

# Fin de vida durante la pandemia. Perspectiva de los profesionales de la salud dedicados a la atención domiciliaria en cuidados paliativos en Colombia

Marta Ximena León-Delgado<sup>1</sup> , Ángela Rocío Acero-González<sup>2</sup> ,  
 Lina Angélica Buitrago-Reyes<sup>3</sup> , Luisa Fernanda Rodríguez-Campos<sup>4</sup> ,  
 Carmen Juliana Pino-Pinzón<sup>5</sup> , César Consuegra-Pareja<sup>6</sup> ,  
 Linda Lorena Cuenca-Anaconda<sup>7</sup> , Laura Vanessa González-Salazar<sup>7</sup> , Mariana Michelsen<sup>7</sup> 

<sup>1</sup> Jefe del Departamento de Anestesia, Dolor y Cuidados Paliativos, Profesora Titular Facultad de Medicina Universidad de la Sabana. Chía, Colombia. Cuidarte Tu Salud.

<sup>2</sup> Profesora Asociada, Grupo de Investigación Psiquiatría y Salud Mental, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

<sup>3</sup> Profesora Departamento de Estadística. Facultad de Ciencias. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Profesora Asistente Departamento de Anestesia, Dolor y Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

<sup>5</sup> Coordinación Médica Forja Empresas, Bogotá, Colombia.

<sup>6</sup> Investigación, Cuidarte Tu Salud, Bogotá, Colombia.

<sup>7</sup> Médica interna, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

## INFORMACIÓN ARTÍCULO

### Palabras clave

Cuidados paliativos al final de la vida;  
 Cuidados paliativos;  
 COVID 19;  
 Personal de salud,  
 Pandemias

**Recibido:** septiembre 30 de 2022

**Aceptado:** mayo 18 de 2023

### Correspondencia:

Ángela Rocío Acero-González; angela.acero@unisabana.edu.co Universidad de La Sabana. Campus del Puente del Común, Km. 7, Autopista Norte de Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia Edificio H.

**Cómo citar:** León-Delgado MX, Acero-González AR, Buitrago-Reyes LA, Rodríguez-Campos LF, Pino-Pinzón CJ, Consuegra-Pareja C, et al. Fin de vida durante la pandemia. Perspectiva de los profesionales de la salud dedicados a la atención domiciliaria en cuidados paliativos en Colombia. IATREIA [Internet]. 2024 Abr-Jun;37(2):163-174. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.228>



Copyright: © 2024  
 Universidad de Antioquia.

## RESUMEN

**Introducción:** la pandemia ocasionada por el virus COVID-19 ha tenido gran impacto a nivel social y sanitario. Dado el alto riesgo de contagio y de colapso del sistema de salud, se recurrió al aislamiento social, al empleo de elementos de protección personal y a un mayor uso de la telemedicina. Esto generó cambios en la dinámica de atención de los pacientes al final de la vida.

**Metodología:** este estudio transversal observacional identificó las experiencias del personal de atención domiciliaria al final de la vida y el impacto de la pandemia en el proceso de atención, así como en su calidad de vida y afecto. Se realizó una encuesta con la adaptación del cuestionario Care Of the Dying Evaluation (iCODE), se evaluó la calidad de vida con la pregunta 30 del EORTC QLQ y la evaluación del afecto con la escala PANAS.

**Resultados:** se caracterizó la experiencia en 131 pacientes fallecidos. Los profesionales refieren que hubo un adecuado esfuerzo terapéutico para el control del dolor, disnea y *delirium*. Adicionalmente, afirman que la pandemia obstaculizó el tratamiento en el 24% de los pacientes. La calidad de vida de los profesionales obtuvo una media de 6 puntos y el afecto predominante en estos fue positivo.

**Conclusiones:** los profesionales de salud de programas de atención domiciliaria consideran que la pandemia afectó el tratamiento de casi un cuarto de los pacientes en fin de vida, sin embargo, resaltan que estos recibieron un cuidado y control sintomático satisfactorios. Adicionalmente, consideran tener una adecuada calidad de vida.

