad laboral	No.	2	3	4	6	15
	%	13,3	20	26,7	40	100
Tener dinero para el tratamiento y los medicamentos	No.	0	4	4	7	15
	%	0	26,7	26,7	46,7	100
No tener deudas	No.	0	2	5	8	15
	%	0	13,3	33,3	53,3	100
No dejar a mi familia desprotegida económicamente a causa de la enfermedad	No.	1	2	3	9	15
	%	6,7	13,3	20	60	100

Área espiritual

Las ponderaciones más relevantes fueron el apoyo espiritual y la satisfacción de expectativas de vida con 15 respuestas respectivamente, seguido de estar en paz con Dios con 13 respuestas. Por otro lado, la creencia de que el alma sobrevivirá después de la muerte le dieron menos importancia, seguido de tener fe en Dios o recibir un ser supremo (Ver tabla 6).

En cuanto a las necesidades básicas o fundamentales más apoyadas en el servicio de cuidados paliativos del Hospital, según las calificaciones más altas (puntuación 3) de los encuestados, son: garantizar una nutrición adecuada, asegurar la eliminación de desechos corporales de manera regular, mantener la movilidad y posturas confortables, preservar la higiene corporal y proteger la piel, y garantizar una respiración normal. Estas

necesidades reflejan la importancia de satisfacer las necesidades físicas y fisiológicas de los pacientes en cuidados paliativos para mantener su bienestar y comodidad durante esta etapa de atención médica (Ver tabla 7).

Tabla 6. Percepción de las necesidades del paciente en el área espiritual

Área espiritual		0	1	2	3	Total
Tener fe en Dios o en un Ser Supremo	No.	0	2	3	10	15
	%	0	13,3	20	66,7	100
Recibir apoyo de un guía espiritual	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Terminar de satisfacer las expectativas de mi vida	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Estar en paz con Dios o el Ser Supremo	No.	0	2	0	13	15
	%	0	13,3	0	86,7	100
Poder hablar sobre el significado de la muerte	No.	0	3	1	11	15
	%	0	20	6,7	73,3	100
Creer que el alma o algo suyo sobrevivirá después de la muerte	No.	0	3	4	8	15
	%	0	20	26,7	53,3	100

Tabla 7. Necesidades básicas

Necesidades básicas		0	1	2	3	Total
Respirar normalmente.	No.	0	0	1	14	15
	%	0	0	6,7	93,3	100,0
Comer y beber adecuadamente.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0,0	100,0	100,0
Eliminar los desechos corporales.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0,0	100,0	100,0
Moverse y mantener posturas deseables.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0,0	100,0	100,0
Dormir y descansar.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0,0	100,0	100,0
Seleccionar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.	No.	0	0	10	5	15
	%	0	0	66,7	33,3	100,0
Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100,0	100,0
Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.	No.	0	0	6	9	15
	%	0	0	40	60	100
Comunicarse con los demás: expresar emoción, necesidades, miedos, opiniones.	No.	0	0	0	15	15
	%	0	0	0	100	100
Religión: rendir culto según la propia fe.	No.	0	0	2	13	15
	%	0	0	13,3	86,7	100
Adaptación: Trabajar de tal manera que haya una sensación de logro.	No.	0	11	4	0	15
	%	0	73,3	26,7	0	100
Recreación: jugar o participar en diversas formas de ocio.	No.	0	15	0	0	15
	%	0	100	0	0	100
Educación: aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles	No.	0	15	0	0	15
	%	0	100	0	0	100

Percepción de las necesidades de la enfermera

Las enfermeras experimentan una amplia gama de emociones, desde la frustración e impotencia hasta la ansiedad, la pena y el estrés. Tal como lo expresa E1 *“Frustración e impotencia, pienso que el tratamiento*

fracasó, que es muy doloroso y egoísta aferrar al paciente a la vida, alargando su agonía y sufrimiento, cuando la muerte es un proceso natural por el que todos pasaremos”. Mientras que, E15 aseveró “Ansiedad, y tristeza porque muchas veces no hay el tiempo suficiente para poder dedicarnos a conversar con el paciente y saber cómo se siente ...” E15.

En cuanto a la muerte de un paciente al que brindan cuidados paliativos, las enfermeras se involucran emocionalmente con los pacientes y sus familias, algunas incluso llegan a llorar junto a los seres queridos en momentos de pérdida, tal como lo manifestó E1 “*Si he llorado junto al familiar, cuando me encariño con el paciente...*”. Sin embargo, E4 mencionó “*Yo trato en lo posible no estar presente en esos momentos, porque no sabría como consolarlos*”.

