

Validación clínica de la propuesta diagnóstica de enfermería de sed perioperatoria*

Leonel Alves do Nascimento¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>

Marilia Ferrari Conchon²

 <https://orcid.org/0000-0003-0393-1559>

Aline Korki Arrabal Garcia²

 <https://orcid.org/0000-0001-8648-9887>

Marcos Venícios de Oliveira Lopes³

 <https://orcid.org/0000-0001-5867-8023>

Lígia Fahl Fonseca²

 <https://orcid.org/0000-0001-7550-9141>

Destacados: (1) Evalúa la precisión de la proposición diagnóstica de la enfermería de la sed perioperatoria; (2) Permite refinar el diagnóstico para uso en la práctica clínica, enseñanza e investigación; (3) Fortalece la sistematización de los cuidados de enfermería perioperatoria; (4) El manejo de la sed forma parte de los cuidados, dada su alta prevalencia e incomodidad; (5) La estructura tiene parámetros de buena precisión y son representativos de la sed.

Objetivo: verificar la validez clínica de la proposición de un nuevo diagnóstico de enfermería denominado sed perioperatoria, basado en la precisión diagnóstica de sus indicadores clínicos, incluyendo la magnitud del efecto de sus factores etiológicos. **Método:** estudio de validación clínica diagnóstica con 150 pacientes quirúrgicos en un hospital universitario. Se recogieron variables sociodemográficas e indicadores clínicos relacionados con la sed. Se utilizó la técnica de análisis de clases latentes. **Resultados:** se propusieron dos modelos de clases latentes para las características definitorias. El modelo ajustado en el preoperatorio incluía: labios resecos, saliva espesa, lengua espesa, ganas de beber agua, informe del cuidador, garganta seca y deglución constante de saliva. En el postoperatorio: sequedad de garganta, saliva espesa, lengua espesa, constante deglución de saliva, ganas de beber agua, mal gusto en la boca. Los factores relacionados "temperatura ambiente elevada" y "sequedad de boca" se asocian a la presencia de sed, así como las condiciones asociadas "uso de anticolinérgicos" e "intubación". La prevalencia de sed fue del 62,6% en el preoperatorio y del 50,2% en el postoperatorio inmediato. **Conclusión:** la proposición diagnóstica de la sed perioperatoria mostró buenos parámetros de precisión de sus indicadores clínicos y efectos etiológicos. Esta propuesta en una taxonomía de enfermería permitirá una mayor visibilidad, apreciación y tratamiento de este síntoma.

Descriptor: Sed; Enfermería Perioperatoria; Toma de Decisiones Clínicas; Investigación Metodológica en Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Enfermería Basada en la Evidencia.

* Artículo parte de la tesis de doctorado "Elaboração e validação da proposição do diagnóstico de Enfermagem Sede Perioperatória", presentada em el Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

¹ Hospital Doutor Anísio Figueiredo, Unidade Cirúrgica, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Enfermagem, Londrina, PR, Brasil.

³ Universidade Federal do Ceará, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Cómo citar este artículo

Nascimento LA, Conchon MF, Garcia AKA, Lopes MVO, Fonseca LF. Clinical validation of the nursing diagnostic proposition perioperative thirst. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3975 [cited ____/____/____]. Available from: _____.

URL

_____ / ____ / ____
año mes día

Introducción

La sed perioperatoria es una experiencia sensorial, fisiológica y subjetiva que se refiere al deseo de ingerir agua para restablecer la homeostasis de los fluidos corporales, generando un intenso malestar cuando no es satisfecha⁽¹⁻⁵⁾.

En un escenario en el que la prevalencia de sed es elevada, oscilando entre el 79,5%⁽⁶⁾ y el 89,8%⁽⁷⁾ en adultos, llegando a superar el 80% en pacientes pediátricos en diferentes niveles de intensidad⁽⁸⁾, la inclusión intencionada de este malestar en el seguimiento de enfermería se hace relevante e inaplazable^(2,7,9).