# End-of-Life Care During the Pandemic. Perspectives from Healthcare Professionals in Home-based Palliative Care in Colombia

Marta Ximena León-Delgado<sup>1</sup> , Ángela Rocío Acero-González<sup>2</sup> ,  
 Lina Angélica Buitrago-Reyes<sup>3</sup> , Luisa Fernanda Rodríguez-Campos<sup>4</sup> ,  
 Carmen Juliana Pino-Pinzón<sup>5</sup> , César Consuegra-Pareja<sup>6</sup> ,  
 Linda Lorena Cuenca-Anaconda<sup>7</sup> , Laura Vanessa González-Salazar<sup>7</sup> , Mariana Michelsen<sup>7</sup> 

<sup>1</sup> Head of the Department of Anesthesia, Pain, and Palliative Care, Full Professor at the Faculty of Medicine, Universidad de La Sabana, Chia, Colombia. *Cuidarte Tu Salud*.

<sup>2</sup> Associate Professor, Psychiatry and Mental Health Research Group, Department of Mental Health, Faculty of Medicine, Universidad de La Sabana, Chia, Colombia.

<sup>3</sup> Professor, Department of Statistics, Faculty of Sciences, Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Anesthesia, Pain, and Palliative Care, Faculty of Medicine, Universidad de La Sabana, Chia, Colombia.

<sup>5</sup> Medical Coordination, Forja Empresas, Bogota, Colombia.

<sup>6</sup> Research, *Cuidarte Tu Salud*, Bogota, Colombia.

<sup>7</sup> Internal Medicine Physician, Universidad de La Sabana, Chia, Colombia.

## ARTICLE INFORMATION

### Keywords

COVID 19;  
 Health personnel;  
 Palliative care;  
 Pandemics;  
 Terminal care

**Received:** September 30, 2022

**Accepted:** May 18, 2023

### Correspondence:

Ángela Rocío Acero-González; [angela.acero@unisabana.edu.co](mailto:angela.acero@unisabana.edu.co) Universidad de La Sabana. Puente del Común Campus, Km. 7, North Highway of Bogotá. Chía, Cundinamarca, Colombia. Building H.

**How to cite:** León-Delgado MX, Acero-González AR, Buitrago-Reyes LA, Rodríguez-Campos LF, Pino-Pinzón CJ, Consuegra-Pareja C, et al. End-of-Life Care During the Pandemic. Perspectives from Healthcare Professionals in Home-Based Palliative Care in Colombia. *Iatreia* [Internet]. 2024 Apr-Jun;37(2):163-174. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.228>



Copyright: © 2024  
 Universidad de Antioquia.

## ABSTRACT

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has had a significant social and health impact. Given the high risk of contagion and the potential collapse of the healthcare system, strategies such as social isolation, the use of personal protective equipment, and an increased reliance on telemedicine were adopted. These measures altered the dynamics of end-of-life patient care.

**Methodology:** This observational cross-sectional study explored the experiences of home care staff providing end-of-life care and the impact of the pandemic on the care process, as well as on their quality of life and emotional well-being. A survey incorporating the adapted Care Of the Dying Evaluation (iCODE) questionnaire was conducted, alongside an assessment of quality of life using question 30 of the EORTC QLQ, and emotional well-being using the PANAS scale.

**Results:** The experiences of 131 deceased patients were characterized. Professionals reported adequate therapeutic efforts in managing pain, dyspnea, and delirium. Additionally, they noted that the pandemic impeded treatment in 24% of the patients. The average quality of life score for professionals was 6 points, with a predominantly positive affect reported.

**Conclusions:** Healthcare professionals in home-based care programs observed that the pandemic affected the treatment of nearly a quarter of end-of-life patients. Nonetheless, they highlighted that satisfactory symptomatic care and control were maintained. Additionally, they reported an adequate quality of life.

## INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 fue provocada el Sars Cov-2 (1). La rápida transmisión del virus por el mundo y la gravedad de la enfermedad en algunos de los pacientes generó un déficit en recursos estructurales y humanos y colapsó del sistema sanitario, lo que llevó a la declaración de pandemia por parte de la OMS. En diciembre del 2021, se habían reportado en el mundo cerca de 289 millones de casos de Covid-19 y 5.4 millones de muertes (2-3). Así mismo, en la fecha indicada, Colombia contaba con 130 mil muertes secundarias a la infección (4-6).

