

# **Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI en pacientes COVID-19**

Limitation of Therapeutic Effort (LTE) in COVID-19 patients in the ICU

---

Revisión Narrativa

**Autora:** María Altuna Peñacoba

**Tutora:** Asunción García González

Grado en Enfermería

Trabajo de Fin de Grado

Mayo 2021

## ÍNDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	2
1. Introducción.....	3
1.1 COVID-19: Contexto.....	3
1.2 Unidades de Cuidados Intensivos y la COVID-19.....	4
1.3 COVID-19 en personas mayores de 65 años.....	5
1.4 Conceptos.....	5
1.5 Marco bioético LET.....	7
1.6 Marco histórico LET .....	8
1.7 Marco legal LET.....	9
1.8 Unidades de Cuidados intensivos y Cuidados Paliativos.....	10
1.9 Rol de la enfermera LET.....	11
1.10 Justificación.....	12
1.11 Objetivos.....	12
2. Método.....	13
2.1 Diseño.....	13
2.2 Estrategias de búsqueda.....	16
3. Resultados.....	23
3.1 COVID-19.....	23
3.2 Limitación del Esfuerzo Terapéutico.....	26
3.3 Manejo paliativo de la COVID-19.....	28
3.4 Familia.....	29
3.5 Competencias de enfermería.....	31
3.6 Edadismo.....	34
4. Conclusiones y Discusión.....	35

5. Limitaciones.....	37
6. Recomendaciones para la práctica clínica.....	37
7. Agradecimientos.....	39
Bibliografía.....	40
Anexo I.....	47

### ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios de inclusión y de exclusión.....	13
Tabla 2. Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica.....	14
Tabla 3. Estrategias de búsqueda en Pubmed I.....	16
Tabla 4. Estrategias de búsqueda Pubmed II.....	17
Tabla 5. Estrategias de búsqueda Cinahl.....	18
Tabla 6. Estrategias de búsqueda Cuiden.....	19
Tabla 7. Estrategias de búsqueda Scielo.....	20
Tabla 8. Estrategias de búsqueda Dialnet.....	21
Tabla 9. Estrategias de búsqueda Lilacs.....	22
Tabla 10. Artículos seleccionados.....	23

### ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I: Tablas de artículos seleccionados.....	47
Tabla 1. Resultados de Pubmed.....	47
Tabla 2. Resultados de Cinahl.....	48
Tabla 3. Resultados de SciELO.....	49
Tabla 4. Resultados de Dialnet.....	49
Tabla 5. Resultados de Lilacs.....	50

## **Resumen**

**Objetivo:** Analizar la evidencia respecto al proceso de limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y los cuidados paliativos (CP) en las UCI en pacientes COVID-19.

**Metodología:** Revisión narrativa mediante diferentes búsquedas bibliográficas en las bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, SciELO España, Dialnet, Cuiden y Lilacs, a través de lenguaje libre y lenguaje controlado con términos MeSH en Pubmed. Los criterios de inclusión establecidos para la selección de artículos fueron: artículos con fecha de publicación en los últimos cinco años (2015-2021), en inglés y/o español y con resumen y/o con acceso completo.

**Resultados:** Se seleccionaron 108 artículos que tras la lectura de título y resumen correspondían con los criterios de inclusión establecidos. Tras la lectura crítica de los mismos, se seleccionaron 23 que se aproximaban a los objetivos del presente trabajo. Se establecieron seis categorías para la organización de la información obtenida en dichos artículos: COVID-19, Limitación del Esfuerzo Terapéutico, Manejo paliativo de la COVID-19, Familia, Competencias de Enfermería y Edadismo.

**Conclusiones:** La situación pandémica provocada por la COVID-19 ha cambiado por completo el proceso de morir de las personas. Las personas infectadas en la fase moderada pueden sufrir un agravamiento rápido, provocando el colapso de las Unidades de Cuidados Intensivos y la dificultad de despedida de familiares, entre otras cosas. Por este motivo es necesario integrar los Cuidados Paliativos en las UCI, para poder brindar confort y un cuidado holístico de estos pacientes.

**Palabras clave:** COVID-19, SARS-CoV-2, Limitación del esfuerzo terapéutico, Unidades de cuidados Intensivos, Cuidados paliativos, Familia, Enfermería.

## **Abstract**

**Aims:** To analyze the evidence regarding the process of limiting therapeutic effort (LTE) and palliative care (PC) in the ICUs in COVID-19 patients.

**Method:** A narrative review by means of different bibliographic searches in databases related to Health Sciences: Pubmed, Cinahl, SciELO Spain, Dialnet, Cuiden and Lilacs, through free language and controlled language with MeSH terms in Pubmed. The inclusion criteria established for the selection of articles were: articles with publication date in the last five years (2015-2021), in English and/or Spanish and with abstract and/or with full access.

**Results:** 108 articles were selected which, after reading the title and abstract, corresponded to the established inclusion criteria. After a critical reading of these articles, 23 that were close to the aims of the present study were selected. Six categories were established for the organization of the information obtained in these articles: COVID-19, Limitation of Therapeutic Effort, Palliative Management of COVID-19, Family, Nursing Competencies and Ageism.

**Conclusions:** The pandemic situation caused by COVID-19 has completely changed the dying process of people. People infected in the moderate phase may suffer a rapid aggravation, causing the collapse of Intensive Care Units and the difficulty to say goodbye to relatives, among other things. For this reason, it is necessary to integrate Palliative Care in ICUs, in order to provide comfort and holistic care for these patients.

**Keywords:** COVID-19, SARS-CoV-2, Limitation of therapeutic effort, Intensive Care Units, Palliative Care, Family, Nursing.

## **1. Introducción**

### **1.1 COVID-19: Contexto**

#### **○ Contexto histórico**

En diciembre de 2019, se reportaron una serie de casos de neumonía e insuficiencia respiratoria causadas por un nuevo coronavirus en Wuhan, China, denominado en enero de 2020, “SARS-CoV-2” por la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de las drásticas medidas de contención impuestas, el SARS-CoV-2 se fue expandiendo por Oriente Medio, Asia y Europa. Fue el 11 de febrero de 2020 cuando la OMS nombró a la enfermedad provocada por el virus “COVID-19”. Hasta el 11 de marzo de 2020 no se declaró la COVID-19 como pandemia (1).

En España, el primer caso fue registrado el 31 de enero de 2020 en la isla de La Gomera y el 24 de febrero se reportaron los primeros casos en la península. El día 14 de marzo de 2020 el Gobierno Español decretó el estado de alarma y el confinamiento domiciliario de la población. Esto supuso una disminución de la tasa de contagios de un 40% antes del confinamiento a un 3,2% el día 6 de abril de 2020 (2).

En mayo se publicó el artículo “*Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las comunidades autónomas de España*”, que afirmaba que el virus se había ido expandiendo y afectando de forma heterogénea a cada comunidad autónoma, siendo Madrid la comunidad con mayor tasa de infección con un 14,1% hasta esa fecha (3).

#### **○ Sintomatología y tratamiento**

Los principales síntomas de la COVID-19 son: fiebre, tos, fatiga, dolor muscular, dolor de cabeza y síntomas gastrointestinales como vómitos o diarrea (4). Por ello, según como afecte al huésped (presencia de neumonía, la gravedad de esta, insuficiencia respiratoria... etc.) se puede clasificar a la enfermedad como leve, moderada, severa o crítica. En los casos leves, el principal procedimiento es el aislamiento y el tratamiento de los síntomas. Por otro lado, en lo que respecta a los casos más graves, requerirían monitorización de los signos vitales, en especial de la saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>). En

aquellos pacientes con disnea, se debe valorar el tratamiento con oxigenoterapia. Por último, en los casos críticos, sería necesario el uso de ventilación mecánica no invasiva o invasiva para recuperar la función pulmonar (1).

## **1.2 Unidades de Cuidados Intensivos y la COVID-19**

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) ingresan los pacientes en estado crítico: caracterizado por una enfermedad grave o por el potencial de revertir la enfermedad. Dicho estado requiere cuidados constantes y atención especializada las 24 horas del día (5).

Durante la pandemia, las Unidades de Cuidados Intensivos han sido ocupadas, en su mayor parte, por los pacientes más graves de COVID-19. Esto se debe al padecimiento de un distrés respiratorio agudo que hace necesaria la ventilación mecánica (6). Este hecho disparó el número de camas de pacientes críticos en hospitales en un 300%, pretendiendo, sin éxito, que las UCI no se saturaran en distintos puntos de nuestro país (7).

Dicha situación condujo a la publicación por parte de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica Y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) (8) de un plan de contingencia para hacer frente al nuevo coronavirus, en el que se recogen distintas acciones como el manejo de la neumonía causada por la COVID-19, el transporte intrahospitalario o el manejo de la vía aérea y la ventilación mecánica invasiva y no invasiva en pacientes COVID-19, entre otras (2). Este plan fue seguido en diferentes UCI de diferentes CCAA. Además, la SEMICYUC (6) también publicó “*Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos*”, donde se exponen situaciones relacionadas con principios éticos como la necesidad de realizar un triaje de ingreso en las UCI teniendo en cuenta los recursos disponibles y factores como la edad, comorbilidad y el compromiso de otros órganos, entre otros.

### **1.3 COVID-19 en personas mayores de 65 años**

Uno de los aspectos más importantes de la COVID-19 es la letalidad: la proporción de casos de una enfermedad que son mortales respecto al total de casos en un periodo específico (9). El informe del día 19 de febrero publicado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar (MSCBS) señala que el número de personas fallecidas desde el inicio de la pandemia es 67.101 y que 309.050 han precisado hospitalización e ingreso en UCI (10).

El grupo con mayor incidencia de letalidad es el de las personas mayores de 65 años; no obstante, este dato tampoco ha sido homogéneo por todo el país debido a la influencia de factores como la distribución geográfica de las residencias de mayores, la comorbilidad de este grupo etario o la disponibilidad de las camas en Unidades de Cuidados Intensivos (3). La enfermedad severa de COVID-19 se ve aumentada de forma inexorable con la edad cronológica (en torno a los 60 años). Algunos de estos pacientes desarrollan neumonías y precisan ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos para ser tratados con ventilación mecánica (11).

Como criterios para considerar el ingreso en las UCI se tuvieron en cuenta la comorbilidad y la edad, la cual ha influido en la calidad del tratamiento que han recibido al infectarse (7). Este último criterio está reforzado por el edadismo, un concepto que tiene que ver con la existencia de prejuicios, estereotipos y discriminación hacia las personas como consecuencia de su edad cronológica. En este punto, sería importante establecer recursos para apoyar a este grupo etario tan vulnerable al virus y facilitar así su acceso a los diferentes servicios sanitarios que precisen (6, 12).

### **1.4 Conceptos**

#### **o Adecuación del esfuerzo terapéutico**

La adecuación del esfuerzo terapéutico (AET) consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje (13). Comprende la exclusión o inclusión de actuaciones cuyo objetivo es que la transición entre la vida y la muerte sea de la forma más adecuada y humanizada posible (14). En la literatura anglosajona se hace uso de los términos “*withholding*” y “*withdrawing*”, haciendo



referencia a las dos posibles ramas de la limitación del tratamiento, respectivamente: no iniciar el tratamiento, o retirarlo una vez ya instaurado. (15).

La existencia de las Unidades de Cuidados Intensivos, los avances en medicina y tecnología y las técnicas de soporte vital, han ayudado a prolongar la vida del paciente crítico. Aun así, en ocasiones, la muerte es inevitable. Por esa razón, hay veces en las que se asocia la decisión de la retirada del tratamiento con el agotamiento de los recursos tecnológicos y el fallo de los sistemas orgánicos del paciente (14). El mal pronóstico de la enfermedad, el sufrimiento del paciente y la mala calidad de vida, son los criterios utilizados para tomar la decisión de aplicar la AET (15).