La sed influye negativamente en la experiencia quirúrgica y su presencia es apremiante e imperativa. Es una de las principales molestias mencionadas en este período, tanto en la experiencia actual como en el recuerdo de molestias en cirugías anteriores, pudiendo ser incluso peor que el dolor⁽¹⁰⁻¹²⁾. Sin embargo, muchos profesionales creen que la sed es una consecuencia del procedimiento quirúrgico y debe ser soportada por el paciente. Por lo tanto, el cuidado de la sed sigue siendo infravalorado, subestimado, subasegurado e infratratado por el equipo de enfermería^(7,10,13).

Otras incomodidades y complicaciones pertinentes a los pacientes quirúrgicos son ampliamente investigadas y contempladas en los protocolos clínicos, dirigiendo su cuidado. Sin embargo, la sed suele tener una relevancia clínica minimizada en comparación con otras molestias y su tratamiento aún no se realiza de forma sistemática^(2,7,10).

Ante este escenario, investigadores brasileños desarrollaron un Modelo de Manejo de la Sed, compuesto por cuatro pilares: Identificación, Medición, Evaluación de la Seguridad y Administración de una estrategia de alivio de la sed⁽²⁾. Este modelo, cuando utilizado con pacientes quirúrgicos en el período pre y postoperatorio inmediato (POI), permite que el equipo realice el manejo adecuado, seguro y eficaz de este malestar.

Al incluir el manejo de la sed en los cuidados de enfermería, se espera que los pacientes puedan tener su sed diagnosticada y las medidas de alivio aplicadas de forma sistemática y estandarizada. Estos cuidados permiten que los pacientes tengan una experiencia quirúrgica con el menor sufrimiento posible, optimizando su recuperación y mejorando activamente la calidad de los cuidados prestados^(2,7,10).

Una forma de resaltar su importancia sería incorporar la sed en las clasificaciones y terminologías internacionales, destacando sus principales señales y síntomas, así como sus posibles factores causales. En este ámbito, la taxonomía de diagnósticos de enfermería de NANDA Internacional (NANDA-I) presenta una organización de diagnósticos que incorpora estos elementos y ha sido utilizada en varios países, además de servir como punto de partida para el desarrollo de otras terminologías y clasificaciones de

enfermería⁽¹⁴⁾. Históricamente, el desarrollo de un nuevo diagnóstico sigue el análisis conceptual y de contenido, culminando en la validación clínica.

Es en este contexto que se basa la propuesta del diagnóstico de enfermería (DE) para la sed perioperatoria. En los cuidados diarios prestados por el equipo de enfermería, la sed se observa con frecuencia y, por lo tanto, su gestión debe ser estandarizada. Incluir la sed perioperatoria en la taxonomía del diagnóstico de enfermería permitirá identificar y, por lo tanto, tratar la sed de los pacientes quirúrgicos.

Esta propuesta ya fue evaluada en cuanto al análisis del concepto⁽³⁾ y su contenido⁽⁴⁾, con la siguiente definición: "Experiencia sensorial, fisiológica y subjetiva que se refiere al deseo de ingerir agua con el objetivo de restablecer la homeostasis de los fluidos corporales, generando intenso malestar cuando no es satisfecha". Mecanismos homeostáticos y no homeostáticos participan en la génesis y saciedad de la sed y resultando en una estructura diagnóstica compuesta por nueve características definitorias: boca seca, garganta seca, labios reseca, saliva espesa, lengua espesa, constante deglución de saliva, ganas de beber agua, mal gusto en la boca, informe del cuidador. Los factores relacionados (FR) resultantes fueron: ayuno pre y postoperatorio, respiración bucal, deshidratación, hipovolemia, pérdida insensible de hidratación por la respiración, boca seca, hábito de beber agua, temperatura ambiente elevada. Las condiciones asociadas (CA) definidas tras el análisis fueron: intubación, uso de anticolinérgicos, restricción hídrica.

Este estudio tuvo como objetivo verificar la validez clínica de la proposición de un nuevo diagnóstico de enfermería denominado sed perioperatoria, basado en la precisión diagnóstica de sus indicadores clínicos, incluyendo la magnitud del efecto de sus factores etiológicos.

Método

Diseño del estudio

Estudio de validación clínica de la propuesta del DE "Sed Perioperatoria" en dos momentos (preoperatorio y postoperatorio inmediato).