Alrededor del mundo se implementaron diferentes estrategias de contención de la enfermedad, como el aislamiento social, la restricción de la libre circulación en el territorio nacional, el uso obligatorio de máscaras faciales y el lavado de manos. En Colombia, mediante los decretos 417 (7) y 457 de marzo del 2020 (8), se declaró estado de emergencia y cuarentena estricta obligatoria, respectivamente. Estas medidas, y las circunstancias en las que vivía el país, impactaron la atención al final de la vida de pacientes con o sin infección por Covid-19, especialmente de aquellos con enfermedades crónicas.

Los estudios evidencian cómo la crisis sanitaria generada produjo un estado de *burnout* o sobrecarga del personal sanitario (9-11). En la misma línea, una revisión sistemática (12) encontró que los profesionales de atención de primera línea en COVID-19 presentaron un aumento en los niveles de depresión, ansiedad, estrés, insomnio y *burnout*.

En Colombia, los estudios sobre el estado del talento humano en salud previo a la pandemia mostraban que el 43% de los profesionales se encontraban contratados por prestación de servicios, tercerizados o en provisionalidad y el 22% recibían tardíamente el pago, con una deuda de entre 1 y 3 meses. Adicionalmente, el 45% refería haber sufrido modificaciones en sus condiciones laborales, como reducción de horas y sueldos (13).

Por otro lado, se estimaba que la prevalencia de *burnout* en los profesionales sanitarios era del 4,5% (14), con un agotamiento emocional hasta del 94% en médicos y un *burnout* cercano al 20% para enfermeros (15,16).

Sin embargo, no se encuentra en la literatura la perspectiva de los trabajadores de atención en fin de vida en la pandemia actual ni de su propio estado emocional. Esta investigación tiene como objetivo describir la perspectiva de los trabajadores en salud sobre esta etapa en la vida de los pacientes, así como la presencia de síntomas emocionales en los profesionales de salud de programas de atención domiciliaria en Colombia durante el primer año de la pandemia por COVID-19.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal observacional que hace parte del International Collaborative for Best Care for the Dying Person. Un proyecto diseñado en Países Bajos sobre experiencias de la muerte y el morir, desarrollado en 14 países de Europa, Asia y Latinoamérica, entre estos Colombia.

### Instrumentos

Se utilizó la adaptación del cuestionario internacional Care Of the Dying Evaluation (iCODE) (10), el cual contiene 45 preguntas divididas en tres partes: información sobre el paciente atendido; la percepción de la provisión de los cuidados y las circunstancias que rodearon la muerte del paciente e información sobre la salud y bienestar del profesional.

El profesional puntuó en una escala que va de uno a siete, donde uno representa una calidad de vida pobre y siete una excelente (pregunta 30 del EORTC QLC -European Organization for the

Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire, validado en el país) (17). Para la evaluación del afecto se utilizó la escala de PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) (18), validada en Colombia. Es una escala Likert que examina 10 afectos positivos y 10 negativos con una puntuación máxima de 50 para cada afecto, con lo cual determina el componente afectivo predominante.

## **Población**

Se invitó a participar en las encuestas a profesionales de salud de dos programas de atención domiciliaria de cuidados paliativos en Bogotá, los cuales atienden aproximadamente 400 pacientes oncológicos y no oncológicos y a sus familias, con cerca de 120 fallecidos al mes.

## **Recolección de la información**

Los participantes se convocaron telefónicamente y, tras la aceptación, se les asignó un código y se envió un enlace para que diligenciaran una encuesta. Las respuestas fueron almacenadas en una base de datos estructurada.

## **Análisis de la información**

Las variables cualitativas fueron analizadas por medio de frecuencias absolutas, relativas y relativas condicionales, mientras que las variables cuantitativas con medidas de tendencia central y variabilidad, de acuerdo con su distribución. Para explorar posibles asociaciones, se construyeron tablas a dos vías con las variables que se consideraron relevantes y con mayor impacto dentro del análisis.