Las discrepancias o la aparición de conflictos durante la toma de decisiones relativa a la AET son frecuentes entre profesionales sanitarios y, a su vez, entre estos y la familia del paciente. En ambas situaciones suele ser por dificultades para llevar a cabo una comunicación terapéutica. La comunicación temprana y eficaz entre el equipo terapéutico y familiares facilita considerablemente el cuidado al final de la vida (15).

Es importante mencionar que, hoy en día, el uso de la terminología “Limitación del esfuerzo terapéutico” no es tan adecuada como la AET, ya que el tratamiento no se limita, si no que cambian los objetivos terapéuticos, enfocándose más hacia la sedación, la analgesia o el apoyo psicológico (16).

#### ○ **Limitación del tratamiento de soporte vital**

La limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) es la omisión o retirada de todas o algunas medidas de soporte vital, tales como la ventilación artificial, la hemofiltración o hemodiálisis y la medicación vasoactiva. Se deben tener en cuenta los valores del paciente o voluntades anticipadas, además de informar a la familia de forma comprensible y dando espacio para entender la situación (17). El paciente tiene derecho a la información excepto en caso de incapacidad, donde será su familia o representante quien la reciba (18).

Los tipos de LTSV más frecuentes en las UCI son la omisión del tratamiento y la orden de no reanimación cardiopulmonar. En segundo lugar, la omisión de tratamientos invasivos, y, por último, la retirada de estos (17).

Es importante recalcar que la LTSV no es una reducción de la atención profesional brindada al paciente, sino la restricción de tratamientos considerados desproporcionados basándose en la evidencia disponible (17).

#### ○ **Obstinación terapéutica**

La obstinación terapéutica (también denominada distanasia) consiste en instaurar medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias para evitar la muerte de un paciente sujeto de tratamiento paliativo o en proceso de muerte sin posibilidad de recuperación (13, 14).

Las principales causas de este hecho son las dificultades encontradas en la aceptación durante el proceso de morir, el ambiente curativo de la unidad de cuidados y de la institución, la falta de formación actualizada basada en la evidencia o la demanda tanto del enfermo como de su familia de prolongar la vida (14).

#### ○ **Compasión**

Se define compasión como la sensibilidad al sufrimiento, tanto de uno mismo como de los demás y el compromiso de tratar de aliviarlo. Igualmente, la compasión se puede entender como un constructo multidimensional compuesto por atributos como: la motivación por cuidar, la capacidad de tolerar situaciones desagradables o la comprensión empática (19).

### **1.5 Marco bioético LET**

La disponibilidad de nuevas tecnologías y avances terapéuticos han hecho que en ocasiones se aplique a los enfermos críticos procedimientos excesivos o innecesarios para su mantenimiento vital, prolongándose el sufrimiento del enfermo y de su familia (20). En las UCI es habitual la LTSV, para no aplicar la obstinación terapéutica en el proceso de cuidados al paciente, algo fundamental en los cuidados aplicados al final de la vida (17).

En 1971, nace la bioética de la mano del oncólogo Van Rensselaer Potter definida como “la ciencia que estudia los valores y principios morales de la conducta humana en

el campo de las ciencias biológicas y de la atención de la salud” (20). En 1979, Beauchamp y Childress justifican en su libro “*Principles of Biomedical Ethics*” los cuatro pilares en los que se fundamenta la bioética: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía (21).

La LET es un proceso éticamente correcto y se fundamenta en estos cuatro principios de la bioética: en primer lugar, en el principio de *no maleficencia*, ya que este cumpliría con el principio al retirar o no aplicar aquellos recursos que prolonguen la vida del paciente de forma artificial sin más beneficios (21). En segundo lugar, el principio de *beneficencia* consiste en aplicar el bien al paciente y la dignidad que le corresponde. El principio de *autonomía* se sustenta respetando los puntos de vista y decisiones del paciente, (en caso de ser este incapaz, la autonomía la ejercerá en nombre del paciente su familia o su representante legal) (20). Por último, el principio de *justicia* que se relaciona con un uso adecuado y eficiente de los recursos, obteniendo así el mayor beneficio (21).

## **1.6 Marco histórico LET (22)**

Hasta los años 60 no se contaba con los recursos para mantener las constantes vitales de los enfermos de forma artificial, por lo que hasta entonces no se había planteado “iniciar” o “retirar” el tratamiento. Fue en 1963 cuando se creó en España la primera Unidad de Cuidados Intensivos en la Fundación Jiménez Díaz. Estas se fueron abriendo en los principales hospitales del país a lo largo de los siguientes años.

El debate en cuanto a cuestiones como la muerte digna, la retirada de tratamiento o el no instaurarlo, se ha visto influenciado a lo largo de los años por la moral de la sociedad de cada momento. Es en 1986, con la Ley General de Sanidad cuando se recoge el derecho del paciente a rechazar el tratamiento, pero la idea generalizada de la preservación de la vida de las personas como deber de los profesionales sanitarios y del Estado, dificultó la aplicación de la LET.

En los años 90 con la renovación de la Teología moral y la bioética del momento, la práctica de la LET era considerada éticamente correcta, facilitando su desarrollo. Es entonces cuando la SEMICYUC lidera y facilita la creación del Grupo de Trabajo de Bioética que ha ido generando documentos orientativos para las Unidades de Cuidados

de todo el país en la materia de la LET, además de un aumento de la sensibilización de la ética en el mundo de la Medicina Intensiva.

En la década de 2010, surgen en algunas comunidades autónomas como Andalucía, Aragón y Navarra las primeras leyes relacionadas con el proceso de la muerte digna en las que se esclarecen aquellas incógnitas que envolvían jurídica y éticamente el proceso de la LET (22).

### **1.7 Marco legal LET**

A la hora de tomar la decisión de aplicar la LET, pueden surgir discrepancias tanto entre profesionales como con el paciente o su familia. Por este motivo, es importante conocer las bases legales en las que se justifica su aplicación (23).

En el Art. 43 de la Constitución Española de 1978 se recoge la regulación del derecho a la protección de la salud y los derechos de los usuarios a la información clínica y la autonomía individual (24). En la Ley General de 14/1986, de 25 de abril se sustentan las bases del sistema sanitario y su organización, además de fijar determinados derechos con los que cuenta la ciudadanía: en el Art.10 se recoge el derecho a la dignidad humana y a la intimidad, así como el derecho a la información accesible y comprensible, además de la confidencialidad respecto a su proceso de salud (25).

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, es la básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica surge para complementar los principios generales planteados en la Ley General de Sanidad, reforzando el derecho a la autonomía del paciente. En el Art. 2 se recoge el derecho a la información sanitaria del paciente. Se establece el derecho a la información sobre cualquier ámbito relacionado con su salud, al igual que su voluntad de no ser informados. En el Art. 9 se recogen las bases del consentimiento por representación cuando el paciente es incapaz de tomar decisiones por criterio del médico o cuando su estado físico o psíquico no se lo permite. Es en el Art. 11 donde se definen las instrucciones previas, documento en el que el paciente establece de forma anticipada su voluntad para que se cumpla en el momento en el que este sea incapaz de expresarla personalmente (26).

Con el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, se crea el Registro Nacional de Instrucciones Previas para poder garantizar la efectividad de las instrucciones previas independientemente del lugar de formalización (27).

En la Comunidad de Madrid se creó la Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. En ella se regulan los derechos de los pacientes que se encuentran en dicho proceso (28):

*“Se contempla el rechazo a las medidas de soporte vital, la limitación del esfuerzo terapéutico y los cuidados paliativos integrales. Todo ello, en el marco del respeto a la libertad de la persona y a los derechos de los pacientes, que incluye también el rechazo de tratamientos, sedación paliativa y medidas de soporte vital. El ejercicio de esta libertad personal solo puede realizarse previo suministro de la información adecuada, leal, comprensible y continuada en todas las fases de la enfermedad para el otorgamiento de un consentimiento válido por parte del paciente o de sus representantes.”*

### **1.8 Unidades de Cuidados Intensivos y Cuidados Paliativos**

Los cuidados paliativos (CP) son definidos por la International Association for Hospice and Palliative Care en 2018 como: *“el cuidado activo y holístico de personas de todas las edades con sufrimiento relacionado con su estado de salud como consecuencia de una enfermedad grave, en especial de aquellos que se encuentran al final de su vida. El principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, de las familias y de los cuidadores”* (29). Los CP tienen como objetivo el cuidado integral de la persona, para permitir así una muerte digna y cómoda (30).

La atención al paciente crítico debe ser íntegra, e incluir los CP, para así poder garantizar una calidad asistencial óptima. Por este motivo, es importante identificar de forma precoz las necesidades paliativas que puedan tener estos pacientes. Para ello, es esencial la valoración del paciente con carácter holístico en diferentes esferas como la valoración clínica, psicológica, social y espiritual para así encaminar los cuidados precisos desde un enfoque paliativo (31).

Por las razones anteriormente expuestas, es preciso que los profesionales sanitarios de las UCI cuenten con conocimientos y competencias para aplicar los cuidados paliativos al paciente crítico, ya que, en el contexto hospitalario, uno de los servicios en los que la muerte está más presente es en las Unidades de Cuidados Intensivos (30, 31).

### **1.9 Rol de la enfermera LET**

La toma de decisiones relacionadas con la LET debería ser discutida de forma colectiva entre médicos, enfermeras, familiares y el propio paciente. En cuanto a la enfermera de cuidados críticos, cabe destacar que es quien desarrolla el papel fundamental como mediadora y comunicadora entre el médico y la familia del paciente (15). Además, representa los intereses del paciente, velando por sus necesidades y derechos. Su visión integral permite identificar cuáles son los tratamientos que ya no son efectivos en el paciente, lo que permite reorientar dichos tratamientos (30). Por todo esto, numerosos trabajos resaltan el papel de las enfermeras por la forma en la que humanizan los cuidados (15, 33).

Algunos estudios exponen que este proceso se debe llevar a cabo de manera multidisciplinar, mientras que otros demuestran que en la mayoría de las ocasiones la decisión es exclusivamente médica y que solo en el 2% de los casos se siguen las indicaciones de enfermería al respecto (30). A pesar de que la decisión suele ser médica y enfermería no participe colectivamente en el proceso, quienes ponen en práctica la decisión tomada son las enfermeras (15).

Una vez tomada la decisión de llevar a cabo la LET, se comienza la transición de tratamiento curativo a tratamiento paliativo. Es aquí también donde las enfermeras vuelven a cobrar importancia al formar parte de sus competencias el aliviar el sufrimiento que supone el proceso de morir, mediante el control de los síntomas y prestando apoyo psicológico tanto al paciente como a su familia (32). También juega un papel especial en el equipo multidisciplinar ya que es quien aporta los aspectos biopsicosociales y quien busca el bienestar tanto de la familia como del enfermo (29).

## **1.10 Justificación**

La emergencia sanitaria provocada por la pandemia del SARS-CoV-2 ha supuesto para los profesionales sanitarios una situación de estrés moral a la que nunca habían tenido que someterse en su vida profesional (5). No solo por los criterios que se han tenido que llevar a cabo a la hora de seleccionar los pacientes que ingresaban en las UCI, sino también por el desconocimiento completo de este nuevo virus.

La expansión del virus ha supuesto una alta incidencia de pacientes con COVID-19, y como consecuencia los sistemas sanitarios de los países afectados han puesto en manifiesto sus dificultades para dar una respuesta eficaz conforme a la normativa legal vigente y los derechos de la población. Dada la situación de caos sociosanitario generado se implementaron estrategias asistenciales y organizativas en ocasiones de dudosa legalidad, como por ejemplo la adjudicación de camas UCI (8). Por todo ello se establecieron criterios de ingreso en las UCI, así como los procedimientos a seguir frente a la sobresaturación del servicio mediante criterios de priorización basados en el mejor pronóstico posible, anteponiendo aquellos casos que pudieran ser más recuperables sin dejar de lado la existencia de las guías de adecuación del esfuerzo terapéutico (6).

