



CUIDADOS

El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso



Regina Allande Cussó^{a,b,c,*}, Carmen Navarro Navarro^a y Ana María Porcel Gálvez^{b,c}

^a Unidad de Urgencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

^c Grupo PAIDI-CTS 1050 «Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud», Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Recibido el 4 de mayo de 2020; aceptado el 11 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 23 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Humanización de la atención;
Plan de cuidados;
COVID-19

KEYWORDS

Humanization of assistance;
Nursing care;
COVID-19

Resumen La población mundial está sufriendo una pandemia por infección del virus SARS-CoV-2, que provoca la COVID-19. En España, la tasa de crecimiento de la epidemia es del 6,79% desde la activación del estado de alarma y un porcentaje de defunciones del 9,07% del total de infectados. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad para profesionales de la salud en contacto con personas infectadas, o sospecha de ello, incluyen la colocación de dispositivos de protección individual (mascarilla FFP2, guantes, bata impermeable, gorro y gafas protectoras o pantalla). Con todo este material colocado, el contacto directo se diluye, y es necesario reflexionar acerca de la humanización de los cuidados enfermeros a las personas en situación agónica infectadas por COVID-19, a propósito de un caso. La pretensión es la puesta en valor del pensamiento enfermero para salvar esa distancia y mantener unos cuidados lo más humanos y cercanos posible al final de la vida.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Humanized care in a death for COVID-19: A case study

Abstract The world population is experiencing a pandemic due to infection with the SARS-CoV-2 virus, which causes the COVID-19 disease. In Spain, the growth rate of the epidemic is 6.79% since the alarm activation with 9.1% of deaths of the total infected. Recommendations of the National Government to prevent health professional contagion include the placement of personal protection devices (FFP2 mask, gloves, waterproof gown, hat, and protective glasses or screen). Once healthcare professionals are using protective equipment, it is necessary to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rallande@us.es (R. Allande Cusso).

argue about the humanization of nursing caring in people suffering dying situation, who are infected with COVID-19, regarding a clinical case. The aim is to enhance nursing thinking to bridge that distance, and maintain care as human and close as possible, at the end of life.
© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La población mundial está sufriendo una pandemia por infección del virus SARS-CoV-2, que provoca la enfermedad llamada COVID-19. En España, la cifra de infectados supera los 100.000, con una tasa de crecimiento de la epidemia del 6,79% desde la activación del estado de alarma y un tiempo de duplicación de los casos de 10,2 días. Consecuentemente, el porcentaje de defunciones es del 9,1% del total de infectados, con una cifra por encima de 10.000 casos, con un porcentaje de ocupación de camas en Unidades de Cuidados Intensivos y de hospitalización por casos de COVID-19 mayor del 80%¹. Concretamente, en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Urgencias del Adulto del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla) han disminuido un 69,67% los episodios de urgencias relacionados con las enfermedades, hasta ahora, más prevalentes (infarto agudo de miocardio, accidente vascular cerebral, traumatismos, neutropenias y procesos quirúrgicos, entre otros) desde la entrada en vigor del estado de alarma². Así mismo, la UGC de Urgencias del Adulto implementó, a finales del mes de febrero del 2020, un doble circuito interno de pacientes; esto es, aquellas personas con semiología respiratoria o fiebre mayor de 37 °C eran atendidos en un área específica, destinada solamente al diagnóstico precoz de COVID-19. Entendemos que esto, junto con el resto de medidas higiénicas, ha posibilitado que la tasa actual de profesionales infectados en la UGC de Urgencias del Adulto del Hospital Virgen del Rocío sea del 0%^{2,3}.

Por otro lado, los casos atendidos en esta área específica, dadas las características fisiopatológicas de la COVID-19 y las medidas de seguridad para los propios profesionales sanitarios, requieren más recursos físicos y humanos. Esta situación epidemiológica ha provocado una crisis sanitaria que se ha traducido en la necesidad de reorganización funcional inmediata de las unidades de Urgencias y Cuidados Críticos de todos los hospitales nacionales, afectando al resto de los servicios y a la dotación de profesionales sanitarios^{3,4}.