En cuanto a la posibilidad de cambiar de servicio, las enfermeras presentan opiniones divergentes. E3 afirmó “*Si me cambiara de área, porque me deprime el sufrimiento y el no poder hacer mucho por los pacientes*”; mientras que, E14 expresó “*No cambiaría de servicio porque aquí es donde demuestro mi humanismo cuidando del prójimo, siendo empática, solidaria tratando de que mi cuidado sea óptimo, pero siento que no me alcanzo para todos los pacientes ...*”.

Por otra parte, se destaca la importancia del rol que cumple la familia, tal como indicó E1 “*La familia es muy importante y fundamental para el paciente en etapa terminal, es un componente terapéutico para aliviar el sufrimiento del paciente, tienen miedo de quedarse solos, necesitan sentirse queridos, que son importantes*”. Asimismo, se enfatiza la relación entre enfermera-paciente, misma que en cuidados paliativos según E1 “*... es más intensa que en otros servicios porque se siente más la vulnerabilidad del ser humano carente de muchas necesidades tratando de vivir sus últimos momentos con dignidad. En este servicio se pone más de manifiesto la relación de empatía*”.

Cuidados paliativos en tiempos de Covid 19

La imposibilidad de mantener un contacto cercano entre pacientes y sus seres queridos debido a la necesidad de aislamiento y el temor al contagio generaron profundos efectos emocionales. E1 expresó que “*los pacientes tenían que estar aislados de su familia y nosotras también solo entrábamos a la habitación solo cuando era necesario*”. Dicho escenario generaba angustia que se intensificaba debido a la soledad y al aislamiento experimentado por los pacientes, lo que contribuía a aumentar su sufrimiento.

Además, la vivencia personal de los profesionales de enfermería durante la pandemia fue sumamente intensa. Experimentaron dolor, tristeza y angustia al presenciar la muerte de pacientes en solitario debido a las restricciones de contacto. E1 aseveró que “*muchos morían en una sala fría sin acompañamiento, y hasta sin asistencia sanitaria*”. Además, la preocupación por llevar la enfermedad a sus propios hogares también pesó en la toma de decisiones y generó una profunda preocupación por la seguridad de sus seres queridos. E10 expresó “*Daba mucha pena, pero primero era yo y salvaguardar mi familia*”. Por otro lado, la experiencia de los familiares de los pacientes fue igualmente dolorosa. E10 manifestó que “*Muy pocos eran los familiares que pernoctaban en las afueras de los hospitales*”.

DISCUSIÓN

Conocimiento general de la enfermera sobre cuidados paliativos impartidos en el Hospital.

Los resultados del estudio revelaron que los profesionales de enfermería consideran los cuidados paliativos como un enfoque completo que atiende las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de los pacientes. En este ámbito, los enfermeros reconocen la importancia de mejorar la calidad de vida de los pacientes terminales y brindarles una muerte digna. Sin embargo, surgen preocupaciones sobre la falta de tiempo y recursos para proporcionar estos cuidados de manera completa.

En contraste, en el estudio de Ortega et al.⁽²¹⁾ se reconoce que el 65,58 % de la enfermeras tenían conocimientos sobre los cuidados paliativos, mismos que con programas formativos puede mejorarse con el propósito de fomentar una atención de calidad. De igual forma, Da Conceição et al.⁽²²⁾ en su estudio identificaron que solo un pequeño porcentaje de profesionales sanitarios presentaron un conocimiento adecuado sobre los cuidados paliativos, evidenciando la formación deficiente que existe aún sobre este tema, destacando que no basta únicamente las buenas intenciones, resulta necesario una formación médica adecuada. Por el contrario, se integra el estudio de Hidalgo et al.⁽²³⁾ que describe la falta de conocimiento sobre los cuidados paliativos en la población general de Ecuador, lo cual coincide con las preocupaciones expresadas en las entrevistas sobre la falta de tiempo y recursos para proporcionar cuidados paliativos completos, así como la falta de un programa exclusivo de cuidados paliativos en el hospital.