## **Consideraciones éticas**

Este estudio tuvo la aprobación del Comité de Ética de la institución y se obtuvo consentimiento informado escrito de los participantes.

## **RESULTADOS**

Se caracterizó la muerte de 131 pacientes mediante la recolección de las encuestas auto-diligenciadas por 21 trabajadores de salud que hacían parte de programas de cuidado paliativo domiciliario en Bogotá. La muestra representa el 13,0% de los 1004 pacientes fallecidos durante el periodo de seguimiento.

### **Características de la población**

La mayoría de las encuestas fueron diligenciadas por médicos generales (116 encuestas), y el 61,9% de los encuestados eran mujeres (Tabla 1). Un participante contestó 26 encuestas, cuatro contestaron 10 encuestas o más y el excedente de participantes menos de 10 encuestas.

Los pacientes sobre los cuales se completaron las encuestas en su mayoría eran mujeres (59,5%). La mediana de la edad fue de 80 años (IQR 25.5). La mayoría de los pacientes no presentó infección por COVID-19 (93,1%), sino enfermedades crónicas no transmisibles.

En mayo del año 2020 se reportaron la mayoría de las muertes (27 pacientes, 20,6%), seguido de agosto del año 2020 (20 pacientes, 15,3%). La mayoría fallecieron en el domicilio (110, 84%).

**Tabla 1. Características de la población**

<b>Características de los trabajadores de la salud</b>		
<i>Género</i>	(N)	%
Mujer	13	61,9
Hombre	8	38,09
<b>Total</b>	21	100
<i>Rol de atención</i>	(N)	%
Médico general	116	88,55
Psicólogo	7	5,34
Trabajador social	5	3,81
Apoyo espiritual	2	1,52
<b>Total</b>	131	100%
<b>Características de los pacientes</b>		
<i>Edad</i>	(N)	%
0-19 años	1	0,76
20-29 años	3	2,29
30-39 años	4	3,05
40-49 años	7	5,34
50-59 años	13	9,92
60-69 años	16	12,21
70-79 años	21	16,03
80-89 años	35	26,72
90-99 años	28	21,37
>100 años	3	2,29
<b>Total</b>	131	100%
<i>Género</i>	(N)	%
Mujer	78	59,46
Hombre	53	40,46
<b>Total</b>	131	100
<i>Lugar de residencia</i>	(N)	%
Bogotá	113	86,26
Cundinamarca	18	13,74
<b>Total</b>	131	100
<i>Enfermedad</i>	(N)	%
Oncológica	66	50,38
No oncológica	65	49,62
<b>Total</b>	131	100
<i>Enfermedad no oncológica</i>	(N)	%
Enf. cardiopulmonar	39	60
Enf. SNC	18	27,69
Enf. hepática	4	6,1
<b>Total</b>	65	100

SNC: Sistema Nervioso Central  
 Fuente: elaboración propia

## Provisión de cuidados

Para los participantes, la mayoría de los pacientes contaron con los aspectos necesarios para su cuidado, entre ellos, que el lugar en el que se encontraban proporcionó comodidad (85,5%) y privacidad (84,7%). Adicionalmente, percibieron que las necesidades de atención para el cuidado de los pacientes por parte del servicio de enfermería (90,1%) y servicio médico (99,2%) fueron satisfechas. En el 93,9% de las encuestas se refiere suficiente tiempo dedicado por los profesionales para hablar con las familias sobre tratamiento y pronóstico de los pacientes.

El principal síntoma fue el dolor (60,3%), seguido de la disnea (59,5%) y por último el *delirium* (40,5%) (Tabla 2), con una percepción de adecuado esfuerzo para su control del 75,6%, 66,4% y 48,1% respectivamente.