Durante el confinamiento, la limitación del movimiento interterritorial y el riesgo de contagio supuso la instauración de medidas restrictivas de aislamiento y el establecimiento de la comunicación con la familia por vía telefónica. Estas condiciones impuestas han supuesto dificultades en las familias durante el proceso de duelo tras la muerte del familiar o ser querido (34). El aislamiento social hace que la población sea más vulnerable de padecer complicaciones psiquiátricas, como el insomnio, la ansiedad o incluso trastornos de estrés postraumático (35).

## **1.11 Objetivos**

Por todas estas razones, el objetivo general del presente trabajo trata de analizar el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las UCI en pacientes COVID-19, identificando los criterios para llevarlo a cabo y la delimitación de los pasos a seguir en el proceso. Además de describir las estrategias relacionadas con la comunicación con las familias desde la distancia y analizar el proceso de duelo que puedan atravesar tras el fallecimiento de su ser querido.

## 2. Método

### 2.1 Diseño

Una revisión narrativa tiene como objetivo resumir y analizar la literatura sobre un tema particular desde un punto de vista conceptual y metodológico (36). Para realizar el presente trabajo que tiene como objetivo dar respuesta a las áreas de interés señaladas, se ha llevado a cabo una revisión narrativa a partir de una búsqueda bibliográfica sistemática de la evidencia científica relacionada con la AET en pacientes con COVID-19 ingresados en UCI, en diferentes bases de datos de ciencias de la salud. Antes de realizar la búsqueda bibliográfica, se establecieron una serie de criterios de inclusión y exclusión para recopilar así los artículos deseados para la realización de esta revisión.

#### Criterios de inclusión y exclusión

Se han marcado una serie de criterios de inclusión para seleccionar aquellos artículos cuyo título mencione el abordaje de la AET/LET y también en pacientes COVID-19 y la toma de decisiones al final de la vida en UCI.

**Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos que traten los temas AET/LET, cuidados al final de la vida en pacientes COVID-19 y el rol de la enfermera en AET/LET.	Artículos que no traten los temas AET/LET, cuidados al final de la vida en pacientes COVID-19 y el rol de la enfermera en AET/LET.
Artículos publicados en los últimos 5 años, comprendiendo el periodo entre 2015 y 2021, ambos inclusive.	Artículos con más de 5 años de antigüedad desde su fecha de publicación.
Artículos escritos en español y/o inglés.	Artículos escritos en idiomas que no sean inglés y español.
Artículos con acceso al texto completo y/o abstract.	Artículos sin acceso al texto completo.
Artículos que traten de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos y de edad adulta, y de la enfermedad provocada por la COVID-19.	Artículos que no traten con la temática relacionada con los objetivos del trabajo.

*Fuente: Elaboración propia.*



Para la realización de las búsquedas bibliográficas se han utilizado las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Cinahl, Cuiden, SciELO España, Lilacs y el buscador Dialnet. También se han realizado búsquedas en el buscador Google Académico y en diferentes revistas como Medicina Intensiva, Enfermería Intensiva, y en la documentación disponible en la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social. La búsqueda bibliográfica se ha dirigido a las áreas de intervención elegidas:

Primeramente, se ha realizado una búsqueda de las palabras clave en lenguaje libre y se han traducido a términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCs (Descriptores en Ciencias de la Salud) para así poder completar las diferentes búsquedas.

**Tabla 2. Términos utilizados en la búsqueda bibliográfica**

Lenguaje libre	Término DeCS	Término MeSH
Limitación del esfuerzo terapéutico	Privación del tratamiento/ Withholding Treatment	Withholding Treatment
Limitación del tratamiento	Eutanasia Pasiva/ Euthanasia, Passive	Euthanasia, Passive
Cuidados Paliativos	Cuidados Paliativos/ Palliative Care	Palliative Care
Cuidados terminales	Cuidado terminal/ Terminal care	Terminal Care
Cuidados críticos	Cuidados Críticos/ Critical care	Critical Care
Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Intensivos/ Intensive Care Units	Intensive Care Units
COVID-19	Infecciones por Coronavirus/ Coronavirus Infections	COVID-19
Toma de decisiones	Toma de Decisiones/ Decision Making	Decision Making
Tratamiento de soporte vital	Cuidados para Prolongación de la Vida/ Life Support Care	Life Support Care
Enfermería	Enfermería/Nursing	Nursing
Enfermera	Enfermeras y Enfermeros/ Nurses	Nurses
Atención enfermera	Atención de Enfermería/ Nursing Care	Nursing Care
Familia	Familia/Family	Family

Cuidado familiar	Enfermería de la familia/Family Nursing	Family nursing
Relación terapéutica	Relaciones Enfermero-paciente/Nurse-patient relations	Nurse-patient relations
Edadismo	Edadismo/Ageism	Ageism
Compasión/Empatía	Empatía/Empathy	Empathy

*Fuente: Elaboración propia.*

Con los términos plasmados en la Tabla 2 para poder realizar las búsquedas, se han utilizado operadores booleanos (“AND”, “OR” y “NOT”) para combinar los diferentes términos.

## 2.2 Estrategias de búsqueda

### PUBMED

Para la realización de la búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed, se ha empleado el lenguaje controlado mediante la utilización de terminología MeSH (Medical Subject Headlines). También se han empleado los operadores booleanos “OR” y “AND” para poder realizar una combinación entre los términos seleccionados. Se han aplicado los filtros de: idiomas disponibles inglés y español, que los artículos tengan una antigüedad máxima de 5 años. El término COVID-19 no se emplea como término MeSH ya que PubMed no lo habilita hasta el 2021, por lo que restringe mucho la búsqueda emplearlo.

**Tabla 3. Estrategias de búsqueda en Pubmed I**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
“Withholding treatment” [Mesh] AND “Intensive Care Units” [Mesh]	Full Text 5 years English/Spanish Aged: +65 years	17	5	0	1
“Withholding treatment” [Mesh] AND Covid-19		7	0	0	0
“Withholding treatment” [Mesh] AND (“Nursing” [Mesh] OR “Nurses” [Mesh] OR “Nursing Care” [Mesh])		0	0	0	0
“Decision Making” AND (“Nursing” [Mesh] OR “Nurses” [Mesh] OR “Nursing Care” [Mesh]) AND “Intensive Care Units” [Mesh]		1	1	0	0
"Decision Making"[Mesh] AND Covid-19 AND "Intensive Care Units" [Mesh]		1	0	0	0

*Fuente: Elaboración propia.*

En la primera estrategia de búsqueda se ha aplicado el filtro de edad de “Aged: +65 years”, lo que limita mucho los resultados ya que se descartan artículos relacionados con el tema. Por este motivo se cambia el grupo etario a adultos, con el filtro: “Adult: +19 years”. Además, se decide retirar el filtro de “Free full text” ya que acota demasiado la búsqueda y se pierde información incluida en abstracts.

**Tabla 4. Estrategias de búsqueda Pubmed II**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
“Withholding treatment” [Mesh] AND “Intensive Care Units” [Mesh]	5 years English/Spanish Aged: +19 years	62	13	3	1
“Withholding treatment” [Mesh] AND (“Covid-19” OR “Coronavirus” OR “Covid 19” OR “Sars-cov-2”)		9	0	0	0
“Withholding treatment” [Mesh] AND (“Nursing” [Mesh] OR “Nurses” [Mesh] OR “Nursing Care” [Mesh])		10	6 (5 repetidos)	0	0
"Withholding Treatment"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh]		7	6 (6 repetidos)	0	0
"Terminal Care"[Mesh] AND "Intensive Care Units"[Mesh] AND "Nursing"[Mesh]		24	10 (5 repetidos)	1	0
"Terminal Care"[Mesh] AND ("Covid-19" OR "Coronavirus" OR "Covid 19" OR "Sars-cov-2")		35	11	2	0
"Nursing"[Mesh] AND "Intensive Care Units"[Mesh] AND ("Covid-19" OR "Coronavirus" OR "Covid 19" OR "Sars-cov-2")		5	1	1	0
"Life support care"[Mesh] AND ("Covid-19" OR "Coronavirus" OR "Covid 19" OR "Sars-cov-2")		3	0	0	1
"Life support care"[Mesh] AND "Intensive Care Units"[Mesh]		35	7 (5 repetidos)	0	1

"Ageism"[Mesh] AND ("Covid-19" OR "Coronavirus" OR "Covid 19" OR "Sars-cov-2")		46	5	2	1
("Palliative Care" [Mesh] OR "Terminal care"[Mesh]) AND ("Covid-19" OR "Coronavirus" OR "Covid 19" OR "Sars-cov-2")		72	2 (1 repetido)	1	2
"Empathy"[Mesh] AND ("Covid 19" OR "Sars-cov-2")		32	0	1	0

*Fuente: Elaboración propia.*

### CINAHL

Para realizar la búsqueda bibliográfica en la base de datos Cinahl, se ha utilizado un lenguaje libre y se ha utilizado el operador boleano “AND”. Muchos de los artículos obtenidos en las búsquedas son repetidos de aquellos seleccionados en PubMed, por lo que no se han seleccionado. Se han aplicado los filtros de “All adults”, “English + Spanish” y la selección de los artículos publicados entre 2015 y 2021.

**Tabla 5. Estrategias de búsqueda Cinahl**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
“Life support care” AND “Covid-19” AND “Intensive Care Unit”	English + Spanish All adults 2015-2021	5	0	1	0
“Intensive Care Unit” AND “Covid-19” AND “Palliative Care”	English + Spanish 2015-2021	22	1	1	1
“Euthanasia, passive” AND “Covid-19”	English + Spanish All adults 2015-2021	12	0	0	2

“Critical Care” AND “Covid-19”	English + Spanish All adults 2015-2021	92	0	1	1
“Life support withdrawal” AND “Covid-19”	English + Spanish 2015-2021	20	2	0	1

*Fuente: Elaboración propia.*

## **CUIDEN**

Cuiden es una base de datos que recoge artículos y publicaciones iberoamericanas relacionadas con los cuidados de salud. Carece de lenguaje controlado, por lo que las búsquedas se han realizado en lenguaje libre y en español, ya que como se ha mencionado los artículos disponibles se encuentran en español. Para la combinación de los términos utilizados en las búsquedas se ha hecho uso del operador booleano “AND”. Se ha restringido la búsqueda a aquellos artículos publicados entre 2015 y 2021.

**Tabla 6. Estrategias de búsqueda Cuiden**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
“Unidad de cuidados intensivos” AND “Limitación del esfuerzo terapéutico”	2015-2021	7	2	0	0
“Unidad de cuidados intensivos” AND “Covid-19”	2015-2021	9	0	0	0
“Limitación del esfuerzo terapéutico” AND “Covid-19”	2015-2021	0	0	0	0

“Limitación de soporte vital” AND “Covid-19”	2015-2021	0	0	0	0
“Soporte vital” AND “Covid-19”	2015-2021	0	0	0	0

*Fuente: Elaboración propia*

## **SCIELO**

SciELO es una biblioteca electrónica que recoge artículos publicados en revistas científicas de ciencias de la salud. Para la realización de las búsquedas bibliográficas se ha hecho uso de lenguaje libre en inglés y en español, ya que carece de tesauro. Se han hecho combinaciones con los términos elegidos en lenguaje libre mediante el operador boleano “AND”. Se han aplicado los filtros de idiomas: en inglés y en español y el periodo de tiempo en el que los artículos han sido publicados (entre 2015 y 2020).