Lugar y período

El estudio se llevó a cabo en la sala de recuperación anestésica (SRA) del *Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina*, en la ciudad de Londrina, Paraná, Brasil. Se trata de un gran hospital con 419 camas clínicas y quirúrgicas. El centro quirúrgico cuenta con siete quirófanos y seis camas para recuperación anestésica, realizando una media de 700 cirugías al mes, atendiendo a diferentes

especialidades y tamaños quirúrgicos. Los pacientes permanecen en una sala preoperatoria hasta que se realiza la intervención quirúrgica. Tras el final de la cirugía son enviados a la SRA, donde son monitorizados hasta que alcanzan los criterios de seguridad para ser dados de alta y enviados a las unidades de ingreso. La proporción de enfermeros por paciente es de 1:6. Las principales clínicas quirúrgicas eran ginecológicas, ortopédicas, urológicas y oftalmológicas. Los procedimientos podían ser electivos o urgentes/de emergencia. La recogida de datos se realizó durante los meses de diciembre de 2019 a enero de 2020.

Población y criterios de selección

La población de estudio estuvo constituida por pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos electivos y urgentes. Como criterios de inclusión se estipularon pacientes con una edad mínima de 12 años y que, al ser preguntados por su orientación en el tiempo y en el espacio, respondieran asertivamente. Los criterios de exclusión fueron los pacientes incapaces de responder a las preguntas de orientación en el postoperatorio inmediato y los que seguían en ventilación mecánica y fueron enviados a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

Definición de la muestra

Para el cálculo de la muestra, se observaron las recomendaciones propuestas para los estudios de precisión

diagnóstica mediante análisis de clases latentes, en los que se indican de 5 a 30 pacientes para cada indicador clínico⁽¹⁵⁾. En el presente estudio, se seleccionaron 16 pacientes para cada característica definitoria (CD)⁽⁴⁾, resultando 150 pacientes. Se utilizó un muestreo de conveniencia consecutivo, en el que los pacientes se incluyeron a medida que ingresaban en el quirófano.

VARIABLES DEL ESTUDIO

Las variables sociodemográficas fueron: edad, sexo, color de piel, educación, peso, altura. Se consideraron variables relacionadas con el procedimiento quirúrgico y la sed: especialidad quirúrgica, modalidad de programación, evaluación del estado físico por la *American Society of Anesthesiologists*, tiempo de ayuno, hemorragia informada en la descripción operatoria por el cirujano y el anestesiólogo, medición de la intensidad de la sed por escala numérica verbal (cero, ninguna sed, a diez, peor sed posible) y de la incomodidad de la sed por medio de la Escala Perioperatoria de Incomodidad de la Sed (EPIS) (*EDESP*), instrumento construido y validado para la población brasileña que evalúa siete ítems relacionados a la sed, resultando en un puntaje de intensidad de cero a 14⁽¹⁶⁾ y medición de la intensidad de la sed.

Las variables referentes a los componentes del DE fueron evaluadas y registradas como ausentes o presentes. Las definiciones operacionales⁽³⁻⁴⁾ pueden verse en la Figura 1.