**Tabla 2. Control de los síntomas**

Presentación de síntomas		
<i>Dolor</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	10	7,63
Sí, algunas veces	69	52,67
No, no parecía tener dolor	52	39,69
<b>Total</b>	131	100
<i>Disnea</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	17	12,98
Sí, algunas veces	61	46,56
No, no parecía tener disnea	53	40,46
<b>Total</b>	131	100
<i>Delirium</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	9	6,87
Sí, algunas veces	44	33,59
No, no parecía tener <i>delirium</i>	78	59,54
<b>Total</b>	131	100
Esfuerzos para control de los síntomas		
<i>Dolor</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	78	59,54
Sí, algunas veces	21	16,03
No aplicable	32	24,43
<b>Total</b>	131	100
<i>Disnea</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	63	48,09
Sí, algunas veces	24	18,32
No aplicable	44	33,59
<b>Total</b>	131	100
<i>Delirium</i>	(N)	%
Sí, todo el tiempo	46	35,11
Sí, algunas veces	17	12,98
No aplicable	68	51,91
<b>Total</b>	131	100

Fuente: elaboración propia

En relación con la reorientación del esfuerzo terapéutico, el 60,3% de los médicos lo discutió con la familia. Las principales medidas conversadas fueron la no reanimación en 15 pacientes (19%), y la no reanimación más no ingreso a hospitalización 15 (19%).

Las motivaciones más comunes para la discusión y toma de decisiones respecto al esfuerzo terapéutico estuvieron basadas en que los tratamientos para las enfermedades de base eran fútiles dada la condición médica de los pacientes.

El 24,4% de profesionales consideró que la atención médica y tratamiento recibido por los pacientes se vio afectado por la pandemia (Tabla 3).

**Tabla 3. Decisiones sobre el cuidado y tratamiento**

<b>Reorientación del esfuerzo terapéutico</b>		
	(N)	%
Sí	79	60,31
No, esto no fue discutido	5	3,82
No, el paciente recibiría tratamiento	41	31,30
No se	6	4,58
<b>Total</b>	131	100
<b>Limitación del tratamiento por COVID 19</b>		
	(N)	%
Sí, definitivamente	7	5,34
Sí, probablemente	25	19,08
Definitivamente no	72	54,96
Probablemente no	27	20,61
<b>Total</b>	131	100

Fuente: elaboración propia

Desde la percepción de los profesionales, el apoyo emocional brindado por el equipo de salud al paciente fue adecuado en 126 casos (96,2%); y el apoyo espiritual también fue adecuado para 114 participantes (87,0%) (Tabla 4).

En la mayoría de los casos (88,6%) se informó al paciente y/o familiares que era probable que muriese pronto y, en un número importante de casos, se permitieron las visitas (65,6%).

**Tabla 4. Apoyo emocional y espiritual**

<b>Apoyo religioso y espiritual por parte del equipo de salud</b>		
	(N)	%
De acuerdo	43	32,82
En desacuerdo	3	2,29
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14	10,69
Totalmente de acuerdo	71	54,20
<b>Total</b>	131	100
<b>Apoyo emocional por parte del equipo de salud</b>		
	(N)	%
Sí, definitivamente	86	65,65
Sí, probablemente	40	30,53
Definitivamente no	1	0,76
Probablemente no	3	2,29
No sé	1	0,76
<b>Total</b>	131	100

Fuente: elaboración propia

Para aquellos pacientes a los que se les limitó las visitas, se realizó contacto virtual en 73 (59,8%). Para los profesionales de salud, el lugar donde sus pacientes fallecieron fue apropiado en un 80,2%, adicionalmente, ellos califican estas muertes como esperadas (53,4%) y tranquilas (67,9%) (Tabla 5).

**Tabla 5. Circunstancias que rodearon la muerte del paciente**

<b>Comunicación de una muerte pronta</b>		
	(N)	%
No	9	6,87
Sí	113	88,55
No sé	6	4,58
<b>Total</b>	131	100
<b>Se permitieron visitas a los familiares</b>		
	(N)	%
No se permitieron visitas	45	34,35
Sí, con limitación # personas	15	11,45
Sí, con limitación # personas y tiempo	3	2,29
Sí, con limitación tiempo	1	0,76
Sí, sin limitación	67	51,14
<b>Total</b>	131	100
<b>Oportunidad de comunicación vía virtual</b>		
	(N)	%
No	49	40,16
Sí, con instalaciones dadas	33	27,05
Sí, sin instalaciones dadas	40	32,79
<b>Total</b>	131	100
<b>Murió en el lugar adecuado</b>		
	(N)	%
No estoy seguro	16	12,21
No sé	4	3,05
No, no era el lugar adecuado	6	4,58
Sí, era el lugar adecuado	105	80,15
<b>Total</b>	131	100
<b>Cómo fue el momento de la muerte del paciente</b>		
Esperado	70	53,44
Finalmente	18	13,74
Inesperado	15	11,45
Rápido	19	14,50
Repentino	9	6,87
<b>Total</b>	131	100