Con relación a los fallecimientos por COVID-19, o con sospecha de infección, los cuidados de enfermería a personas en situación de agonía han sufrido cambios protocolizados, en aras de garantizar la protección de la salud pública y del personal sanitario que los ejecuta⁵. Las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, adaptadas a protocolos urgentes de aplicación en los hospitales nacionales, indican que es necesaria la colocación de los dispositivos de protección individual (EPI) (guantes, mascarilla FFP2, gafas o pantalla protectora y bata impermeable) para entrar en

contacto o administrar cuidados a las personas con sospecha de infección^{3,6}. La colocación de estos equipos de protección tiene como objetivo evitar drásticamente el contacto directo con las personas afectadas durante todo el proceso de atención sanitaria, en aras de frenar la propagación del virus⁴. De igual forma, si acontece el deceso, el cuerpo sin vida será tratado con las mismas recomendaciones, añadiendo además que no deben retirarse los dispositivos invasivos colocados (sondas, catéteres, tubos endotraqueales o drenajes) ni el aspirado de secreciones para evitar aerosoles ambientales^{5,6}. Así mismo, en la medida de lo posible, se facilitará la entrada de un solo familiar, equipado con los dispositivos de seguridad, pero en ningún caso podrá entrar en contacto directo con la persona fallecida y se mantendrá como mínimo a un metro de distancia de la misma⁶. Estas mismas medidas ya fueron indicadas y protocolizadas durante el brote epidémico por el virus del Ébola en 2014⁷. No obstante, una revisión sistemática avalada por el Instituto Joanna Briggs recoge, con un grado de recomendación A, que las medidas de seguridad para evitar contagios entre los profesionales de la salud son la higiene de manos exhaustiva, el uso de mascarilla FFP2 y gafas protectoras o pantallas⁸.

Desde un punto de vista disciplinar, los cuidados enfermeros al paciente en situación agónica consisten en una atención integral que contempla las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Las intervenciones van en la línea de mejorar la calidad de vida, proporcionar comodidad, bienestar físico, pero también comodidad, bienestar espiritual. El dolor, el miedo, la soledad y la percepción del sufrimiento familiar son algunas de las características físicas y emocionales de las personas agónicas. Así mismo, el apoyo familiar es necesario para facilitar el proceso de duelo; la familia es también objeto de cuidados⁹.

En este sentido, a lo largo de la historia de la Enfermería, numerosas perspectivas teóricas han considerado a la persona, en todo su ser y espíritu, como objeto clave del cuidado enfermero. Así, Paterson, Zderad y Katie Erikson desarrollaron sus teorías enfermeras con aportaciones humanistas. Eso es, la comprensión del otro como persona que siente y que necesita ser comprendido, mediante actitudes y comportamientos como la presencia, la empatía y la escucha activa¹⁰. Una evolución de estas teorías, que destaca por su amplio desarrollo basado en una extensa evidencia científica, es la teoría del cuidado humano de Jean Watson, como máximo exponente de los cuidados humanizados en enfermería. Todos los factores de cuidado que propone en su teoría giran en torno del cuidado de la persona y su contexto social, desde un punto de vista integral¹¹.

Con todo ello, con la aplicación de las medidas de actuación protocolizadas para la atención a personas en situación agónica, infectadas por el virus SARS-CoV-2 o sospecha de ello, cabe discutir, desde una perspectiva paradigmática, los cuidados enfermeros prestados en este escenario, a propósito de un caso.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 81 años que ingresa en la Unidad de Observación de Urgencias del área específica de atención a pacientes con semiología respiratoria y presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria compatible con infección por el virus SARS-CoV-2. Dada la urgencia de la situación se realiza una valoración enfermera focalizada, mediante los patrones funcionales de Gordon *nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, y cognitivo-perceptivo*, según el modelo teórico de Jean Watson, con estricto cumplimiento del protocolo de seguridad del hospital^{3,10}. Presenta piel íntegra, aunque se observa acrocianosis, con una puntuación en la escala EMINA de 9 puntos (alto riesgo).

Los signos vitales son: presión arterial 100/55 mmHg, frecuencia cardíaca 115 pulsaciones por minuto, 32 respiraciones por minuto, temperatura 37,3 °C, y SatO₂ 80%, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y asma. El diagnóstico médico de sospecha es neumonía secundaria a infección por SARS-CoV-2 y se prescribe sueroterapia, oxigenoterapia con mascarilla reservorio (sobre la que se coloca una mascarilla quirúrgica), inhaladores y antibioterapia empírica ante la presencia de condensación pulmonar. Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Críticos, Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC), los médicos no la conectaron a la ventilación mecánica no invasiva, pues está desaconsejada en este caso dadas la comorbilidad y la edad de la paciente¹².