Característica de Definición	Definición Operacional
Boca seca	Se pide al paciente que abra la boca y saque la lengua. Se evalúa la evidencia de cualquier sequedad aparente, como mucosa seca, pegajosa, espumosa o saliva pegajosa, o ausencia de saliva visible, aspecto blanquecino o puntos sangrantes. Complete su evaluación preguntando al paciente sobre su percepción actual de la sequedad de la boca, en comparación con una situación en la que considera normal la humedad de la boca. <i>Conclusión:</i> Si se cumplen una o dos de las condiciones evaluadas, el paciente presenta sequedad de boca.
Garganta seca	Pedir al paciente que abra la boca. Evalúe la ausencia de humedad en la porción distal de la boca con la ayuda de una linterna. Complete su evaluación preguntando al paciente sobre su percepción actual de sequedad en la garganta, sensación de quemazón, incomodidad en la garganta como "picor" en comparación con una situación en la que considera normal la humedad en la garganta. <i>Conclusión:</i> Si el paciente presenta una o más de las características evaluadas, presenta sequedad de garganta.
Labios resecos	Inspeccione los labios, evaluando la presencia de grietas, descamación, inflamación, sangrado, coloración blanquecina o rojiza y disminución de la movilidad. Observe si el paciente utiliza la lengua para humedecer los labios durante la evaluación. Complete su evaluación preguntando al paciente si siente que sus labios están secos, en comparación con una condición en la que sus labios son normales. <i>Conclusión:</i> Si el paciente presenta una o más de las características evaluadas, tiene los labios secos.
Saliva espesa	Inspeccione la cavidad bucal del paciente. Observe si la saliva parece espesa y poco fluida. Complete su evaluación preguntando al paciente si considera que su saliva es espesa en comparación con una situación en la que su saliva es normal. <i>Conclusión:</i> Si el paciente presenta una o más de las características evaluadas, el paciente tiene saliva espesa.
Lengua gruesa	Inspeccione el aspecto de la lengua del paciente. Observe si hay un aumento visible del tamaño de la lengua, eritema o fisuras. Complete su evaluación preguntando al paciente si considera que su lengua es gruesa en comparación con una situación en la que su lengua es normal. <i>Conclusión:</i> Si el paciente presenta una o más de las características evaluadas, el paciente tiene una lengua gruesa.
Constante deglución de saliva	Observe los movimientos de deglución. Movimientos constantes de la lengua para buscar saliva seguidos de intento de deglución. Complete su evaluación preguntando al paciente si intenta tragar saliva para humedecer la garganta. <i>Conclusión:</i> Si el paciente presenta una o más de las características evaluadas, tiene deglución constante de saliva.

(continúa en la página siguiente...)

