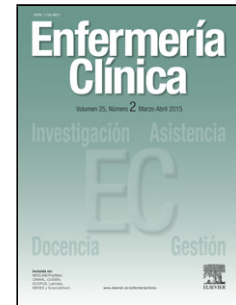


Journal Pre-proof

EL CUIDADO HUMANIZADO EN LA MUERTE POR COVID-19: A
PROPÓSITO DE UN CASO

Regina Allande Cusso Carmen Navarro Navarro Ana María Porcel
Gálvez



PII: S1130-8621(20)30315-6

DOI: <https://doi.org/doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.018>

Reference: ENFCLI 1565

To appear in: *Enfermería Clínica*

Received Date: 4 May 2020

Accepted Date: 11 May 2020

Please cite this article as: Cusso RA, Navarro CN, Gálvez AMP, EL CUIDADO HUMANIZADO EN LA MUERTE POR COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO, *Enfermería Clínica* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.018>

This is a PDF file of an article that has undergone enhancements after acceptance, such as the addition of a cover page and metadata, and formatting for readability, but it is not yet the definitive version of record. This version will undergo additional copyediting, typesetting and review before it is published in its final form, but we are providing this version to give early visibility of the article. Please note that, during the production process, errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

© 2020 Published by Elsevier.

EL CUIDADO HUMANIZADO EN LA MUERTE POR COVID-19: A PROPÓSITO DE UN CASO

HUMANIZED CARE IN A DEATH FOR COVID-19: A CASE STUDY

AUTORA: Regina Allande Cusso^{1,2,3}, Carmen Navarro Navarro¹, Ana María Porcel Gálvez^{2,3}**Datos de filiación**¹Unidad de Urgencias del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.²Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.³Grupo PAIDI-cTS 1050 "Cuidados Complejos, Cronicidad y Resultados en Salud"**Autora para correspondencia**

Regina Allande Cusso

Correo electrónico: rallande@us.es**Conflicto de intereses**

Las autoras no declaran ningún conflicto de intereses.

Financiación

No existen fuentes de financiación públicas ni privadas.

RESUMEN

La población mundial está sufriendo una pandemia por infección del virus SARS-Cov-2, que provoca la enfermedad 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). Una vez colocado todo el material, 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 posibles, al final de la vida.

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 all the material is in place, it is necessary to 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.

PALABRAS CLAVE

Humanización de la atención, plan de cuidados, covid-19

Keywords: Humanization of assistance; nursing care; covid-19

INTRODUCCIÓN

La población mundial está sufriendo una pandemia por infección del virus SARS-Cov-2, que provoca la enfermedad COVID-19. En España, La cifra de infectados supera los 100.000, con una tasa de crecimiento de la epidemia es 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) Urgencias del Adulto del Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), han disminuido un 69,67% los episodios de urgencias relacionados con las patologías, hasta ahora, más prevalentes (IAM, AVC, 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 de 2020, un doble circuito interno de pacientes; esto es, aquellas personas con semiología respiratoria y/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 Urgencias 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 enfermedad 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 servicios y a la dotación de profesionales sanitarios^{3,4}.

En relación a los fallecimientos por enfermedad COVID19, 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 afectas 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 virus ébola en 2014⁷. No obstante, una revisión sistemática avalada por el Instituto Joana 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 confort físico, pero también confort 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 Eriksson 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, empatía, y 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 al cuidado de la persona y su contexto social, desde un punto de vista integral¹¹.

Con todo ello, con 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 Urgencias del área específica de atención a pacientes con semiología respiratoria, y presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria compatible con infección por virus SARS-Cov-2. Dada la emergencia de la situación se realiza una valoración enfermera focalizada, mediante los patrones funcionales de Gordon *nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, y cognitivo-perceptivo*, bajo 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).

Signos vitales: TA 100/55, FC 115, FR 32, T^a 37'3, y SatO₂ 80%, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial y asma. El diagnóstico médico de sospecha es neumonía secundaria 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 facultativos no la conectaron a la ventilación mecánica no invasiva, pues está desaconsejada en este caso dada la comorbilidad y la edad de la paciente¹².

El resultado de la PCR (Reacción en Cadena de la Polimersa) Covid-19 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 horas siguientes, por lo que tras la re-evaluación 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.

Journal Pre-proof

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; 4h después: 1 Grave) 40310 Ruidos respiratorios patológicos (Ingreso: 3 Moderado; 4h después: 1 Grave)	3320 Oxigenoterapia 2300 Administración de medicación 6680 Monitorización de signos vitales 7820 Manejo de muestras	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
		0407 Perfusión tisular: periférica Indicadores: 40743 Palidez (Ingreso: 3 Moderado; 4h después: 1 Grave)	2300 Administración de medicación 0840 Cambio de posición 3590 Vigilancia de la piel	Posición semi-sentada, aunque modificando puntos de apoyo óseos Observación directa perfusión de la piel y presencia de livideces
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; 4h después: 5 No comprometido)	3540 Prevención úlceras por presión 0840 Cambio de posición	Cambio de puntos de apoyo óseos mediante almohadas Control de humedad
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)	0580 Sondaje vesical 4130 Monitorización de líquidos	Insertión estéril de catéter urinario Manejo del catéter Control de diuresis horaria

			comprometido; 4h después: 4 Moderadamente comprometido)		
			VALORACIÓN FOCALIZADA 4 HORAS DESPUÉS		
00067	Riesgo de sufrimiento espiritual	Implementar los cuidados necesarios para evitar el sufrimiento y el disconfort 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

Journal Pre-proof

La familia es informada telefónicamente del pronóstico de la paciente por parte del equipo médico, quién responde exhaustivamente a las dudas y 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 al 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)* es complejo debido al uso de los dispositivos 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 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 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 de 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 diez, orientado al cuidado de las necesidades espirituales de la persona, si tenemos en cuenta la evolución clínica de la paciente¹⁰. La continuidad de 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 *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 manejo de síntomas, buscando el confort 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, la colocación de todos los dispositivos de protección individual (máscara FFP2, bata impermeable, guantes, gafas o pantalla), así como la distancia que debe tomarse con las personas infectadas por virus SARS-Cov-2^{3,4}, dificulta este proceso de acompañamiento emocional y espiritual. 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. Surgen también la cuestión ética y moral respecto al proceso de muerte en estos casos, que confrontan con la obligación normativa y legal impuesta por el estado de alarma.

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 confort 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.

CONCLUSIÓN

La interacción de cuidado 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.

REFERENCIAS

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 [cited 2020 Apr 1]. 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[cited 2020 Apr 14]. 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 [cited 2020 Apr 14]. 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 postmortem 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 [cited 2020 Apr 14]. 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 an their works. In: Marriner A, Raile M, editors. Nursing Theorists and Their Works. 7th ed. Maryland Heights, MO: Mosby- Elsevier; 2010. p. 3–14.
11. Jesse D. Jean Watson: Filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Watson. In: Marriner A, Raile M, editors. 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. Available from: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/Ética_SEMICYUC-COVID-19.pdf
13. Herdman T, Kamtisoru 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 Edic. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014
16. Wilkinson J. Nursing process and Critical Thinking. 5th ed. Boston: Pearson; 2012. Chapter 10.
17. Allande R, Macías J, Porcel A. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y

terapéutica en los cuidados de enfermería. *Cult los Cuid.* 2020;23(55):78–84.

18. Allande R, Macías J, Porcel A. Transcultural adaptation into Spanish of the Caring Nurse-Patient Interactions for assessing nurse-patient relationship competence. *Enf Clin.* 2020;30(1):42–6.

Journal Pre-proof

Journal Pre-proof