El resultado de la reacción en cadena de la polimerasa para el virus Sars-Cov-2 es positivo y a pesar del tratamiento y los cuidados administrados, así como las intervenciones implementadas, la situación hemodinámica de la paciente empeora a lo largo de las 4 h siguientes, por lo que, tras la reevaluación enfermera focalizada en los patrones de *rol-relaciones y cognitivo-perceptivo*, se modifica el plan de cuidados. En la [tabla 1](#) se recogen los cuidados enfermeros para la interrelación de diagnósticos, criterios de resultado e intervenciones¹³⁻¹⁵.

La familia es informada telefónicamente del pronóstico de la paciente por parte del equipo médico, que responde exhaustivamente a las dudas y las preocupaciones que manifiestan los familiares. Así mismo, dado que la paciente se encuentra ingresada en una unidad en la que hay más personas en la misma situación, con el objetivo de evitar la transmisión de la infección se informa a la familia de la imposibilidad de acompañamiento a la paciente durante el proceso, en cumplimiento del protocolo que establecen las autoridades sanitarias^{3,6}.

Para facilitar el *Apoyo a la familia (7140)*, la enfermera responsable de la paciente interviene llamando a la misma. En esta actuación se clarifican las intervenciones enfermeras que se están llevando a cabo, su objetivo, los resultados que se esperan y el proceso de acompañamiento que se está

desarrollando. Así mismo, se abordan dudas e inquietudes, en definitiva, se intenta facilitar el futuro proceso de duelo ante una muerte, a priori, no esperada y sobrevenida por una crisis epidémica.

Por otro lado, el abordaje de los *Cuidados en la agonía* y el *Apoyo espiritual (5260 y 5420, respectivamente)* es complejo debido al uso de los EPI, que impiden el contacto con la paciente. En estas circunstancias, el proceso de acompañamiento en los últimos momentos se desarrolla estando presente, pero de forma verbal, sin contacto directo. Así, la distancia requerida para evitar el contagio, además del uso de mascarilla y gafas/pantallas protectoras dificultan la comunicación con la paciente, limitan su percepción de nuestra presencia y deshumanizan en cierta medida el proceso de acompañamiento. A pesar de ello, buscando minimizar la distancia emocional y espiritual, se dirigen palabras de apoyo y consuelo a la paciente, recordándole que no está sola y que su familia está pensando y cuidando de ella, aun en la lejanía.

Discusión

La insuficiencia respiratoria y la febrícula, en el momento de ingreso de la paciente en la UGC de Urgencias del Adulto del Hospital Universitario Virgen del Rocío, fueron los criterios que marcaron su admisión en el circuito específico de atención a personas con semiología respiratoria compatible con infección por el virus SARS-CoV-2, en seguimiento del protocolo interno de la UGC³. Esta medida, que ya fue aplicada en esta UGC a finales de febrero del 2020, ha supuesto un aumento en la seguridad del paciente, evitando contagios innecesarios, y también la del personal sanitario. Así, la tasa actual de contagios entre profesionales sanitarios en dicha UGC es del 0%².

Dada la situación de salud de la paciente, se realizó una valoración enfermera focalizada, tomando como modelo teórico la *teoría del cuidado humano* de Jean Watson. En este caso, cobra especial importancia el factor de cuidado 10, orientado al cuidado de las necesidades espirituales de la persona, si tenemos en cuenta la evolución clínica de la paciente¹⁰. La continuidad de los cuidados, con la evaluación mediante el razonamiento clínico que guía la práctica enfermera, posibilitó detectar un nuevo diagnóstico *00067 Riesgo de sufrimiento espiritual* con una nueva planificación de cuidados¹⁶.