En cuanto al enfoque institucional de cuidados paliativos en el hospital, las enfermeras indican que no hay un programa específico establecido por la institución, se recurre a las directrices del MSP, aunque estas no se han comunicado de manera adecuada al personal. Esto sugiere una falta de dirección y coordinación en la implementación de los cuidados paliativos en la institución, lo que podría dificultar la prestación de una atención consistente y de calidad. Para Cisternas⁽²⁴⁾ los cuidados paliativos son un derecho humano, mismo que

se entrega con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

Las opiniones profesionales sobre el programa de cuidados paliativos varían, aunque en general, se destacan desafíos significativos. Las enfermeras reconocen la dedicación del equipo de salud, pero subrayan las falencias en recursos, la falta de capacitación especializada y la necesidad de seleccionar personal con vocación para los cuidados paliativos. Esto concuerda con el trabajo de Bellver⁽²⁵⁾ quien encontró que durante la pandemia, se identificaron problemas asociados con la insuficiencia de recursos y el autocuidado de la enfermera. Asimismo, Solórzano⁽²⁶⁾ aseveró que la falta de recursos y las restricciones asistenciales ocasionó una brecha en la atención integral para estos pacientes.

En cuanto al programa de cuidados paliativos domiciliarios, se destaca que existen médicos que efectúan visitas domiciliarias, pero no se cuenta con el personal suficiente para ejecutar estas visitas con regularidad, demostrando una deficiencia en la capacidad para otorgar la atención domiciliaria adecuada a los pacientes que lo requieren. En comparación con el trabajo de León et al.⁽²⁷⁾ estos manifestaron que la pandemia afectó la entrega de tratamiento de los pacientes que estaban en los programas de atención domiciliaria, a pesar de los esfuerzos que los profesionales realizaron.

Funcionamiento del programa/modelo/servicio de cuidados paliativos en el Hospital

Por otro lado, se identificó una falta de colaboración interdisciplinaria y un enfoque predominantemente biomédico en lugar de un enfoque más integral en el cuidado de pacientes en situación de cuidados paliativos. Esta falta de participación puede afectar negativamente la calidad de la atención brindada. Con respecto a la información descrita el estudio Mulcahy et al.⁽²⁸⁾ señala que la falta de conciencia y comunicación sobre las preferencias de cada uno para el cuidado puede resultar en un conflicto relacional. Esto respalda las observaciones de las entrevistas sobre la falta de colaboración interdisciplinaria y un enfoque predominantemente biomédico en lugar de un enfoque más integral en el cuidado de pacientes en situación de cuidados paliativos.

Además, se destaca la visión restringida que tienen las enfermeras sobre los pacientes, debido que solo se enfocan en el ámbito médico, dejando de lado el reconocimiento de aspectos personales, sociales y económicos de los pacientes. Esta limitación en la comprensión de los pacientes podría influir en la capacidad de proporcionar una atención integral y centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Tal como expresa Acurio et al.⁽²⁹⁾ el personal de enfermería no cumple únicamente un rol médico, sino también humanista, dado que tiene una relación directa tanto con los pacientes como con los familiares. En tanto que, Cañaveral y López⁽³⁰⁾ manifestaron que los cuidados paliativos de enfermería deben centrarse tanto en el bienestar físico, como emocional y psicológico.

Asimismo, se reconoce que a pesar de la percepción de algunos pacientes de que se sienten menos solos en el hospital, las entrevistas revelan que el programa enfrenta desafíos importantes, como la falta de insumos y fármacos, así como la escasez de profesionales capacitados y con vocación para el cuidado integral de pacientes en cuidados paliativos. De acuerdo con Guerrero y Escobar⁽³¹⁾ la falta de medicamentos afecta a los pacientes y familiares, debido que deben costear los medicamentos que requieren para su tratamiento, mientras que, Herrera et al.⁽³²⁾ expresaron que el desabastecimiento de medicamentos en pandemia derivó en el incremento de riesgos de complicaciones y muerte.

También se observaron una variedad de respuestas emocionales de los pacientes sobre el programa, resaltando la tristeza y aflicción. De igual forma, aquellos que experimentan alivio físico a través del tratamiento del dolor y la administración de oxígeno tienden a sentirse menos ansiosos y más seguros en el hospital. Sin embargo, la falta de apoyo espiritual y psicológico se destaca como una preocupación común entre los pacientes, lo que puede afectar negativamente su bienestar emocional. En contraste, Pérez et al.⁽³³⁾ identificaron en su estudio que todos los pacientes y familiares recibieron una atención multidisciplinaria de psiquiatría, terapia ocupacional y acompañamiento espiritual en los cuidados de enfermería durante la pandemia, mejorando el bienestar y la calidad de vida de los pacientes.