**Tabla 7. Estrategias de búsqueda SciELO**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
“Critical Care” AND “Covid-19”	Inglés + Español 2015-2020	69	0	1	1
“Critical Care” AND “Covid-19” AND “Nursing”		0	0	0	0
“Withholding treatment” AND “Covid-19”		0	0	0	0
“Withdrawal” AND “Covid-19”		0	0	0	0
“Cuidados paliativos” AND “Covid-19”		0	0	0	0
“Withholding treatment”		17	0	1	0

“Nursing” AND “Family” AND “Critical care”		47	0	1	1
“Nursing” AND “Family” AND “Covid-19”		4	0	1	0

*Fuente: Elaboración propia.*

## **DIALNET**

Dialnet es una base de datos de acceso libre que cuenta con artículos tanto de revistas científicas, como de libros y tesis doctorales hispanoamericanas y portuguesas. Las búsquedas bibliográficas se han realizado utilizando un lenguaje libre relacionado con el tema de interés. Además, se ha aplicado el filtro de los años de publicación de los artículos: 2010-2020, pero se han seleccionado los artículos publicados a partir de 2015 de forma manual.

**Tabla 8. Estrategias de búsqueda Dialnet**

Estrategias de búsqueda	Filtros de la búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados por título	Artículos seleccionados por resumen	Artículos seleccionados por lectura completa
Adecuación del esfuerzo terapéutico	2010-2020	34	0	0	1
Final de la vida + Covid-19	2020-2029	32	0	1	1
Limitación soporte vital + Unidad Cuidados Intensivos	2010-2019	26	0	1	0
Limitación soporte vital + Covid-19	2010-2019	0	0	0	0

*Fuente: Elaboración propia.*



## **LILACS**

Esta base de datos recoge información científico-técnica en salud. Las búsquedas se han realizado haciendo uso de lenguaje libre en inglés. Para realizar las combinaciones entre los términos seleccionados, se ha hecho uso del operados booleano “AND”. El resto de filtros, como el año de publicación de los artículos o el idioma en el que estén disponibles se han aplicado de forma manual.

**Tabla 9. Estrategias de búsqueda Lilacs**

<b>Estrategias de búsqueda</b>	<b>Artículos encontrados</b>	<b>Artículos seleccionados por título</b>	<b>Artículos seleccionados por resumen</b>	<b>Artículos seleccionados por lectura completa</b>
Decision making [Words] and Covid-19 [Words]	11	0	1	0
Decision making [Words] and Covid-19 [Words] and Family [Words]	1	1 (repetido)	0	0
Palliative Care [Words] and Covid-19 [Words]	10	1 (repetido)	0	1
Life support treatment [Words] and Covid-19 [Words]	0	0	0	0
Critical care [Words] and Covid-19 [Words]	11	0	0	0

*Fuente: Elaboración propia.*

### 3. Resultados

Con las búsquedas realizadas en las diferentes bases de datos se obtuvieron un total de 108 artículos que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. De estos se han seleccionado 23 para solventar los objetivos del presente trabajo. Dichos artículos se ven reflejados en el Anexo I, clasificándolos por las bases de datos donde han sido encontrados, año de publicación, país de origen y tipo de diseño.

Con la revisión de los artículos seleccionados, se han establecido seis categorías en relación con la temática del trabajo: COVID-19, Manejo paliativo de pacientes COVID-19, Familia, LET, Competencias de enfermería y Edadismo.

**Tabla 10. Artículos seleccionados**

BASE DE DATOS	POR TÍTULO	POR RESUMEN	POR LECTURA
PUBMED	65	11	7
CINAHL	3	3	5
CUIDEN	2	0	0
SCIELO	0	4	2
DIALNET	0	2	2
LILACS	0	1	1
			23

*Elaboración propia.*

#### 3.1 COVID-19

El diagnóstico positivo en SARS-CoV-2 se puede obtener a través de pruebas naso-orofaríngeas (PCR) o de inmunoglobulinas (método Elisa). No obstante, es importante tener en cuenta que en estos procedimientos pueden suceder falsos negativos. Otro aspecto que también cabe destacar es que el resultado negativo no excluye de la infección a personas con alto riesgo de exposición al virus o clínica compatible con la infección (37).

Por otra parte, y como ya se ha mencionado, la COVID-19 está causada por el nuevo coronavirus denominado SARS-CoV-2. En el artículo publicado por Astudillo et al. (37) se clasifican los diferentes cursos de la enfermedad: en primer lugar, está la infección **asintomática o presintomática**, donde el paciente carece de síntomas, pero debe permanecer aislado entre siete y catorce días desde la obtención del resultado positivo. Por otro lado, se encuentra la enfermedad **leve**, que se caracteriza por la presencia de uno o varios síntomas como tos, fiebre, producción de esputo, dolor muscular, anosmia y cefalea. En la misma clasificación también se encuentra la enfermedad **moderada**, a la que le corresponden los mismos síntomas que los del curso leve de la enfermedad sumados al padecimiento de disnea y a una afectación de la vía respiratoria baja. Además, suelen presentar una saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) por encima del 93%. Se recomienda ingresar a los pacientes para una estrecha observación dado el riesgo de empeoramiento que pueden sufrir en este estadio. En penúltimo lugar, la enfermedad **severa** comprende a los pacientes con saturaciones de oxígeno inferiores o iguales al 93%, con una frecuencia respiratoria (FR) > 30 respiraciones por minuto (rpm) y con una PaO<sub>2</sub>-FiO<sub>2</sub> < 300 mmHg. Por último, en la enfermedad **crítica**, los pacientes padecen insuficiencia respiratoria, shock séptico y disfunción orgánica múltiple (37, 38).

Astudillo et al. (37) exponen en su artículo que la infección puede afectar a cualquier edad, pero se agrava más en casos de pacientes mayores de 65 años, en fumadores o en aquellos que padezcan hipertensión arterial, enfermedad hepática, diabetes, EPOC u obesidad. Por otro lado, afirman en el mismo que es en la fase moderada de la enfermedad cuando pueden aparecer signos que indiquen el riesgo de peligro vital y, en este punto, establecen cuatro categorías: pacientes **estables** (FR < o igual que 25 rpm, SatO<sub>2</sub> > 88% que se acompaña de disnea, fiebre y malestar), pacientes **inestables** (FR > 25 rpm, SatO<sub>2</sub> < 88% que pueden precisar o no oxigenoterapia ya que pueden presentar un deterioro de la enfermedad muy rápido) y pacientes **inestables intubados** (parte de estos pacientes tendrán una buena evolución hacia la estabilidad mientras que otros pueden agravarse y morir).

En el 80% de los casos la enfermedad cursa de forma leve, mientras que en el 15% de los casos cursa de forma severa, llegando a ser crítica en el 5% (37). Es por este motivo que el 6-10% de los pacientes infectados por el SARS-CoV-2, precisan de ingreso en UCI (38).

Astudillo et al. (37) mantienen que los pacientes con prioridad de ingreso en UCI son aquellos pacientes críticos e inestables, ya que precisan monitorización y tratamiento intensivo como la ventilación mecánica invasiva o la depuración renal continua que únicamente se puede brindar en estos servicios. En la mayoría de los casos de pacientes ingresados en UCI por COVID-19, se precisa ventilación mecánica durante una media de dos semanas (38). Es preciso intubar en aquellos casos en los que se produce una rápida progresión de la enfermedad, en los que hay un gran esfuerzo respiratorio tras dos o tres días con presencia continua de disnea, en aquellos que presentan una hipoxemia que no revierte incluso tras la administración de oxigenoterapia de alto flujo ( $>50$  l/min y fracción inspirada de oxígeno ( $FiO_2$ )  $> 60\%$ ), en una hipercapnia con alteración mental del paciente y donde el mantenimiento de  $SatO_2$  es inferior al  $90\%$  (37,38).

La ventilación en posición prono está indicada en aquellos pacientes con una  $PaO_2-FiO_2 < 150$  mmHg. Asimismo, en los casos refractarios a la ventilación mecánica, se implementa el soporte de ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea) veno-venoso (38). Además, se acompaña de la administración de sedantes y analgesia para prevenir el dolor y el sufrimiento, también para reducir las molestias provocadas por la ventilación mecánica. Tras la intubación, es frecuente la aparición de hipotensión causada por la presión positiva ejercida por la ventilación y por la vasodilatación producida por los efectos secundarios de los sedantes, provocando una inestabilidad hemodinámica que se contrarresta con la administración de cristaloides y medicación vasopresora (37, 38).

En el estudio retrospectivo multicéntrico realizado por Shi et al. (39) en hospitales chinos tomando como muestra a 161 pacientes diagnosticados de COVID-19 ingresados en UCI, se demostró que las complicaciones más frecuentes son: el Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA), seguido por desorden electrolítico, disfunción multiorgánica, hipoproteinemia y sepsis. Loss et al. (38) indican que la mortalidad por COVID-19 está relacionada con la aparición de SDRA y que la mortalidad es aproximadamente del  $50\%$  en estos casos. Otras posibles complicaciones son: enfermedad renal aguda, alteración leve de las transaminasas, cardiomiopatía y pericarditis, entre otras.

### **3.2 Limitación del esfuerzo terapéutico**

Los avances en la tecnología y las medidas de soporte vital permiten que los pacientes ingresados en estos servicios reciban tratamiento, aunque en ocasiones estos tratamientos no siempre llegan a ser efectivos.

La limitación del tratamiento de soporte vital se define como la interrupción de aquellos tratamientos o intervenciones de los que depende la supervivencia del paciente, como pueden ser el soporte ventilatorio o medicación vasoactiva (40). Según el artículo publicado por Vallès-Fructuoso et al. (41) la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) tienen el mismo significado, ya que en ambos se ajustan los procedimientos médicos, diagnósticos y terapéuticos.

Según Pérez (42), la adecuación del tratamiento debe considerarse cuando la respuesta a los tratamientos es escasa. El autor también señala que hay tres tipos de adecuación del esfuerzo terapéutico: la limitación del ingreso en UCI, la limitación del inicio de medidas de soporte vital concretas y la retirada de las medidas una vez iniciadas. Si el paciente sufre un fallo multiorgánico espontáneo o si la retirada del tratamiento conduce a la muerte de forma rápida, inmediata o precoz, es cuando se indica la retirada del tratamiento (withdraw) (42). Por otro lado, Bernardina et al. (43) indican que en su estudio las principales medidas retiradas fueron la nutrición parenteral, vasopresores, nutrición enteral, antimicrobianos y la ventilación mecánica respectivamente.

En el estudio fenomenológico de Velarde-García et al. (44), se establece que se distinguen dos fases en el proceso de LET, por un lado, está la toma de decisiones y en segundo lugar la ejecución y aplicación de la LET. Este proceso puede suponer uno de los procesos más importantes para los profesionales, ya que supone una gran agitación emocional, pudiendo provocar ansiedad psicológica a la hora de afrontarlo (41, 44).

Vallès-Fructuoso et al. (41) destacan la importancia del respeto a la autonomía del paciente, ya que es el paciente el que sufre las consecuencias de la decisión, aunque en ocasiones este principio se ve condicionado por la situación de inconsciencia provocada clínicamente en la que se encuentra, por tener mermadas las facultades mentales o por la ausencia de voluntades anticipadas. Por este motivo, Clarfield et al. (11) y Moore et al. (45), insisten en la importancia del conocimiento y cumplimiento de los deseos de las

personas en el cuidado al final de la vida, sobretodo en situación de pandemia, ya que de esta forma se permite que estas tengan la oportunidad de expresar sus preferencias y deseos en el momento previo a la muerte o incluso dejar constancia de quién debe tomar parte en la toma de decisiones al final de su vida.

En la misma línea, Pérez (42) señala que las voluntades anticipadas no son habituales en nuestra sociedad y destaca su importancia, ya que el objetivo de estos documentos es la protección de la autonomía del paciente y mejorar el proceso de toma de decisiones, aliviando así la carga emocional para su familia y seres queridos. En el documento de voluntades anticipadas se pueden indicar los principios vitales o criterios para guiar la decisión sanitaria, además de enunciar situaciones específicas en las que hay que tener en cuenta la aceptación o la retirada de los tratamientos y designar un representante para que siga los criterios establecidos en el documento.