Para hacer frente al *Riesgo de sufrimiento espiritual*, toman protagonismo las intervenciones 5260 *Cuidados en la agonía*, que especifica aquellos cuidados físicos y para la paz psicológica en la fase final de la vida, y el 5420 *Apoyo espiritual*. Por otro lado, para la familia, se implementa el 7140 *Apoyo a la familia*^{13,15}. En este sentido, la enfermera debería llevar a cabo un proceso de acompañamiento, caracterizado por la escucha activa, la presencia, el contacto, y el manejo de síntomas, buscando el bienestar de la persona. Además, la NIC 7140 *Apoyo a la familia*, de forma directa, para evitar procesos de duelo patológico, es también una intervención enfermera en estos procesos⁹. Todo ello responde a la consideración disciplinar de la persona como ser bio-psico-social y a la necesidad de involucrar en el cuidado el contexto social, en este caso, la familia. No obstante,

Tabla 1 Interrelación entre etiquetas NANDA, NOC y NIC presentada tras valoración focalizada al ingreso de la paciente

NANDA	Objetivos	NOC	NIC	Actividades
Valoración focalizada al ingreso				
00030 Deterioro del intercambio de gases	Evitar complicaciones asociadas a la insuficiencia respiratoria	0403 Estado respiratorio: ventilación Indicadores: 40309 Utilización de los músculos accesorios (ingreso: 3 moderado; 4 h después: 1 grave) 40310 Ruidos respiratorios patológicos (ingreso: 3 moderado; 4 h después: 1 grave) 0407 Perfusión tisular: periférica Indicadores: 40743 Palidez (ingreso: 3 moderado; 4 h después: 1 grave)	3320 Oxigenoterapia 2300 Administración de medicación 6680 Monitorización de signos vitales 7820 Manejo de muestras 2300 Administración de medicación 0840 Cambio de posición 3590 Vigilancia de la piel	Control exhaustivo signos vitales Colocación reservorio con mascarilla quirúrgica protectora Toma de muestra de exudado nasofaríngeo para PCR Administración tratamiento médico prescrito: vía intravenosa e inhalatoria Posición semisentada, aunque modificando puntos de apoyo óseos Observación directa perfusión de la piel y presencia de lividesces Cambio de puntos de apoyo óseos mediante almohadas Control de humedad
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Evitar la aparición de úlceras por presión	1110 Integridad tisular: piel y membranas Indicadores: 110113 Integridad tisular (ingreso: 5 no comprometido; 4 h después: 5 no comprometido)	3540 Prevención úlceras por presión 0840 Cambio de posición	
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	Realizar un sondaje vesical para facilitar la eliminación urinaria y el control de la diuresis	0503 Eliminación urinaria Indicadores: 50301 Patrón de eliminación (ingreso: 2 levemente comprometido; 4 h después: 4 moderadamente comprometido)	0580 Sondaje vesical 4130 Monitorización de líquidos	Insertión estéril de catéter urinario Manejo del catéter Control de diuresis horaria
Valoración focalizada 4 h después				
00067 Riesgo de sufrimiento espiritual	Implementar los cuidados necesarios para evitar el sufrimiento y la incomodidad de la paciente	2007 Muerte confortable Indicadores: 200712 Sufrimientos (3 moderado; 5 ninguno)	5260 Cuidados en la agonía 5420 Apoyo espiritual 7140 Apoyo a la familia	Administración de fármacos prescritos Escucha activa y presencia Conversación Contacto indirecto

la colocación de todos los dispositivos de protección individual (mascarilla FFP2, bata impermeable, guantes, gafas o pantalla), así como la distancia que debe tomarse con las personas infectadas por el virus SARS-CoV-2^{3,4}, dificulta este proceso de acompañamiento emocional y espi-

ritual. De igual forma, las familias no pueden estar presentes en esas últimas horas y la persona agónica tampoco puede despedirse.

Cabe decir que la evidencia científica recomienda tomar estas medidas y su cumplimiento es indiscutible, en aras

de garantizar la salud pública⁸. Poco puede discutirse al respecto, pues el objetivo final para frenar la crisis epidémica es evitar la propagación del virus⁴. Así mismo, la decisión médica de limitar el esfuerzo terapéutico, sin implementar ventilación mecánica invasiva ni otras medidas, responde a las recomendaciones bioéticas para la toma de decisiones de la SEMICYUC; en ellas, se especifica que pacientes a partir de 80 años, con comorbilidades previas, serán subsidiarios de dispositivos de oxigenación del tipo reservorio y no de ventilación mecánica no invasiva, en casos confirmados de COVID-19¹².

Es aquí, con todo lo expuesto, donde nace la pregunta disciplinar acerca de la humanización de los cuidados enfermeros a personas en situación de agonía, infectadas o con sospecha de ello. No hay contacto directo y los dispositivos de protección individual dificultan la escucha activa. Surge también la cuestión ética y moral respecto al proceso de muerte en estos casos, que confronta con la obligación normativa y legal impuesta por el estado de alarma.