Percepción de las necesidades del paciente

En el área médica, se destaca la prioridad que los pacientes otorgan a la ausencia de síntomas y al alivio del malestar físico. Esto resalta la importancia de brindar un control efectivo del dolor y otros síntomas físicos para mejorar la calidad de vida de los pacientes en cuidados paliativos. Además, la preservación de la integridad física y la participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento son necesidades clave, lo que subraya la importancia de empoderar a los pacientes en el proceso de atención y respetar sus deseos y preferencias. Ayala et al.⁽³⁴⁾ menciona que en cuidados paliativos, la necesidad principal que se debe contemplar es el alivio del dolor, corroborando lo expuesto en las entrevistas.

En el área psicológica, la necesidad de controlar la ansiedad y desahogar la tristeza se destacan como prioridades. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las preocupaciones emocionales y proporcionar apoyo psicológico adecuado a los pacientes en cuidados paliativos; además, la necesidad de no sentirse desamparados y recibir apoyo para afrontar la situación es esencial para promover el bienestar psicológico de

los pacientes.

En el área social, la presencia de un ser querido durante el proceso de cuidados paliativos es la necesidad más importante, seguida de la posibilidad de despedirse de los seres queridos y resolver conflictos pendientes. Estos resultados resaltan la importancia de las relaciones interpersonales y la necesidad de apoyar a los pacientes en la construcción de relaciones significativas y la resolución de problemas familiares antes del fallecimiento. También se menciona la necesidad de mantener el rol familiar y social, aunque con una calificación ligeramente más baja.

En el estudio de Guerra et al.⁽³⁵⁾ se identificó que para garantizar una buena calidad de vida, los cuidados paliativos deben considerar tanto las necesidades físicas, emocionales, espirituales, culturales y sociales del paciente. Por otro lado, en el área económica, en el estudio se reconoció que la seguridad financiera de la familia es una preocupación central para los pacientes en cuidados paliativos. La posibilidad de no dejar a la familia desprotegida económicamente debido a la enfermedad es una necesidad crítica. Esto subraya la importancia de proporcionar orientación y apoyo financiero a los pacientes y sus familias durante esta etapa. Además, la gestión adecuada de las finanzas personales, la capacidad de continuar trabajando y tener dinero para el tratamiento y los medicamentos son consideraciones significativas.

En el área espiritual, el apoyo y la satisfacción de las expectativas de vida son necesidades fundamentales para los pacientes en cuidados paliativos. Esto destaca la importancia de abordar las dimensiones espirituales y existenciales de la atención en esta etapa. Aunque la creencia en la supervivencia del alma después de la muerte y la fe en Dios o un ser supremo son menos prioritarias, aún tienen cierta relevancia. En cuanto a las necesidades básicas, se resalta la importancia de satisfacer las necesidades físicas y fisiológicas de los pacientes para mantener su bienestar y comodidad. Esto incluye garantizar una nutrición adecuada, la eliminación de desechos corporales, la movilidad y posturas confortables, la higiene corporal y la protección de la piel, así como una respiración normal.

En el trabajo de López et al.⁽³⁶⁾ los profesionales de salud reconocen la relevancia de atender la dimensión espiritual o religiosa, dado que es un aspecto que contribuye en la entrega de una atención más completa y de alta calidad en los servicios de asistencia. En el estudio de Suikkala et al.⁽³⁷⁾ se encontró que los profesionales de la salud identificaron cuatro necesidades de competencia principales en el cuidado paliativo para la próxima década: competencia en cuidados paliativos en todos los niveles dentro de los servicios de salud y bienestar social; competencia en cuidados paliativos individualizados; competencia en encuentros centrados en la persona; y desarrollo sistemático de competencias dentro del cuidado paliativo. Esto coincide con las observaciones de las entrevistas sobre la importancia de brindar un control efectivo del dolor y otros síntomas físicos, así como empoderar a los pacientes en el proceso de atención.