Hwee Poi et al. (46) defiende la colaboración entre el equipo de Cuidados Paliativos y equipo Intensivista para la retirada de la ventilación mecánica en pacientes COVID-19 con mal pronóstico, además de educar e informar a la familia del trayecto de la enfermedad.

En cuanto al proceso de retirada de ventilación mecánica en pacientes COVID-19, es necesario realizar una reunión multidisciplinar del equipo, incluyendo a los equipos de medicina y enfermería de la UCI, al equipo de CP y a trabajadores sociales. Este grupo en conjunto deberá reunirse con la familia y explicarle los motivos por los que el proceso se va a llevar a cabo, en general por una pobre respuesta al tratamiento prescrito y por la futilidad médica (46).

En lo que respecta a los momentos antes de la extubación, se recomienda la administración de medicación farmacológica como fentanilo, midazolam o morfina para sedoanalgesiar al paciente (37, 46). Es importante informar a la familia acerca de posibles cambios que se puedan dar en el paciente tras la extubación, como cambios en el patrón respiratorio, respiración irregular o la alteración de los signos vitales, entre otras cosas. Tras la extubación es conveniente reevaluar de forma regular al paciente para asegurar el correcto control de síntomas, como la disnea, agitación o secreciones (46).

### 3.3 Manejo paliativo de la COVID-19

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares haciendo frente a aquellos problemas relacionados con la enfermedad en el momento de riesgo de muerte mediante la prevención y alivio del sufrimiento a través de la identificación temprana, evaluación continua, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (47).

Los cuidados paliativos suponen un eje transversal en los servicios sanitarios. En la presente situación pandémica son especialmente necesarios para conseguir el equilibrio ético, el confort y los cuidados de calidad (47).

En situaciones concretas como pandemias, crisis sanitarias o emergencias, las necesidades paliativas quedan descuidadas por la necesidad inminente de salvar vidas. Esto ocurre por el desconocimiento e incertidumbre que suponen estas circunstancias y por la alta carga asistencial de los profesionales en este contexto (47). Según Consuegra-Fernández (48) no brindar cuidados paliativos agrava el impacto psicológico tanto en el paciente como en su familia, pudiendo provocar un agravamiento de los síntomas y del estado de salud del paciente.

Según Astudillo et al. (37) la COVID-19 tiene una mortalidad entre el 0,9% y el 19%. En el artículo publicado por Sampaio-Florêncio et al. (47) se destaca la importancia de la adaptación de los CP ante situaciones de emergencia e incluso pandémicas (como la actual), por el rápido empeoramiento de algunos pacientes. Por este motivo, mantienen que el cuidado paliativo debe estar en primera línea para ayudar en el proceso de toma de decisiones y también para cuidar de las familias de los pacientes.

El cuidado paliativo juega un papel esencial en las UCI con pacientes COVID-19 (37). La integración de estos cuidados permite establecer objetivos tempranos relacionados con el cuidado del paciente, además de moderar la comunicación con las familias y de informarlas sobre las expectativas del tratamiento (47). En estos aspectos también coinciden Akgün et al. (49), que destacan la importancia de los CP ya que pueden mejorar la comunicación con la familia a través de técnicas de comunicación específicas

para así disminuir la sensación de abandono, aislamiento o desahogo emocional que pueden sentir.

Astudillo et al. (37) también mencionan los principales síntomas que pueden experimentar los pacientes COVID-19 al final de su vida como: disnea, ansiedad, delirio o fiebre, además de aportar tratamiento paliativo para su alivio con medidas tanto farmacológicas y no farmacológicas.

### **3.4 Familia**

La enfermedad crítica irrumpe bruscamente en la vida del paciente y también en la de los miembros de su familia. El artículo publicado por Lind (50) señala que los familiares de las personas ingresadas en las UCI definen el proceso de hospitalización como “una montaña rusa” como consecuencia de la variación del pronóstico de vida de su familiar y por tener que tomar decisiones relacionadas con la vida de su ser querido.

También los principales cuidadores de las personas fallecidas pueden sufrir un mayor dolor en aquellos casos en los que el proceso de muerte es traumática o inesperada y ocurre lo mismo en las situaciones en las que los familiares no tienen posibilidad de despedirse de su familiar (46). Estas circunstancias son frecuentes en el caso de pacientes COVID-19 y pueden complicar el proceso de duelo que las familias sufrirán después de la muerte de un ser querido.

En el artículo publicado por Goveas et al. (51), se define el proceso de duelo como la experiencia de perder a un ser querido, siendo el dolor una respuesta natural a esta pérdida. Este dolor puede ser complejo, multifacético, variante en el tiempo y con tendencia errática, produciendo en la persona sentimientos diferentes y pensamientos confusos. La mayor parte de las personas se adaptan de forma natural a la muerte de un ser querido, aunque en ocasiones este proceso puede verse influido por distintos factores como las características de la persona fallecida, la relación que mantenían y las circunstancias o contexto en el que ocurre la muerte.

Hwee Poi et al. (46) mantienen que los familiares que hayan contagiado el virus a los pacientes se sienten culpables, lo que puede complicar el proceso de duelo. En ciertos casos podría darse también lo que se conoce como trastorno por duelo prolongado. Este



se define como un síndrome caracterizado por la presencia de pensamientos nostálgicos y de preocupación relacionados con su familiar, además de dolor emocional asociado al proceso de duelo dificultando el funcionamiento normal de la persona durante al menos seis meses y excediendo el tiempo establecido por las normas sociales, religiosas o culturales. Además, establecen una serie de factores de riesgo relacionados con la aparición de trastorno por duelo prolongado en el presente por la COVID-19: las circunstancias de la muerte son inesperadas, en muchas ocasiones las personas fallecen solas por las restricciones de visita impuestas para evitar el aumento de contagios (51).

En el artículo de Hwee Poi et al. (46) se recalca la importancia del seguimiento del duelo de los familiares tras el fallecimiento del paciente, para que estos sean capaces de expresar su shock e incredulidad. Además, recomiendan que este se lleve a cabo a través de llamadas telefónicas dos o cuatro semanas después de la muerte de su ser querido.

Son diversos los estudios que hablan acerca de los cambios que se están dando en los ritos religiosos y culturales. Estos eventos dan un apoyo social a los dolientes que resulta fundamental para lidiar con el proceso de duelo (37, 45, 51). Los servicios funerarios se han visto limitados únicamente a familiares, o incluso se realizan por vía telemática. Los familiares deben abstenerse de abrazarse y tocarse por el riesgo de infección (47, 51).

Por otro lado, la comunicación entre paciente, familiares y trabajadores sanitarios durante la estancia en las unidades de cuidados intensivos alivia el sentimiento de abandono que los familiares y el paciente pueden llegar a sentir, reduce la sensación de aislamiento de estos y reduce el sufrimiento psicológico. El aislamiento de los pacientes infectados ha supuesto un reto en la comunicación tanto para los profesionales como para los familiares (49).

En el artículo publicado por Akgün et al. (49), se indican una serie de estrategias para la comunicación con los familiares de los pacientes ingresados en UCI por COVID-19: los familiares deben comunicar al equipo quién será la persona que recibirá la información relacionada con la evolución del paciente y quién desean que sea el encargado de informarles. Es recomendable realizar una llamada programada al día, por

lo que se deberá establecer la vía por la que se establecerá la comunicación, ya sea a través de videollamadas o llamadas telefónicas.

Es esencial, por otro lado, que la comunicación sea bidireccional, ya que de esta forma disminuye la sensación de abandono de la familia y la sensación de incertidumbre que padecen las familias durante las hospitalizaciones por COVID-19 (49). Astudillo et al. (37) recalcan la importancia de establecer una relación empática y comprensiva para que los familiares expresen sus sentimientos o el deseo de curación de su familiar, ya que es frecuente que los familiares tengan sentimientos de culpa o negación de la realidad que viven.

Consuegra-Fernández et al. reivindican la necesidad de acompañamiento de los enfermos COVID-19 causada por el estricto aislamiento que sufren desde el inicio de la pandemia. Distintos artículos defienden el acompañamiento de los pacientes en la fase terminal de sus vidas como derecho fundamental, ya sea por vía telemática o en persona (46, 48). Por este motivo, Consuegra-Fernández et al. (48) lanzan una serie de recomendaciones para paliar la soledad y abandono que sienten estos pacientes, como el acompañamiento a través de dispositivos tecnológicos o incluso de los propios profesionales. También recomiendan el uso de Equipos de Protección Individual (EPI) como requisito para las visitas de los familiares, entre otras.

### **3.5 Competencias de enfermería**

Noome et al. (52) definen el cuidado al final de la vida como los cuidados y servicios de apoyo recibidos por un lado, por un paciente en condiciones graves y por otro lado, por su familia tras la decisión de retirar los tratamientos. El cuidado al final de la vida en las Unidades de Cuidados Intensivos se basa en la continuidad del cuidado y en el apoyo emocional y espiritual, además de en la comunicación y la toma de decisiones con la familia.

Según Vallès-Fructuoso (41), la enfermera debe participar en la toma de decisiones de forma activa, aportando una visión humanizadora y recogiendo el testimonio del enfermo y de su entorno, ya que son elementos esenciales para decidir iniciar o retirar un tratamiento. Es responsabilidad de la enfermera velar por los mejores intereses del paciente en la UCI, además de garantizar una muerte digna y confortable, ya

que el principal objetivo de esta es aliviar su sufrimiento (41, 44). Fossum-Taylor et al. (40), recalcan la importancia que tiene el cuidado enfermero relacionado con la LTSV como el cumplimiento de los deseos del paciente y la importancia de la comunicación acerca del proceso de retirada del tratamiento.

Vallès-Fructuoso et al. (41), mantienen que la teoría del final tranquilo de la vida (TFV) elaborada por Roland y Moore es la base teórica del rol de la enfermera en la LTSV. Esta teoría mantiene que la enfermera debe garantizar el bienestar de paciente, con el alivio de molestias físicas y su control y prevención. Concluyen que la enfermera debe realizar una aproximación holística del paciente, considerando sus valores o elecciones relacionadas con el cuidado. Fossum-Taylor et al. (40), mantienen que la participación de estas puede mejorar el trabajo en equipo y aportar a la discusión información relacionada con el cuidado del paciente.

La colaboración interprofesional ayuda a mejorar la atención a los pacientes en las UCI, disminuyendo así las complicaciones y mejorando la comunicación, el trato y la confianza entre médicos y enfermeras (44). Aunque diversos artículos hablan acerca de la poca representación de la enfermería en la toma de decisiones relacionada con la limitación del tratamiento o del soporte vital en comparación con otros profesionales, en concreto los médicos (40, 44).

En el estudio de Velarde-García et al. (44) destacan la existencia de vías informales de comunicación entre médicos y enfermeras, aportando estas su opinión a los médicos generalmente cuando existe una relación de confianza entre ellos. En este aspecto también coincide Fossum-Taylor et al. (40), ya que las enfermeras que participaron en su estudio indicaban que en ocasiones no se sentían escuchadas o que incluso no eran informadas por parte de los médicos sobre el plan de LTSV.

Los pacientes ingresados en las UCI por COVID-19 regularmente precisan ventilación mecánica en posición prono o incluso Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO). Estas medidas hacen que la carga de trabajo de enfermería se vea considerablemente aumentada. En el estudio publicado por Bruyneel et al. (53) concluyen que el ratio ideal enfermera-paciente en los casos de pacientes COVID-19 es de 1:1, por lo que inciden en la importancia de aumentar el número de profesionales de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos.