Característica de Definición	Definición Operacional
Disposición a beber agua	El paciente verbaliza su deseo de beber agua. Preguntar al paciente si tiene ganas de beber agua. <i>Conclusión:</i> Si el paciente responde afirmativamente, considere que esta característica está presente.
Mal gusto en la boca	Pregunte al paciente si tiene mal gusto en la boca. <i>Conclusión:</i> Si el paciente responde afirmativamente, considere que esta característica está presente.
Informe del cuidador	El cuidador informa de que el paciente presenta señales que indican que tiene sed. Preguntar al cuidador o familiar sobre la presencia de signos que indiquen que el paciente tiene sed. <i>Conclusión:</i> Si el cuidador responde afirmativamente, considere que esta característica está presente. Además, anote qué características observó.
Factor Relacionado	Definición Operacional
Ayuno pre y postoperatorio	Evalúe cuánto tiempo lleva el paciente sin ingerir alimentos sólidos y líquidos. Preguntar al paciente cuándo fue la última ingesta de alimentos sólidos y líquidos.
Respiración oral	Pida al paciente que respire profundamente y observe si respira por la boca. La boca puede estar ligeramente abierta durante la respiración. Compruebe si hay obstrucción nasal.
Deshidratación	Observe la presencia de sequedad de las mucosas, disminución del flujo salival, disminución de la turgencia cutánea, disminución de la frecuencia urinaria. - <i>Mucosas secas:</i> Se pide al paciente que abra la boca y saque la lengua. Se evalúa la evidencia de cualquier sequedad aparente, como mucosa seca y pegajosa, saliva espumosa o pegajosa, o ausencia de saliva visible. Para complementar la evaluación, se debe preguntar al paciente sobre su percepción actual de la sequedad de la boca en comparación con una situación en la que considere que la humedad de la boca es normal. - <i>Turgencia cutánea:</i> Doblar el dorso de la mano del paciente y observar la formación y el mantenimiento del pliegue cutáneo. Si el pliegue continúa después de retirar la mano del examinador, se deduce que la turgencia de la piel está reducida. - <i>Evaluar el tiempo de ayuno</i> - <i>Balace hídrico, si lo hay</i> - <i>Evaluar la pérdida de sangre</i> - <i>Reposición de agua</i> <i>En niños</i> Observe signos de deshidratación en el niño, como: fatiga, sequedad de mucosas, labios resecaos, retorno del pliegue cutáneo abdominal superior a 2 segundos, llanto sin lágrimas, irritabilidad, ojos profundos. Observar las fontanelas. Preguntar al cuidador sobre los cambios en el niño relacionados con la deshidratación (turgencia cutánea, fontanelas, aspectos generales).
Pérdida insensible de hidratación mediante la respiración	<i>En el postoperatorio:</i> Evaluar el procedimiento anestésico inhalatorio y el uso de suplementos de oxígeno por sonda nasal o mascarilla sin humidificación.
Hipovolemia	Evalúe la descripción de la hemorragia durante el procedimiento quirúrgico o en el postoperatorio. Compruebe si hay hipotensión, sudoración, taquicardia y otros signos de <i>shock</i> . <i>Procedimiento anestésico:</i> El uso de anestesia raquídea provoca una vasodilatación causada por el bloqueo simpático. Los agentes utilizados en la anestesia general disminuyen inicialmente la capacidad de vasoconstricción del organismo. Anotar el procedimiento anestésico utilizado. <i>Hipotensión:</i> Comprobar la tensión arterial. Comparar la presión actual con la presión basal en el preoperatorio: si es un 20% inferior a la basal, el paciente puede considerarse hipotenso. <i>Frecuencia cardíaca:</i> Comprobar la frecuencia cardíaca palpando y contando el pulso radial. El paciente está taquicárdico si el valor observado es igual o superior a 100 latidos por minuto. <i>Pérdida de sangre:</i> Comprobar en los documentos que informan del intraoperatorio cuál es la descripción de la hemorragia: ¿pequeña, mediana o grande? Compruebe el aspecto del apósito. <i>Sudoración:</i> Compruebe la presencia de sudoración.
Boca seca	Evaluación de la cavidad bucal. Se pide al paciente que abra la boca y saque la lengua. Evalúe la evidencia de cualquier sequedad aparente, como mucosa seca, pegajosa, espumosa o saliva pegajosa, o ausencia de saliva visible, aspecto blanquecino o puntos sangrantes. Complete su evaluación preguntando al paciente sobre su percepción actual de la sequedad de la boca en comparación con una condición en la que considera normal la humedad de la boca. <i>Conclusión:</i> Si se cumplen una o dos condiciones, el paciente tiene la boca seca.
Hábito de beber agua	Pregunte al paciente cuántas veces al día suele beber líquidos y en qué cantidad, complementando con la información que figura a continuación: - <i>Frecuencia de consumo:</i> - <i>Preferencia de consumo/bebida:</i> - <i>Hora del día de mayor consumo:</i> - <i>Preferencia de temperatura:</i>
Temperatura del ambiente elevada	Mida la temperatura del ambiente. Pregunte si tiene calor.

(continuación...)

Condiciones asociadas	Definición operacional
Intubación	<p>Evalúe si se realizó intubación endotraqueal durante el procedimiento anestésico.</p> <p>¿Hubo intubación orotraqueal?</p> <p>¿Cuánto duró el procedimiento anestésico?</p> <p>- Inicio del procedimiento anestésico:</p> <p>- Fin del procedimiento anestésico:</p>
Restricción del agua	<p>Evalúe en la historia clínica o por informe del paciente la existencia de restricción de ingesta de líquidos o infusión.</p> <p>Evaluar la existencia de restricción de ingesta de líquidos o infusión en la historia clínica o en el informe del paciente.</p>
Uso de anticolinérgicos muscarínicos y nicotínicos	<p>Evaluar si se utilizaron anticolinérgicos durante el procedimiento anestésico-quirúrgico.</p> <p><i>Fármacos anticolinérgicos:</i> atropina, biperideno, benactizina, buscopan, dicitolmina, homatropina, ipratropio, triexafenida, tropicamida.</p>

Figura 1 – Componentes de la propuesta de Diagnóstico de Enfermería de Sed Perioperatoria y sus definiciones operativas