Percepción de las necesidades de la enfermera

A través de las entrevistas, se identificó que las enfermeras experimentaron frustración e impotencia, debido a la naturaleza desafiante y, a menudo, emocionalmente intensa de cuidar a pacientes con enfermedades graves y terminales. La espiritualidad y la fe en Dios también emergen como fuentes de fortaleza y consuelo tanto para las enfermeras como para las familias de los pacientes, subrayando la importancia de las dimensiones espirituales en la atención de cuidados paliativos. La empatía juega un papel fundamental en la percepción de las enfermeras sobre sus emociones y su trabajo, lo que destaca la importancia de la relación entre enfermera y paciente en esta área de atención. Además, se considera lo expuesto por Dávila et al.⁽³⁸⁾ quienes destacan que la empatía es un elemento crítico para humanizar los cuidados de los pacientes.

Referente a la muerte de un paciente, en el caso de pacientes pediátricos, las enfermeras experimentan emociones intensas debido a la tristeza de ver a niños padecer enfermedades graves. Esto destaca la importancia de brindar apoyo y cuidado especializado en este grupo de pacientes. Según el estudio de Zhang et al.⁽³⁹⁾ testificar el sufrimiento y la muerte del paciente es estresante, y no poder enfrentar este desafío puede resultar en una disminución del bienestar de las enfermeras y un impedimento para la provisión de una atención de buena muerte para los pacientes y sus familias. Esto coincide con las observaciones de las entrevistas sobre la amplia gama de emociones que experimentan las enfermeras, desde la frustración e impotencia hasta la ansiedad, la pena y el estrés.

También se observó que algunos enfermeros están comprometidos con su trabajo en cuidados paliativos y sienten que pueden marcar la diferencia, a pesar de los desafíos emocionales y de recursos. Otras considerarían cambiar de área debido al impacto emocional que puede tener el sufrimiento de los pacientes, especialmente cuando se trata de niños, y a la falta de personal y recursos adecuados. La decisión de cambiar de servicio es influenciada por la capacidad de las enfermeras para manejar las complejidades emocionales de su trabajo y su compromiso con el cuidado de pacientes en estado crítico. Tripodoro et al.⁽⁴⁰⁾ en su estudio identificó que el 62,5% de profesionales de salud que su ocupación implicaba un riesgo, debido al miedo de contagio durante la pandemia.

Cuidados paliativos en tiempos de Covid 19

La limitación en la entrada de personal de salud a las habitaciones de los pacientes, especialmente aquellos con dificultades respiratorias, exacerbó la ansiedad y el miedo de los pacientes a la progresión de la enfermedad y a la muerte. El aislamiento y la soledad experimentados por los pacientes durante este período agravaron su angustia, lo que plantea un desafío importante en la atención de cuidados paliativos en situaciones de crisis como la pandemia. En el trabajo de Silva y Luque⁽⁴¹⁾ se reconoció que el miedo de los pacientes genera un impacto emocional significativo en los pacientes, provocando un escenario de vulnerabilidad.

Además, la falta de asistencia sanitaria adecuada y la escasez de suministros, como oxígeno, contribuyeron a esta situación, lo que dejó una marca emocional profunda en el personal de enfermería. La falta de apoyo médico, con médicos ausentes debido al descanso médico o al temor al contagio, aumentó la carga de trabajo y la responsabilidad del personal de enfermería en la atención de pacientes con Covid-19. En el estudio de Valderrama⁽⁴²⁾ se identificó que el déficit de profesionales de salud y la escasez de insumos no solo afecta el desempeño del personal, sino también el cuidado que se otorga a los pacientes.

Por otra parte, muchos de los familiares vieron morir a sus seres queridos en condiciones solitarias y en un ambiente frío y deshumanizado debido a las restricciones de visitas y la limitación de suministros y asistencia. La mayoría de los familiares se mostraron reacios a visitar a sus seres queridos en el hospital, incluso para llevarles ropa o artículos de aseo, debido al temor al contagio. Esta situación generó una profunda tristeza y angustia en los familiares que deseaban estar cerca de sus seres queridos en sus momentos finales. Carrera y Cedeño⁽⁴³⁾ a través de su estudio reconocieron que los pacientes que estuvieron alejados de sus familiares por la pandemia experimentaron consecuencias emocionales desfavorables durante su tiempo en el hospital.

En el estudio de Global Health⁽⁴⁴⁾ se constató que los servicios de cuidados paliativos estaban subfinanciados en los mejores momentos. La Comisión Lancet 2017 sobre Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor describió la falta generalizada de acceso a intervenciones efectivas y económicas como una injusticia. Esto coincide con las observaciones de las entrevistas sobre la falta de asistencia sanitaria adecuada y la escasez de suministros, como oxígeno.