El cuidado brindado al paciente COVID-19 debe estar basado tanto en el cuidado crítico, como en el paliativo y ético. En su artículo lanzan una serie de pautas para que las enfermeras integren los cuidados paliativos en la práctica del paciente crítico infectado por SARS-CoV-2, resaltando la importancia de prestar atención a los aspectos físicos mediante el manejo de síntomas o garantizar una adecuada sedación en el caso de pacientes intubados, a los aspectos psicológicos a través de la escucha activa, a los aspectos sociales, espirituales y culturales (54).

McKenna (55) expone que en muchas ocasiones en esta pandemia las enfermeras actúan como intermediarias entre la familia y el paciente en los últimos momentos del paciente, desencadenando para las profesionales una situación emocionalmente complicada. Rosa et al. (54), coinciden en la función de intermediarias que están haciendo las enfermeras, además de resaltar el hecho de que las están viviendo turnos de trabajo más traumáticos como consecuencia de la gran cantidad de muertes que se dan, por las dificultades que se presentan en la toma de decisiones o por la limitación de recursos, entre otras cosas.

Ruiz-Fernández et al. (56) mantienen que la situación pandémica actual está afectando en gran medida a los profesionales sanitarios, ya que deben brindar cuidados mientras toman decisiones éticas y morales de gran relevancia. Estas decisiones están relacionadas con el cuidado que se brinda a los pacientes con recursos limitados o incluso inadecuados, o con la priorización de algunos pacientes dada la escasez de respiradores, entre otras cosas.

Es en este mismo artículo donde se hace referencia a la fatiga por compasión y burnout que están sufriendo los profesionales trabajando en primera línea. Definen la fatiga por compasión como el coste de cuidar a los demás o su dolor emocional, resultante del deseo de aliviar sus sentimientos. En cambio, definen el burnout como el agotamiento emocional, la despersonalización o la falta de realización personal en el trabajo por la continua exposición a diferentes estresores. En el estudio, Ruiz-Fernández et al. (56) remarcan la importancia de que los profesionales sanitarios tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental, por este motivo subrayan la necesidad de la implementación de intervenciones para prevenir a largo plazo la aparición estos problemas.

### 3.6 Edadismo

Clarfield et al. (11) definen el edadismo como el conjunto de estereotipos, prejuicios y discriminación dirigidos a las personas en base a su edad. El envejecimiento no está relacionado de por sí con la enfermedad, pero sí que reduce de forma gradual las habilidades del organismo para hacer frente a distintas enfermedades, como es en el caso de la COVID-19.

Las comorbilidades como la hipertensión o la diabetes junto con la edad cronológica (60 años en adelante) son factores de riesgo para la aparición de neumonía, la necesidad de una cama en UCI y muerte por COVID-19 (11). En el artículo de Astudillo et al. (37), establecen una tabla con las indicaciones de ventilación mecánica invasiva según las características y edad de la persona. En ella indican que las personas que optan a ventilación mecánica invasiva son las personas de entre 70-80 años sin patologías previas importantes y con comorbilidad grave. También plantean que en el caso de personas mayores de 80 y son comorbilidades se debe estudiar el caso de forma cuidadosa para indicar la ventilación mecánica invasiva.

Haas et al. (57) establecen en su artículo que el ingreso en las UCI debe estar equilibrado con las posibilidades de recuperación de la persona. En muchas ocasiones, la edad afecta a esta posibilidad de recuperación. Por esta razón mantienen que la edad debe ser sopesada como un factor para el ingreso en UCI, pero también otros como el diagnóstico, fallo orgánico, comorbilidades del paciente o la fragilidad.

Con el aumento del número de casos de personas que precisan soporte ventilatorio y la estancia en UCI, se pueden ver limitados el número de ventiladores o las camas en los hospitales (11). En plena pandemia, la escasez de recursos cobra mayor relevancia a la hora de decidir si un paciente ingresa en UCI o no (56). Algunos artículos hacen referencia al “utilitarismo”. En el artículo de McKenna (55) se define como el principio que se basa en momentos de mayor demanda y pocos recursos, alcanzar el mayor bien posible para el mayor número de personas. Por otro lado, en el artículo de Haas et al. (57), se menciona que la estrategia del utilitarismo para maximizar los beneficios para una mayor parte de las personas, teniendo en cuenta la probabilidad de supervivencia. Concretan que las posibilidades de supervivencia en las UCI van disminuyendo con la edad, por lo que esta es un factor importante en el utilitarismo en la situación actual de

pandemia. En cambio, Colenda et al. (58), enuncian una serie de recomendaciones para hacer frente a la pandemia actual: como la necesidad de contar con geriatras y gerontólogos a la hora de tratar con pacientes mayores y también para la racionalización de los recursos.

Haas et al. (57), sostienen que antes de la pandemia la edad no se consideraba un criterio válido para limitar la admisión en las UCI. En cambio, en la situación actual sí se debe tener en cuenta la edad como criterio en momentos de escasez de recursos. Además, mencionan las “entradas justas” refiriéndose a que las personas mayores han tenido la oportunidad de llegar a una edad madura, por lo que tendrían prioridad las personas más jóvenes a la hora de ingresar en estas unidades.

#### **4. Conclusiones y Discusión**

En el presente trabajo se ha investigado la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes COVID-19 ingresados en UCI. A través de la literatura encontrada relacionada con el tema, se ha enfatizado en el proceso de enfermedad de la COVID-19, en el tratamiento brindado en las UCI, en la toma de decisiones para la LET en estos casos, en la comunicación con la familia y en las competencias enfermeras a desarrollar a lo largo del proceso.

La pandemia de COVID-19 ha resaltado la importancia de la necesidad de cuidados relacionados con el control de síntomas, el manejo de ventiladores y la comunicación con el paciente y la familia, como consecuencia de la velocidad del empeoramiento del proceso clínico de algunos pacientes (54). En situación pandémica como la actual, estos cuidados se ven condicionados por la limitación de los recursos respecto al aumento de casos de pacientes con COVID-19. Por esta razón, se ha hecho uso de un sistema de selección de pacientes basado en el utilitarismo, donde la edad cronológica de las personas ha sido un factor esencial para determinar el ingreso en las UCI (11, 57).

Como consecuencia de la pandemia, los sistemas sanitarios de los países más afectados se han visto sometidos a una presión asistencial muy elevada difícil de gestionar, quedando estos al límite del desbordamiento. En concreto, en nuestro país, ha sido más impactante debido a que nuestro sistema sanitario no se había recuperado de los

recortes y sus consecuencias en salud pública así como la falta de personal tras la crisis financiera de 2008. Esta falta de personal y de recursos materiales para hacer frente a esta pandemia, además de la tardía reacción política y la descoordinación entre el Gobierno Central y las Comunidades Autónomas entre otras razones, ha provocado la magnificación de las debilidades que ya acarrea el sistema sanitario (59).

Por otro lado, la situación de pandemia actual de COVID-19 está cambiando por completo el proceso de muerte de las personas a nivel mundial. Las personas infectadas y enfermas de COVID-19 con síntomas leves o moderados, pueden sufrir un deterioro muy rápido, lo que provoca una toma de decisiones apresurada bajo circunstancias altamente estresantes (43). Esta crisis de salud pública ha resaltado la importancia de proporcionar cuidados críticos de alta calidad, incluyendo la necesidad de integrar en ellos el cuidado paliativo (45, 46, 53). Los CP deben incluirse en las estrategias de tratamiento de los pacientes con pronóstico incierto, ya que proporcionan confort, alivio y dignidad (46).

Los CP no envuelven únicamente al paciente, también se brindan a familiares y seres queridos (45). El formar parte del proceso de la toma de decisiones o discutir sobre estas ayuda a que los familiares se preparen para el final de la vida de su ser querido. Distintos factores están relacionados con la aparición de complicaciones en el duelo tras el fallecimiento de un familiar por COVID-19, como la muerte inesperada, las restricciones en las visitas o incluso culpabilidad por haber contagiado su familiar hospitalizado (43, 48, 50). Por este motivo, se recomienda el seguimiento de la familia por parte de los profesionales durante el proceso y también tras el fallecimiento de su ser querido (45).

Por último, los profesionales de enfermería aportan a la discusión de la LET una visión humanizadora y contribuyen aportando los puntos de vista tanto del enfermo como de la familia, también, apoyan emocionalmente a estos (38, 39). Además, la enfermera a través de la valoración continua es capaz de detectar a aquellos pacientes sensibles a la LTSV. A pesar de su importante rol en el proceso, la literatura señala que los profesionales de enfermería tienen poca representación a la hora de tomar decisiones relacionadas con la LET (39).

## **5. Limitaciones**

Como limitaciones del trabajo se pueden señalar, que el conocimiento acerca de la infección provocada por el SARS-CoV-2 es mayor a medida que va pasando el tiempo, por lo que puede que los artículos seleccionados no estén actualizados. Además, la mayoría de los artículos seleccionados para la realización del trabajo eran mayormente en inglés, de modo que puede que se hayan cometido errores a la hora de interpretar y traducir la información que contienen. Cabe destacar que, al tratarse de una revisión narrativa, puede que exista la posibilidad de que se hayan descartado o no se hayan hallado artículos relacionados con los objetivos del trabajo, así como los criterios establecidos para las búsquedas o la selección de los artículos sea discutible. Asimismo, se ha hecho uso de artículos como editoriales, con cierta connotación subjetiva que limitan el presente trabajo.

## **6. Recomendaciones para la práctica clínica**

En cuanto a las futuras líneas de investigación, se propone la investigación a cerca del tratamiento paliativo de los pacientes COVID-19 y la correcta adecuación del esfuerzo terapéutico en estos pacientes. Son varios los artículos seleccionados que recalcan la integración del cuidado paliativo en las UCI de todo el mundo, por ello, es importante incidir en la formación acerca de estos cuidados a los profesionales sanitarios. Por otro lado, la situación pandémica actual ha dejado ver la ausencia de profesionales especializados tanto en el cuidado del paciente crítico como en el cuidado paliativo, por lo que sería recomendable facilitar la especialización en estos ámbitos, ya que por un lado, el paciente crítico es complejo y requiere amplios conocimientos para su cuidado óptimo y por otro lado, el proceso de muerte es inevitable y requiere unos cuidados especializados.

Es indispensable, también, incidir en la investigación centrada en las diferentes olas pandémicas a través de estudios retrospectivos para determinar qué sucesos no deben volver a ocurrir en pandemias venideras, como la limitación de los recursos sanitarios y humanos. Como consecuencia de estas carencias, la edad, entre otros factores, ha jugado un papel esencial para determinar el acceso a las Unidades de Cuidados Intensivos, por lo que muchos pacientes no han tenido acceso a los cuidados que han precisado como consecuencia de la severidad de la enfermedad. Por este motivo, se tendrían que



establecer planes de contingencia para así poder tratar a los pacientes de forma óptima en situaciones venideras y estar mejor preparados.

Por último, es importante insistir también en la creación de planes de humanización de los cuidados, ya que como se ha podido ver durante esta pandemia, estos han sido completamente despersonalizados: los pacientes han permanecido aislados o sin poder despedirse en muchos casos de sus familiares, entre otras cosas. En el caso de la Comunidad de Madrid, sería recomendable aplicar a los Cuidados Paliativos y Cuidados Intensivos el Plan de Humanización planteado por la Conserjería de Sanidad en el 2019, ya que durante esta pandemia ha quedado completamente olvidado y en un segundo plano sin ningún tipo de relevancia.

## **7. Agradecimientos**

Para finalizar este trabajo, me gustaría agradecer en primer lugar a mi tutora Asunción García González por su implicación y consejos y por guiarme en la realización de este trabajo. Ha sido un auténtico honor y placer trabajar con ella.

Me gustaría agradecer también a la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid por las indicaciones y ayuda recibidas a la hora de realizar algunas partes del presente trabajo.

Por último, me gustaría agradecer a mis familiares y amigos, por haberme ayudado y escuchado en momentos complicados no solo durante la realización del trabajo, sino durante estos cuatro años.