Fuente: elaboración propia

## Salud y bienestar de los trabajadores de la salud

El 37,1% de los participantes calificaron su calidad de vida como buena. La mediana de calificación de ésta fue de 6 sobre 7 (IQR 1). El afecto, evaluado mediante la escala PANAS, tuvo un resultado

para afecto positivo con una mediana de 39 puntos (IQR 6), y para afecto negativo una mediana de 17 puntos (IQR 9). Dentro del afecto positivo, el estado que menos puntaje recibió fue “orgullosa” con una mediana de 3 (IQR 1); en el afecto negativo los estados que más puntajes recibieron fueron “angustiado, irritable, nervioso y tensionado” todos con una mediana de respuesta de 2.

## DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó la experiencia de fin de vida desde la perspectiva de los profesionales de salud de equipos de atención domiciliaria durante la pandemia por SARS-CoV-2. Con relación a la provisión de la atención, los profesionales de la salud perciben un adecuado cuidado brindado tanto en la parte médica como por enfermería. Lo anterior contrasta con los estudios realizados en hogares de cuidado, en los cuales se encuentra que la atención médica se vio interrumpida de forma abrupta y fue afectada negativamente por la pandemia (10,19,20). Sin embargo, en los domicilios, como en nuestro caso, y hospicios especiales, se describe una atención adecuada e incluso favorecida (10).

En la misma línea, se reporta en la literatura que en pacientes con COVID se alteró de forma más notoria la prestación de los cuidados médicos en comparación con pacientes con enfermedades crónicas, como la mayoría de la población atendida de este estudio (10), lo que concuerda con nuestros hallazgos.

En cuanto a los síntomas, la percepción de adecuado esfuerzo para control sintomático fue alto en dolor y disnea, que fueron los más prevalentes. En cambio, fue menor en *delirium*, lo cual puede justificarse en que es un síntoma rara vez tratado por médicos inexpertos en el tema, al igual que los medicamentos utilizados para su manejo. Lo anterior representa un reto para su identificación y control (21).

Los profesionales de los programas domiciliarios de este estudio consideran que la pandemia afectó el modo o la calidad de tratamiento de casi un cuarto de los pacientes en etapa final de la vida, lo cual ha sido descrito en varios estudios en cuanto a la forma de atención, los recursos disponibles, la comunicación, etc. (22).

Con respecto a la calidad de vida, los participantes reportan una mediana en la calidad de vida de 6 en el EORT QL y un predominio del afecto positivo en la escala PANAS. Estos hallazgos muestran una diferencia significativa con estudios sobre *burnout* realizados en otros países (23-25), en los cuales se ha evidenciado un aumento significativo del *burnout* en los trabajadores de salud, especialmente en médicos. Lo anterior se manifiesta, principalmente, por aumento de la prevalencia de depresión, agotamiento y disminución en la resiliencia.

Dentro de las condiciones que más ansiedad han causado a los profesionales en salud, se encuentran la incapacidad para obtener una adecuada protección, la exposición a sitios vulnerables y el riesgo de contagio, el miedo a transmitir la infección a los compañeros de trabajo y a sus familias, un patrón de sueño irregular a raíz de las jornadas laborales, la falta de capacitación y la carencia de habilidades para afrontar problemas personales y profesionales derivados de la pandemia (26).

Un estudio realizado en Italia evidenció una reducción del 22,8% de *burnout* con respecto a lo encontrado en 2016 en profesionales de cuidado paliativo con una disminución en la presencia de despersonalización y un aumento de la satisfacción personal. Sin embargo, se encontró un aumento en la morbilidad psicológica del 29,6% (27). En nuestro contexto, el estudio de Tovar *et al.*, realizado en profesionales de enfermería encontró que el 40% de los participantes manifestaron presentar cansancio emocional (28).