Considerando todo lo establecido, se recomienda establecer un ambiente de trabajo colaborativo y una comunicación efectiva entre médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en el Hospital del Seguro Social. Esto ayudará a garantizar que las decisiones clínicas se tomen de manera conjunta y que se brinde una atención integral y coordinada a los pacientes de cuidados paliativos. Se pueden implementar reuniones regulares de equipo para discutir los casos y compartir conocimientos, lo que promoverá una atención más efectiva y centrada en el paciente.

Es esencial que el hospital promueva una atención integral que abarque las necesidades médicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales de los pacientes en cuidados paliativos. Se deben proponer programas de formación y concienciación para el personal de salud, destacando la importancia de abordar todas las dimensiones del bienestar del paciente. Además, se pueden establecer equipos de apoyo especializados en cada una de estas áreas para garantizar que se satisfagan todas las necesidades del paciente de manera adecuada.

A raíz de la experiencia durante la pandemia de Covid-19, se aconseja que el hospital desarrolle protocolos de atención en situaciones de crisis, como epidemias o desastres naturales, que permitan mantener la calidad de los cuidados paliativos. Estos protocolos deben incluir estrategias para abordar la soledad y el aislamiento de los pacientes y sus familias, así como la capacitación del personal en la gestión de situaciones excepcionales. La adaptabilidad y la capacidad de respuesta son fundamentales para garantizar que la atención de cuidados paliativos continúe brindándose de manera efectiva incluso en condiciones adversas.

CONCLUSIONES

En conclusión, se destaca la necesidad imperativa de fortalecer la comunicación y colaboración interdisciplinaria entre médicos y enfermeras para garantizar una atención coordinada y centrada en el paciente en el ámbito de los cuidados paliativos. La atención integral, abarcando aspectos médicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales, emerge como un factor crucial para aliviar el malestar físico, proporcionar apoyo emocional y preservar la dignidad, contribuyendo así a una mejor calidad de vida en esta etapa. Además, la adaptación de protocolos en tiempos de crisis, como la pandemia de Covid-19, subraya la importancia de la preparación y la implementación de estrategias específicas para mantener la conexión humana, reconociendo la soledad experimentada por pacientes y familias. En síntesis, una atención completa, la colaboración interdisciplinaria y adaptabilidad en situaciones desafiantes son elementos esenciales para brindar cuidados paliativos de alta calidad en entornos hospitalarios y de atención de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maguiña C, Gastelo R, Tequen A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Revista Médica Herediana. 2020;31:125-31.

2. Organización Panamericana de la Salud. La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia [Internet]. 2020 [citado 27 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
3. Halaji M, Heiat M, Faraji N, Ranjbar R. Epidemiology of COVID-19: An updated review. *J Res Med Sci.* 2021;26:1-20.
4. Santillan A. Caracterización epidemiológica de covid-19 en Ecuador. *InterAmerican Journal of Medicine and Health.* 2020;3:1-7.
5. Luque A, Casado F. Procesos de Covid-19 en Ecuador: cuando la distopía se convierte en realidad. *Revista Venezolana de Gerencia.* 2020;25:1271-81.
6. Sacoto F. Reflexiones sobre el COVID-19 en Ecuador: la salud pública y el Sistema Nacional de Salud. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública.* 2021;8:57-64.
7. Organización Internacional del Trabajo. El sistema de salud ecuatoriano y la COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_799790.pdf
8. Barragán A, Morales E. Análisis de las políticas de salud pública frente al COVID-19 por parte del Estado ecuatoriano. *Dominio de las Ciencias.* 2021;7:186.
9. Andrade P. El Estado, la Ciudad y el Virus: Una explicación política de la crisis del COVID-19 en Guayaquil. 2022;51:1-13.
10. Vaccaro G, Jurado M, Gonzabay E, Witt P. Desafíos y problemas de la salud pública en Ecuador. *RECIAMUC.* 2023;7:10-21.
11. Peraza C. Salud laboral frente a la pandemia del COVID-19 en Ecuador. *MediSur.* 2020;18:507-11.
12. Alcívar D, Espinoza A, Escobar K. Impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en los trabajadores de un Hospital de Guayaquil en el año 2020. *Revista San Gregorio.* 2022;1-11.
13. Abuabara Y. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana.* 2020;45:1-15.
14. Vinueza A, Aldaz N, Mera C, Pino D, Tapia E, Vinueza M. Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.* 2020;29:330-9.
15. Diariodicen. Cuidados paliativos: el final del camino en tiempos de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/cuidados-paliativos-el-final-del-camino-en-tiempos-de-covid-19/>
16. Shankar A, Seth T, Saini D, Bharati S, Roy S. Oncology Nursing Challenges during COVID-19 Outbreak: Precautions and Guidance. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2020;7:305-7.
17. Barreto I, Chancay A, Cervantes M, Reyes V. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos terminales en tiempos de COVID-19. *Revista Científica Higía de la Salud.* 2020;3:1-7.
18. Clark R, Rittenberg C. Oncology nursing supportive care during the COVID-19 pandemic: reality and challenges. *Support Care Cancer.* 2021;29:2259-62.
19. Burgueño F, Rodríguez D, Cedillo C, Ordoñez C. Percepción de la calidad de cuidados de enfermería en pacientes oncológicos del austro ecuatoriano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica.* 2021;40:704-10.
20. Franco O, Carrillo G, Rivera N. Cuidados paliativos, cuidados de fin de vida y COVID-19: revisión de