## Bibliografía

1. Liu Q, Xu K, Wang X, Wang W. From SARS to COVID-19: What lessons have we learned?. *J Infect Public Health* [Internet] 2020 Nov [Consultado 8 Dic 2020]; 13(11): 1611-1618. doi: [10.1016/j.jiph.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.08.001)
2. Ferrer R. Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Med Intensiva* [Internet] 2020 Aug-Sep [Consultado 8 Dic 2020]; 44(6): 323-324. doi: [10.1016/j.medin.2020.04.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002)
3. Martín-Sánchez V, Barquilla-García A, Vitelli-Storelli F, Segura-Fragoso A, Ruiz-García A, Serrano-Cumplido A, et al. Análisis de las tasas de letalidad de la infección por SARS-CoV-2 en las comunidades autónomas de España. *Semergen* [Internet] 2020 [Consultado 9 Dic 2020]; 46:12-19. doi: [10.1016/j.semerg.2020.06.013](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.06.013)
4. Coleman JJ, Manavi K, Marson EJ, Botkai AH, Sapey E. COVID-19: to be or not to be; that is the diagnostic question. *Postgrad Med J* [Internet] 2020 Jul [Consultado 10 Dic 2020]; 96(1137): 392-398. doi: [10.1136/postgradmedj-2020-137979](https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-137979)
5. Aguilar-García CR, Martínez-Torres C. La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)* [Internet] 2017 Jun [Consultado 2 Ene 2021]; 31(3): 171-173. Disponible en: <http://ref.scielo.org/dxhdvd>
6. Rubio O, Estella A, Cabre L, Saralegui-Reta I, Martin MC, Zapata L, et al. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos. *Med Intensiva* [Internet] 2020 Oct [Consultado 4 Ene 2021]; 44(7):439-445. doi: [10.1016/j.medin.2020.04.006](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.006)
7. Miró Ò, Alquézar-Arbé A, Llorens P, Martín-Sánchez FJ, Jiménez S, Martín A, et al. Comparación de las características demográficas y comorbilidad de los pacientes con COVID-19 fallecidos en hospitales españoles, en función de si ingresaron o no en Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* [Internet] 2021 Ene-Feb [Consultado 2 Ene 2021]; 45 (1): 14-26. doi: [10.1016/j.medin.2020.09.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.09.002)
8. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva* [Internet] 2020 Aug [Consultado 2 Ene 2021]; 44(6): 363-370. doi: [10.1016/j.medin.2020.03.006](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.03.006)

9. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. *Salud Publica Mex* [Internet] 2000 Jul [Consultado 5 Ene 2021]; 42(4): 337-48. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6248>
  
10. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Ministerio de Sanidad. Actualización nº 316. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). SITUACIÓN EN ESPAÑA 19.02.2021 (datos consolidados a las 14:00 horas del 19.02.2021). 2021 Feb 19.
  
11. Clarfield AM, Jotwowitz A. Age, ageing, ageism and “age-itation” in the Age of COVID-19: rights and obligations relating to older persons in Israel as observed through the lens of medical ethics. *Isr J Health Policy Res.* [Internet] 2020 [Consultado 4 Mar 2021]; 9(1): 64. doi: [10.1186/s13584-020-00416-y](https://doi.org/10.1186/s13584-020-00416-y)
  
12. Tarazona-Santabalbina FJ, De la Cámara-De las Heras JM, Vidán, MT, García-Navarro JA. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Rev Esp de Geriat y Geront* [Internet] 2021 Ene-Feb [Consultado 20 Ene 2021]; 56(1): 47-53. doi: [10.1016/j.regg.2020.08.002](https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002)
  
13. Gómez-Sancho M, Altisent-Trota R, Bátiz-Cantera J, Ciprés-Casasnovas L, Gándara-del-Castillo Á, Herranz-Martínez JA, et al. Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones. *Gaceta Médica de Bilbao* [Internet] 2015 [Consultado 20 Ene 2021]; 112(4): 216-218. Disponible en: <https://gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/38>
  
14. Vera Carrasco O. La adecuación del esfuerzo terapéutico en medicina crítica y terapia intensiva. *Rev. Méd. La Paz* [Internet] 2019 [Consultado 20 Ene 2021]; 25(2): 78-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200012&lng=es)
  
15. Bueno MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enf Intensiva* [Internet] 2013 Oct-Dic [Consultado 8 Ene 2021]; 24(4): 167-174. doi: [10.1016/j.enfi.2013.04.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2013.04.003)
  
16. Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Med.De Fam. SEMERGEN* [Internet] 2016 [Consultado 9 Ene 2021]; 42(8): 566-574. doi: [10.1016/j.semerg.2015.11.006](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006)
  
17. Estella Á, Saralegui I, Rubio-Sanchiz O, Hernández-Tejedor A, López Camps V, Martín MC, et al. Puesta al día y recomendaciones en la toma de decisiones de limitación de tratamientos de soporte vital. *Med Intensiva* [Internet] 2020 Mar [Consultado 9 Ene 2021]; 44(2): 101-112. doi: [10.1016/j.medin.2019.07.006](https://doi.org/10.1016/j.medin.2019.07.006)

18. Ballesteros Sanz MÁ, Hernández-Tejedor A, Estella Á, Jiménez Rivera JJ, González de Molina Ortiz, F.J, Sandiumenge Camps A, et al. Recomendaciones de «hacer» y «no hacer» en el tratamiento de los pacientes críticos ante la pandemia por coronavirus causante de COVID-19 de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva* [Internet] 2020 Aug-Sep [Consultado 9 Ene 2021]; 44(6): 371-388. doi: [10.1016/j.medin.2020.04.001](https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.001)
19. Matos M, Duarte J, Pinto-Gouveia J. The Origins of Fears of Compassion: Shame and Lack of Safeness Memories, Fears of Compassion and Psychopathology. *J Psychol.* [Internet] 2017 Nov 17 [Consultado 25 Mar 2021]; 151(8):804-819. doi: [10.1080/00223980.2017.1393380](https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393380)
20. Betancourt G. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. *Hum. Médicas* [Internet] 2014 [Consultado 10 Ene 2021]; 14(2): 407-422. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202014000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011)
21. Partarrieu-Mejías F. ¿Cómo se justifica la Limitación del Esfuerzo terapéutico en el marco de la bioética? *Med. Y Humanid.* [Internet] 2012 [Consultado 10 Ene 2021]; 4(1-3): 29-34. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/266617837\\_Como\\_se\\_justifica\\_la\\_Limitacion\\_del\\_Esfuerzo\\_terapeutico\\_en\\_el\\_marco\\_de\\_la\\_bioetica#:~:text=5%20La%20limitaci%20del%20esfuerzo,dentro%20del%20marco%20de%20la](https://www.researchgate.net/publication/266617837_Como_se_justifica_la_Limitacion_del_Esfuerzo_terapeutico_en_el_marco_de_la_bioetica#:~:text=5%20La%20limitaci%20del%20esfuerzo,dentro%20del%20marco%20de%20la)
22. Simón-Lorda P, Esteban-López MS, Cruz-Piqueras M. Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: Recomendaciones para la elaboración de protocolos. [Internet]. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública: Junta de Andalucía; 2014 [Citado 2021 Ene 20]. Disponible en: [http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion\\_esfuerzo\\_terapeutico\\_cuidados\\_intensivos.pdf](http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/limitacion_esfuerzo_terapeutico_cuidados_intensivos.pdf)
23. Doñate Cariba E, Domínguez Cobo I. Limitación del esfuerzo terapéutico: Razones para sí llevarlo a cabo. Granada: 33 Congreso de SECIP 2018. Disponible en: <https://secip.com/wp-content/uploads/2018/06/11.-Coste-Efectividad....pdf>
24. Constitución Española. BOE, no 311. 29 Dic 1978.
25. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, no 102. 29 Abr 1986.
26. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, no 274. 15 Nov 2002.
27. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. BOE, no 40. 15 Feb 2005.

28. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. BOE, no 149. 23 Jun 2017.
29. International Association For Hospice And Palliative Care. Palliative care - 2018 IAHPIC consensus based definition. [Internet]. Pallipedia. [Consultado 2021 Abr 16]. Disponible en: <https://pallipedia.org/palliative-care-2018-iahpc-consensus-based-definition/>
30. Oliveira-Pegoraro, MM, Paganini MC. Cuidados paliativos y limitación del soporte de vida en cuidados intensivos. Rev. Bioét [Internet] 2019 [Consultado 22 Ene 2021]; 27(4): 699-710. doi: [10.1590/1983-80422019274353](https://doi.org/10.1590/1983-80422019274353)
31. Estella A, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, del Barrio M, Martín Delgado MC. Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico. Med. Intensiva [Internet] 2019 Mar [Consultado 21 Ene 2021]; 43(2): 61-62. doi: [10.1016/j.medin.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.08.008)
32. Cilla A, Martínez M. Competencia de la enfermera en el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico en las unidades de cuidados intensivos. Med Paliativa [Internet] 2018 [Consultado 10 Ene 2021]; 25(3): 195-202. doi: [10.1016/j.medipa.2016.10.003](https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.003)
33. Rojas G Idalid, Vargas C Ivonne, Ferrer l Lilian. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. Cienc. Enferm. [Internet] 2013 [Consultado 10 Ene 2021]; 19(3): 41-50. doi: [10.4067/S0717-95532013000300005](https://doi.org/10.4067/S0717-95532013000300005)
34. Bellver Capella V. Bioética, derechos humanos y COVID-19. Cuadernos de Bioética [Internet] 2020 [Consultado 10 Ene 2021]; 31(102): 167-182. doi: [10.30444/CB.60](https://doi.org/10.30444/CB.60)
35. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. Rev Col Anestesiología. [Internet] 2020 Sep [Consultado 11 Ene 2021]; 48(4). doi: [10.5554/22562087.e930](https://doi.org/10.5554/22562087.e930)
36. Serrano P. Trabajo Fin de Grado en Ciencias de la salud. [Internet]. Madrid: DAEeditorial; 2019. [Consultado 2021 Ene 5]. Disponible en: <https://ebooks.enfermeria21.com/ebooks/-html5-dev/196/2/#zoom=z>
37. Astudillo W, Salinas A, Brandao Z, Carmona F, De Pablo A, Piolatti A et al. Manejo clínico y paliativo del sufrimiento en la COVID-19. Rev El Dolor [Internet] 2019 [Consultado 2021 7 Feb 2021]; 29(71): 10-21. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1118048?src=similardocs>

38. Loss SH, Nunes DL, Franzosi OS, Teixeira C. A pragmatic approach and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in intensive care unit. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet] 2020 Aug [Consultado 7 Feb 2021]; 66(8): 1157-1163. doi: [10.1590/1806-9282.66.8.1157](https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.8.1157)
39. Shi, M, Chen, L, Yang, Y, et al. Analysis of clinical features and outcomes of 161 patients with severe and critical COVID-19: A multicenter descriptive study. *J Clin Lab Anal.* [Internet] 2020 Sep [Consultado 7 Feb 2021]; 34(9): e23415. doi: [10.1002/jcla.23415](https://doi.org/10.1002/jcla.23415)
40. Fossum-Taylor IH, Dihle A, Hofso K, Steindal SM. Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* [Internet] 2020 [Consultado 8 Feb 2021]; 56: 102768. doi: [10.1016/j.iccn.2019.102768](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102768)
41. Vallès-Fructuoso O, Ruiz-de Pablo B, Fernández- Plaza M, Fuentes- Milà V, Martínez-Estalella, RN. Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital. *Rev Enf Int.* [Internet] 2016 [Consultado 11 Feb 2021]; 27(4): 138-145. doi: [10.1016/j.enfi.2016.06.002](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.06.002)
42. Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *SEMERGEN* [Internet] 2016 [Consultado 12 Feb 2021]; 42(8): 566-574. doi: [10.1016/j.semerg.2015.11.006](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.11.006)
43. Frache B, Moreira E, Carámbula A, Pan C, Barbato M, Alzugaray P et al. Características de la limitación de terapia de soporte vital en pacientes fallecidos en unidades de medicina intensiva. *Rev Méd Urug.* [Internet] 2018 [Consultado 15 Feb 2021]; 34(4): 193-200. doi: [10.29193/rmu.34.4.1](https://doi.org/10.29193/rmu.34.4.1)
44. Velarde-García JF, Luengo-González R, González-Hervías R, Cardenete-Reyes C, Álvarez-Embarba B, Palacios-Ceña D. Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses. *Nursing Ethics* [Internet] 2016 [Consultado 15 Feb 2021]; 25(7): 867–879. doi: [10.1177/0969733016679471](https://doi.org/10.1177/0969733016679471)
45. Moore KJ, Sampson, EL, Kupeli N, Davies N. Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era. *Int Psychogeriatr.* [Internet] 2020 [Consultado 16 Feb 2021]; 32(10): 1245-1248. doi: [10.1017/S1041610220000745](https://doi.org/10.1017/S1041610220000745)