Nuestros hallazgos sobre la calidad de vida de los profesionales de la salud podrían relacionarse con varios aspectos. Por un lado, que los participantes atendieron principalmente población con

condiciones crónicas, la mayoría de ellos con un periodo largo en los programas domiciliarios, lo que podría mejorar la percepción de la calidad de la atención y la relación trabajador de salud-paciente. Adicionalmente, la comunicación con la familia en torno al estado de salud del paciente, y el establecimiento de medidas de direccionamiento terapéutico, como no reanimación y no traslado a sala de hospitalización, no se percibió afectada. Los profesionales percibieron que el sitio de muerte fue el adecuado, el momento de muerte esperado y que hubo buen control sintomático, lo cual puede generar satisfacción con su trabajo, así como una mejor percepción de la calidad de vida.

Adicionalmente, Rosenberg *et al.* (29) encontraron no solo factores de estrés asociados al ejercicio profesional, sino además beneficios personales y laborales como un mayor balance entre la vida intra y extralaboral y aprendizajes sobre qué es lo verdaderamente importante.

### Fortalezas y limitaciones

Este estudio realiza por primera vez en el país una descripción detallada de la experiencia de fin de vida durante la pandemia, dentro del marco de programas de atención domiciliaria de cuidados paliativos, utilizando un instrumento estructurado, validado y usado en estudios previos.

Sin embargo, dentro de las limitaciones evidenciadas se encuentra la pequeña muestra de pacientes que murieron por COVID-19, ya que la gran mayoría de los pacientes presentaban enfermedades oncológicas, seguido de otras enfermedades crónicas no transmisibles.

### CONCLUSIONES

La pandemia por COVID-19 ha generado un gran impacto en la dinámica de vida cotidiana de la población, así como también un colapso en los sistemas sanitarios, especialmente en los servicios de urgencias y cuidado intensivo.

Los profesionales de salud de programas de atención domiciliaria participantes de este estudio consideran que la pandemia afectó el modo o la calidad de tratamiento de casi un cuarto de los pacientes, sin embargo, resaltan que estos recibieron un adecuado cuidado y control sintomático en la etapa final de la vida.

Adicionalmente, los participantes consideran tener una adecuada calidad de vida, manteniendo su estado anímico predominantemente con afecto positivo según la escala PANAS.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### REFERENCIAS

1. Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Lorenzo GD, Marco AD, Rossi A, et al. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2020;3(5):e2010185. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.10185>
2. Mathieu E, Mathieu H, Rodés-Guirao L, Appel C, Giattino C, Hasell J, et al. Coronavirus (COVID-19) Cases - Statistics and Research - Our World in Data [Internet]. [consultado 2022 jan 8]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-cases>
3. World Health Organization. Situation by Region, Country, Territory & Area [Internet]. 2021 [consultado 2022 Jan 8]. Disponible en: <https://covid19.who.int/table?tableDay=yesterday&tableChartType=heat>

4. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Deaths - Statistics and Research [Internet]. [consultado 2021 Jul 30]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>
5. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. [cited 2021 Jul 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Covid.aspx>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/default.aspx>
7. Congreso De La República De Colombia. Decreto 417 17 Mar 2020. Minist Protección Soc [Internet]. 2020;16. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 417 DEL 17 DE MARZO DE 2020.pdf>
8. Congreso De La República De Colombia. Decreto 547 de la República de Colombia [Internet]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200547%20DE%201996.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200547%20DE%201996.pdf)
9. Hanna JR, Rapa E, Dalton LJ, Hughes R, Quarmby LM, McGlinchey T, et al. Health and social care professionals' experiences of providing end of life care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2021;35(7):1249-1257. <https://doi.org/10.1177/02692163211017808>
10. Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HRW, Korffage IJ, Witkamp E, Zee M, van Lent LGG, et al. Dying in times of the coronavirus: An online survey among healthcare professionals about end-of-life care for patients dying with and without COVID-19 (the CO-LIVE study). *Palliat Med* [Internet]. 2021;35(5):830-42. <https://doi.org/10.1177/02692163211003778>
11. Romero CS, Delgado C, Catalá J, Ferrer C, Errando C, Iftimi A, et al. COVID-19 psychological impact in 3109 healthcare workers in Spain: The PSIMCOV group. *Psychol Med* [Internet]. 2020;52(1):188-194. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001671>
12. Danet-Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021;156(9):449-58. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.009>
13. Contraloría General de la República. Encuesta de la Contraloría a personal de la salud confirma falta de implementos de seguridad y desventajosas condiciones laborales. Sala de prensa. Comunicado de prensa 087, julio 2020. Disponible en: <https://www.contraloria.gov.co/es/w/encuesta-de-la-contralor%C3%ADa-a-personal-de-la-salud-confirma-falta-de-implementos-de-seguridad-y-desventajosas-condiciones-laborales>
14. Linares-Parra GD, Guedez-Salas YS. Síndrome de burnout enfermedad invisible entre los profesionales de la salud. *Aten Primaria* [Internet]. 2021;53(5):102017. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102017>
15. Maguiña-Vargas C, Gastelo-Acosta R, Tequen-Bernilla A. El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2020;31(2):125-31. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>
16. Epicrisis. La salud mental y síndrome de burnout en los médicos [Internet]. 2019 [consultado 2021 Jul 30]. Disponible en: <https://epicrisis.org/2019/01/01/la-salud-mental-y-sindrome-de-burnout-en-los-medicos/>
17. Sánchez-Pedraza R, Valdelamar-Jiménez A. Validación para utilización en Colombia de la escala EORTC QLQ C-30 para evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2020;24(2):61-71. <https://doi.org/10.35509/01239015.128>
18. Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed MA, Valiente RM. Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema* [Internet]. 1999;11(1):37-51 Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7556>
19. Das S, Singh T, Varma R, Arya YK. Death and Mourning Process in Frontline Health Care Professionals and Their Families During COVID-19. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021;12:624428. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624428>
20. Spacey A, Porter S, Michele Board, Scammell J. Impact of the COVID-19 pandemic on end of life care delivery in care homes: A mixed method systematic review. *Palliat Med*. 2021;35(8):1468-79. <http://dx.doi.org/10.1177/02692163211029806>
21. Sutherland M, Stilos KK. Evaluating the Pharmacological Management of Terminal Delirium in Imminently Dying Patients With and Without the Comfort Measure Order Set. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2019;21(5):430-437. <http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0000000000000585>

22. Ben-Jacob TK, Peterson LN. Drastic changes in the practice of end-of-life care during the COVID-19 pandemic. *J Crit Care* [Internet]. 2022;67:195-197. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2021.09.019>
23. Silva-Gomes RN, Silva-Gomes VT. Pandemia de la COVID-19: síndrome de Burnout en profesionales sanitarios que trabajan en hospitales de campaña en Brasil. *Enferm Clin* [Internet]. 2021;31(2):128-129. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.011>
24. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021;157(3):130-140. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.003>
25. Miguel-Puga JA, Cooper-Bribiesca D, Avelar-Garnica FJ, Sanchez-Hurtado LA, Colin-Martínez T, Espinosa-Poblano E, et al. Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain Behav* [Internet]. 2021;11(3):e02007. <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.2007>
26. Lozano-Vargas A. El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet] 2021;84(1):1. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>
27. Varani S, Ostan R, Franchini L, Ercolani G, Pannuti R, Biasco G, et al. Caring Advanced Cancer Patients at Home During COVID-19 Outbreak: Burnout and Psychological Morbidity Among Palliative Care Professionals in Italy. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021;61(2):e4-e12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.11.026>
28. Tovar-Sandoval Y, Tijero-Perico EA, Rodríguez-Franky RN, Riaño-Useche LL. Percepción del Burnout en el personal de enfermería durante el Covid -19 en Ibagué, Colombia [Tesis]. Bogotá; Universidad EAN. 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10882/10821>
29. Rosenberg AR, Weaver MS, Fry A, Wiener L. Exploring the Impact of the Coronavirus Pandemic on Pediatric Palliative Care Clinician Personal and Professional Well-Being: A Qualitative Analysis of U.S. Survey Data. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2021;61(4):805-811. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.037>