alcance. *Revista Cuidarte*. 2022;13:1-12.

21. Ortega D, Ortega J, Guerrero R. Conocimientos sobre cuidados paliativos en un grupo de enfermeras en México. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2019;18:1-8.

22. Da Conceição M, De Castro M, Coutinho C, Barros E, Machado D. Conocimiento sobre cuidados paliativos entre médicos residentes de un hospital universitario. *Revista Bioética*. 2019;27:134-42.

23. Hidalgo P, Mascialino G, Miño D, Mendoza M, Marcillo A. Knowledge of Palliative Care in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18:4840.

24. Cisternas M. Cuidados paliativos como un derecho humano: un nuevo reto para el siglo XXI. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2021;26:225-35.

25. Bellver V. Problemas bioéticos en la prestación de los cuidados enfermeros durante la pandemia del COVID-19. *Index de Enfermería*. 2020;29:46-50.

26. Solórzano F. Atención integral por cuidados paliativos para pacientes con ventilación mecánica asistida SARS-CoV-2 severos y sus beneficios. *Acta Médica Costarricense*. 2023;65:1-9.

27. León M, Acero A, Buitrago L, Rodríguez L, Pino C, Consuegra C, et al. Fin de vida durante la pandemia. Perspectiva de los profesionales de la salud dedicados a la atención domiciliar en cuidados paliativos en Colombia. *Iatreia*. 2023;

28. Mulcahy S, Ryan K, Aoun S, Selman L, Davies A, Cornally N, et al. Decision-making in palliative care: patient and family caregiver concordance and discordance-systematic review and narrative synthesis. *BMJ Support Palliat Care*. 2023;13:374-85.

29. Acurio S, Quijije V, Vásquez B. El rol de la enfermería en los cuidados paliativos. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*. 2022;8:520-30.

30. Cañaveral N, López G. Atención de enfermería en pacientes oncológicos con cuidados paliativos. *Salud, Ciencia y Tecnología*. 2023;3:1-11.

31. Guerrero L, Escobar M. Efectos sociales del desabastecimiento de medicinas en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la ciudad de Portoviejo en el año 2020. *Digital Publisher*. 2022;7:301-17.

32. Herrera P, Valenzuela G, Torres L, Toro C. Desabastecimiento de antidiabéticos y antihipertensivos en el contexto de la etapa inicial de la pandemia por la COVID-19 en Perú. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2021;14:22-7.

33. Auza-Santivañez JC, Lopez-Quispe AG, Carías A, Huanca BA, Remón AS, Condo-Gutierrez AR, et al. Work of the emergency system in polytraumatized patients transferred to the hospital. *AG Multidisciplinar* 2023;1:9-9. <https://doi.org/10.62486/agmu20239>.

34. Gonzalez-Argote J, Castillo-González W. Update on the use of gamified educational resources in the development of cognitive skills. *AG Salud* 2024;2:41-41. <https://doi.org/10.62486/agsalud202441>.