46. Hwee Poi C, Koh MYH, Neo HY. Palliative Care in a COVID-19 Intensive Care Unit (ICU): Challenges and Recommendations for Palliative Care Teams in a Pandemic ICU. *Ann Acad Med Singap.* [Internet] 2020 [Consultado 17 Feb 2021]; 49(7): 517-522. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33000118/>
47. Sampaio-Florêncio R, Ribeiro-Virna-Feitosa C, Campos de Souza L, Caboclo-Flor A, Pessoa-Nogueira V, Magalhães-Moreira TM et al. Palliative care amidst the COVID-19 pandemic: challenges and contributions. *Acta paul. enferm.* [Internet] 2020 [Consultado 15 Feb 2021]; 33: eAPE20200188. doi: [10.37689/acta-ape/2020ao01886](https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao01886)
48. Consuegra-Fernández M, Fernández-Trujillo A. La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas. *Rev Bio y Der.* [Internet] 2020 [Consultado 18 Feb 2021]; 50: 81-98. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872020000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872020000300006)
49. Akgün KM, Shamas TL, Feder SL, Schulman-Green D. Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families. *Heart Lung.* [Internet] 2020 [Consultado 19 Feb 2021]; 49(4): 344-345. doi: [10.1016/j.hrtlng.2020.04.016](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.016)
50. Lind R. Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: Relatives' experiences. *Nurs Ethics.* [Internet] 2020 [Consultado 19 Feb 2021]; 26(1):270-279. doi: [10.1177/0969733017703697](https://doi.org/10.1177/0969733017703697)
51. Goveas JS, Shear MK. Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults. *Am J of Geriatric Psychiatry.* [Internet] 2020 [Consultado 21 Feb 2021]; 28(10): 1119-1125. doi: [10.1016/j.jagp.2020.06.021](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021)
52. Noome M, Dijkstra BM, Van Leeuwen E, Vloet L. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* [Internet] 2015 [Consultado 21 Feb 2021]; 33: 56-64. Disponible en: doi: [10.1016/j.iccn.2015.12.004](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004)
53. Bruyneel A, Gallani MC, Tack J, D'Hont A, Canipel S, Franck S et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive Crit Care Nurs.* [Internet] 2021 Feb [Consultado 26 Feb 2021]; 62: 102967. doi: [10.1016/j.iccn.2020.102967](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967)
54. Rosa WE, Ferrell B, Wiencek C. Increasing Critical Care Nurse Engagement of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic. *Crit Care Nurse* [Internet] 2020 Dec [Consultado 23 Feb 2021]; 40(6): e28-e36. doi: [10.4037/ccn2020946](https://doi.org/10.4037/ccn2020946)



55. McKenna H. COVID-19: Ethical issues for nurses. *Int J Nurs Stud*. [Internet] 2020 Oct [Consultado 23 Feb 2021]; 110: 103673. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103673](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103673)
  
56. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya T, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán AM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs*. [Internet] 2020 Nov [Consultado 23 Feb 2021]; 29(21-22): 4321-4330. doi: [10.1111/jocn.15469](https://doi.org/10.1111/jocn.15469)
  
57. Haas LEM, De Lange DW, Van Dijk D, Van Delden JM. Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19. *Crit Care* [Internet] 2020 Jun [Consultado 24 Feb 2021]; 24(1): 321. doi: [10.1186/s13054-020-03050-x](https://doi.org/10.1186/s13054-020-03050-x)
  
58. Colenda CC, Reynolds CF, Applegate WB, Sloane PD, Zimmerman S, Newman AB et al. COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care. *J Am Geriatr Soc*. [Internet] 2020 Ag [Consultado 23 Feb 2021]; 68(8): 1627-1628. doi: [10.1111/jgs.16663](https://doi.org/10.1111/jgs.16663)
  
59. The Lancet Public Health. COVID-19 in Spain: a predictable storm? *The Lancet Public Health* [Internet] 2020 Nov [Consultado 16 Abr 2021]; 5(11): e568. doi: [10.1016/S2468-2667\(20\)30239-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30239-5)

## ANEXO I: TABLAS DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS

**Tabla 1. Resultados de Pubmed**

PUBMED				
AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Lind R.	2017. Noruega.	Sense of responsibility in ICU end-of-life decision-making: Relatives' experiences	Estudio cualitativo	Este artículo recoge las experiencias de familiares de pacientes en la toma de decisiones y su responsabilidad en el proceso.
Velarde-García JF et al.	2016. España.	Limitation of therapeutic effort experienced by intensive care nurses	Estudio cualitativo fenomenológico	El artículo aborda la experiencia de enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos en el proceso de limitación del esfuerzo terapéutico en diferentes hospitales de Madrid.
Noome M.	2016. Holanda.	Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A qualitative study	Estudio fenomenológico	Se recogen experiencias de familiares de pacientes a los que se les ha aplicado la retirada de tratamiento de soporte vital relacionadas con el cuidado recibido por el personal enfermero.
Fossum Taylor IH et al.	2019. Noruega.	Intensive care nurses' experiences of withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care patients: A qualitative study.	Estudio descriptivo, explorativo y cualitativo	El estudio trata de la experiencia de enfermeras en el proceso de LET, el estrés que el proceso supone para ellas, la necesidad de colaboración multidisciplinar y el deseo de dignificar el proceso.
Moore KJ et al.	2020. Reino Unido	Supporting families in end-of-life care and bereavement in the COVID-19 era	Revisión bibliográfica	El documento plasma las necesidades y dificultades que tienen los familiares de pacientes Covid-19, tanto en la toma de decisiones como en el proceso de duelo.
Hwee Poi C et al.	2020. Singapur.	Palliative Care in a COVID-19 Intensive Care Unit (ICU): Challenges and Recommendations for Palliative Care Teams in a Pandemic ICU	Caso clínico	Representa el caso de un paciente de 80 años ingresado en la UCI y los pasos a seguir para la integración de los cuidados paliativos en pacientes Covid-19.
Goveas JS et al.	2020. EEUU.	Grief and the COVID-19 Pandemic in Older Adults	Caso clínico	Mediante el caso de una mujer que ha perdido a su hermano por la Covid-19, se refleja el "nuevo" proceso de duelo que viven los familiares de estos pacientes.

Vallès-Fructuoso O et al.	2016. España	Perspectiva de los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos sobre la limitación del tratamiento de soporte vital	Estudio cualitativo	Se recoge la perspectiva y problemas planteados por el personal de enfermería de UCI a través de entrevistas.
Colenda C et al.	2020. EEUU	COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care	Editorial	Artículo que plasma cómo la Covid-19 está afectando a personas mayores y a nuestra sociedad en conjunto.
Clarfield M et al.	2020. Israel	Age, ageing, ageism and “age-itation” in the Age of COVID-19: rights and obligations relating to older persons in Israel as observed through the lens of medical ethics	Revisión bibliográfica	Este artículo analiza el efecto que tiene la Covid-19 sobre la población mayor de la sociedad y plantea propuestas para controlar las próximas olas de la enfermedad sobre este grupo poblacional.
Rosa WE et al.	2020. EEUU	Increasing Critical Care Nurse Engagement of Palliative Care During the COVID-19 Pandemic	Revisión bibliográfica	Este artículo recalca la importancia de la fusión de los cuidados paliativos y de los cuidados críticos, brindando a la comunidad enfermera recursos sobre cuidados paliativos y recomendaciones para brindar cuidados con un enfoque holístico al paciente.
Bruyneel A et al.	2020. Bélgica.	Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium	Estudio retrospectivo observacional	El estudio refleja las necesidades de cuidados enfermeros que requieren los pacientes Covid-19 ingresados en las UCI, además de los factores que influyen en el proceso enfermero.
Ruiz-Fernández MD et al.	2020. España.	Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain	Estudio transversal	El estudio evalúa el nivel de fatiga por compasión, burnout, satisfacción por compasión y estrés de profesionales sanitarios españoles durante la pandemia de Covid-19.

*Elaboración propia.*

**Tabla 2. Resultados de Cinahl**

CINAHL				
AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Shi M et al.	2020. China	Analysis of clinical features and outcomes of 161 patients with severe and critical COVID-19: A multicenter descriptive study	Estudio multicéntrico y retrospectivo	El estudio analiza la clínica y tratamiento de 161 pacientes críticos con Covid-19.

McKenna H.	2020. Reino Unido	Covid-19: Ethical issues for nurses	Editorial	El documento plasma dilemas éticos planteados a las enfermeras durante el proceso de cuidados a pacientes Covid-19.
Akgün K et al.	2020. EEUU	Communication strategies to mitigate fear and suffering among COVID-19 patients isolated in the ICU and their families	Editorial	El artículo proporciona una serie de recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios de las UCI para comunicarse con el paciente y con su familia.
Haas LEM et al.	2020. Holanda.	Should we deny ICU admission to the elderly? Ethical considerations in times of COVID-19	Carta	En el artículo se discute el uso de la edad para el tratamiento intensivo de los pacientes Covid-19.

*Elaboración propia.*

**Tabla 3. Resultados de SciELO**

SCIELO				
AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Loss SH et al.	2020. Brasil.	A pragmatic approach and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in intensive care unit	Revisión narrativa	La revisión plasma el tratamiento que requieren los pacientes que ingresan en las UCI por Covid-19.
Sampaio-Florêncio R et al.	2020. Brasil.	Palliative care amidst the COVID-19 pandemic: challenges and contributions	Revisión narrativa	El artículo analiza la implementación de los cuidados paliativos en el contexto de la pandemia provocada por el SARS-CoV-2.

*Elaboración propia.*

**Tabla 4. Resultados de Dialnet**

DIALNET PLUS				
AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Consuegra-Fernández M et al.	2020. España.	La soledad de los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas	Manuscrito.	El artículo analiza el proceso de final de la vida en pacientes Covid-29, la vulneración de sus derechos y plantea recomendaciones.

Pérez FM.	2016. España.	Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida	Revisión narrativa	La publicación resume el proceso de adecuación del esfuerzo terapéutico, contextualizándolo y analizando los diferentes tipos de AET.
-----------	---------------	---	--------------------	---

*Elaboración propia.*

**Tabla 5. Resultados de Lilacs**

LILACS				
AUTOR	AÑO Y PAÍS	TÍTULO	DISEÑO Y MUESTRA	CONCLUSIONES
Astudillo W et al.	2020.	Manejo clínico y paliativo del sufrimiento en la COVID-19	Revisión narrativa	El documento plasma el manejo del paciente Covid-19 tanto clínico como paliativo, además de la evaluación y triaje de estos, las principales comorbilidades asociadas y el alivio de síntomas.

*Elaboración propia.*