Conclusión

En definitiva, desde la perspectiva disciplinar y deontológica de la profesión, las enfermeras deben procurar humanizar el cuidado todo lo posible. Quizás es necesario reactivar el pensamiento enfermero para encontrar formas de llevarlo a cabo. Así, una llamada telefónica a la familia, como se hizo en el caso expuesto, detallando los cuidados implementados y describiendo al detalle la situación de la persona agónica, podría facilitar el duelo. También coger la mano de la paciente, aun manteniendo la distancia, o elevar la voz, podrían aumentar su percepción de presencia y acompañamiento. No puede olvidarse el poder de la voz y la mirada, como vehículos de atención plena y transmisión de bienestar y apoyo. Cabe también reflexionar acerca de la competencia de las enfermeras en la interacción de cuidado¹⁷. Así, ya existe una adaptación transcultural al español de una escala que mide dicha competencia, como un acercamiento hacia el interés creciente por mejorar la interacción y humanizar el cuidado¹⁸. Una interacción que, en la situación actual, debe caracterizarse por la presencia lejana, que no distante, por un discurso verbal sereno, comprensivo y sosegador; sin más, un discurso enfermero humanista en toda su esencia.

La interacción de cuidado se caracteriza por el contacto físico, la presencia, y un discurso empático y tranquilizador; aun en esta situación de pandemia, con todos los dispositivos de protección individual colocados, el cuidado humanizado y cercano debe seguir fundamentando los cuidados de enfermería.

Financiación

No existen fuentes de financiación públicas ni privadas.

Conflicto de intereses

Las autoras no declaran ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad [Internet]. Informe de evolución diaria de la pandemia de COVID-19 en España. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad;; 2020 [consultado 1 Abril 2020]. Disponible en: <https://portalcne.isciii.es/covid19/>.
2. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Adulto. Informe resumen Cuadro de mandos interno. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.
3. Unidad de Gestión Clínica Urgencias Adulto. Plan de contingencia fase 2: reestructuración Unidad de Urgencias y dotación de material y recursos humanos. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2020.
4. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad;; 2020 [consultado 14 Abril 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Procedimiento_COVID_19.pdf.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations related to the safe handling of bodies of deceased persons with suspected or confirmed COVID-19. Estocolmo, Suecia: European Centre for Disease Prevention and Control;; 2020 [consultado 14 Abril 2020]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/considerations-related-safe-handling-bodies-deceased-persons-suspected-or-confirmed>.
6. Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía. Recomendaciones de cuidados post mortem en pacientes fallecidos o sospecha de infección por COVID-19. Sevilla: Consejería de Salud y Familias, Junta de Andalucía; 2020.
7. Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, Ponencia de Salud Laboral. Protocolo de Actuación frente a casos sospechosos de enfermedad por virus Ébola (EVE). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [consultado 14 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/ebola/docs/5.12.2014.Protocolo-Ebola.pdf>.
8. Marin T. Evidence summary. Respiratory infection transmission (healthcare workers): Face masks and respirators. Joanna Briggs Inst EBP Database. 2020. JBI10300.
9. Matzo M, Witz D. Palliative Care Nursing. Quality care to the end of life. 5th ed. New York: Springer Publishing Company; 2019.
10. Raile M. Nursing theorists and their works. En: Marriner A, Raile M, editores. Nursing Theorists and Their Works. 7th ed. Maryland Heights: Mosby-Elsevier; 2010. p. 3–14.
11. Jesse D, Watson J. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. En: Marriner A, Raile M, editores. Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Elsevier; 2011. p. 91–112.
12. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias [Internet]. Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia COVID-19 en las Unidades de Cuidados Intensivos. Madrid: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias; 2020 [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética.SEMICYUC-COVID-19.pdf>.
13. Herdman T, Kamtisu S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018-220. NANDA International. Barcelona: Elsevier; 2019.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L; 2014.

16. Wilkinson J. Nursing process and critical thinking. 5th ed. Boston: Pearson; 2012, p. 1-30.
17. Allande R, Macías J, Porcel A. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 2020;23:78–84.
18. Allande R, Macías J, Porcel A. Transcultural adaptation into Spanish of the *NSC* for assessing nurse-patient relationship competence. *Enf Clin*. 2020;30:42–6.