35. Marcillí MI, Fernández AP, Marsillí YI, Drullet DI, Isalgué VMF. Characterization of legal drug use in older adult caregivers who are victims of violence. *SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations* 2023;1:13-13. <https://doi.org/10.56294/piii202313>.

36. Machuca-Contreras F, Lepez CO, Canova-Barrios C. Influence of virtual reality and augmented reality on mental health. *Gamification and Augmented Reality* 2024;2:25-25. <https://doi.org/10.56294/gr202425>.

37. Quiroz FJR, Gamarra NH. Psychometric evidence of the mobile dependence test in the young population of Lima in the context of the pandemic. *AG Salud* 2024;2:40-40. <https://doi.org/10.62486/agsalud202440>.

38. Marcillí MI, Fernández AP, Marsillí YI, Drullet DI, Isalgué RF. Older adult victims of violence. Satisfaction

with health services in primary care. SCT Proceedings in Interdisciplinary Insights and Innovations 2023;1:12-12. <https://doi.org/10.56294/piii202312>.

39. Auza-Santiváñez JC, Díaz JAC, Cruz OAV, Robles-Nina SM, Escalante CS, Huanca BA. Gamification in personal health management: a focus on mobile apps. Gamification and Augmented Reality 2024;2:31-31. <https://doi.org/10.56294/gr202431>.

40. Cuervo MED. Exclusive breastfeeding. Factors that influence its abandonment. AG Multidisciplinar 2023;1:6-6. <https://doi.org/10.62486/agmu20236>.

41. Pérez D, López J, Torres C. Cuidados paliativos para pacientes con infección por SARS-CoV-2/COVID-19; propuesta de un modelo de atención. Revista mexicana de anestesiología. 2020;43:288-95.

42. Ayala R, Ponce G, Carmona B. Necesidades de cuidados paliativos en el Paciente Crónico Degenerativo Complejo. Enfermería Global. 2023;22:167-92.

43. Guerra C, Mite G, Chimborazo B, Mullo T. Cuidados paliativos aplicados desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el estadio final en el Cantón Guaranda. Febrero-junio 2022. Dominio de Las Ciencias. 2022;8:922-40.

44. López Á, Ruiz V, González T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. Revista Española de Salud Pública. 2020;94:1-25.

45. Suikkala A, Tohmola A, Rahko E, Hökkä M. Future palliative competence needs - a qualitative study of physicians' and registered nurses' views. BMC Medical Education. 2021;21:585.

46. Dávila Y, Díaz V, Montero B, López J, Reyes A, Calzadilla A. La empatía de los enfermeros con los pacientes en los hospitales públicos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2023;31:1-11.

47. Zhang J, Cao Y, Su M, Cheng J, Yao N. The experiences of clinical nurses coping with patient death in the context of rising hospital deaths in China: a qualitative study. BMC Palliative Care. 2022;21:163.

48. Tripodoro V, Jacob G, Bonilla P. Percepciones del impacto de la pandemia de Covid-19 en los profesionales de la salud en Latinoamérica. Revista Sudamerica. 2021;122-47.

49. Silva D, Luque Y. Miedo al COVID-19, ansiedad, depresión y satisfacción familiar durante la pandemia COVID-19 en adultos de Lima Metropolitana. Revista de Investigación y Casos en Salud CASUS. 2022;6:39-47.

50. Valderrama L. Evidencias del profesional de enfermería durante la pandemia. Revista Cultura del Cuidado Enfermería. 2023;20:45-60.

51. Carrera J, Cedeño M. Impacto Emocional en Pacientes Aislados de sus Familias. Polo del Conocimiento. 2021;6:1126-47.

52. Global Health. Palliative care and the COVID-19 pandemic [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736%2820%2930822-9.pdf>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Flor Mejia y Amelia Morillas

Curación de datos: Flor Mejia y Amelia Morillas

Análisis formal: Flor Mejia y Amelia Morillas

Adquisición de fondos: Flor Mejia

Investigación: Flor Mejia

Metodología: Flor Mejía y Amelia Morillas
Administración del proyecto: Flor Mejía y Amelia Morillas
Recursos: Flor Mejía
Software: Flor Mejía y Amelia Morillas
Supervisión: Flor Mejía y Amelia Morillas
Validación: Flor Mejía y Amelia Morillas
Visualización: Flor Mejía y Amelia Morillas
Redacción - borrador original: Flor Mejía y Amelia Morillas
Redacción - revisión y edición: Flor Mejía y Amelia Morillas