Procedimientos del estudio

El guion de recogida de datos constaba de tres partes. Primero, datos de caracterización sociodemográfica, seguido de datos clínicos y del procedimiento anestésico-quirúrgico y la tercera, información sobre los componentes del DE. El instrumento de recogida de datos fue sometido a un pretest con el 10% de la muestra prevista para el estudio, evaluando si el instrumento presentaba una secuencia lógica de aplicación, cumplimentación y si todos los ítems eran factibles de contestar. El pretest no resultó en ningún cambio significativo, siendo incluido en la muestra final. La recogida de datos fue realizada por el investigador principal, uno enfermero y dos estudiantes de iniciación científica, todos ellos miembros del Grupo de Estudio e Investigación de la Sed Perioperatoria. El investigador principal realizó una formación de cuatro horas, con información sobre el fenómeno de la sed perioperatoria, sus factores relacionados, las condiciones asociadas, las características definitorias, las definiciones conceptuales y operativas, así como la investigación sobre la precisión diagnóstica. Después de este entrenamiento, todos los recolectores de datos utilizaron el instrumento de recolección y, junto con el investigador principal, realizaron diez evaluaciones antes de iniciar la recolección individual. Estos procedimientos permitieron calibrar la recogida de datos y reducir las dudas relacionadas con esta etapa.

La recogida de datos se realizó en el mismo paciente en dos momentos diferentes: primero, antes de la intervención quirúrgica, en la sala preoperatoria y, tras aceptar participar en la investigación, firmaron el formulario de consentimiento; y segundo, en el postoperatorio inmediato, en la sala de recuperación anestésica. Los pacientes menores de 18 años y sus tutores legales fueron invitados a participar y, si estaban de acuerdo, firmaban el consentimiento. En ambos momentos de la recogida de datos se evaluó al paciente en cuanto a su nivel de orientación en el tiempo y en el espacio.

En el POI, si el paciente estaba inconsciente, somnoliento o desorientado, se posponía la evaluación durante los 15 minutos siguientes hasta que las condiciones de orientación fueran las adecuadas. Para evaluarlas, se formularon las siguientes preguntas basadas en el ítem Orientación del *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA)⁽¹⁷⁾ ¿Cuál es su nombre? ¿Dónde se encuentra en este momento? ¿Qué día es hoy? ¿A qué cirugía se ha sometido? Después de la colecta de datos, el manejo de la sed del paciente fue realizado de acuerdo con la práctica de la institución⁽²⁾.

Tratamiento y análisis de los datos

Los datos se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 y se analizaron mediante el *software* estadístico R versión 3.6.1. El análisis de clases latentes, así como la presentación de medidas de precisión como la sensibilidad y la especificidad⁽¹⁵⁾, se realizaron con ayuda de los paquetes "poLCA" y "randomLCA"⁽¹⁸⁾.

El análisis descriptivo de los datos categóricos se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas, porcentajes y sus intervalos de confianza (IC) del 95%. Para las variables cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. La verificación del cumplimiento de la distribución normal se realizó aplicando la prueba de Shapiro-Wilk.

Para estimar el modelo mejor ajustado, se utilizó el principio de parsimonia, que define que el mejor modelo es aquel que presenta un mejor ajuste con un menor número de parámetros a estimar. Se desarrolló un modelo de dos clases latentes, que permitió identificar la prevalencia del diagnóstico, así como las medidas de precisión, con sus respectivos IC 95%.

Se propusieron dos modelos de clases latentes, el primero relativo a las CD en el periodo preoperatorio y el segundo en el POI. Los modelos se ajustaron para todas las variables y se aplicó la prueba de razón de verosimilitud (G^2) para verificar la calidad del ajuste. En los casos que no

presentaron un buen ajuste, se eliminaron secuencialmente las CD con sensibilidad y especificidad inferiores al 50%.

Para definir la prevalencia de sed se utilizó una tabla de probabilidades posttest calculada para todas las combinaciones de indicadores incluidos en el modelo final en los periodos pre y postoperatorio, lo que dio lugar a una inferencia diagnóstica para todos los pacientes.

Se utilizó la prueba de chi-cuadrado, así como la *odds ratio* y se calcularon sus intervalos de confianza (95%) mediante la prueba de Fisher. Para las variables cuantitativas se verificó la normalidad para cada subgrupo mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Al presentar adherencia a la distribución normal, se realizó la prueba de homogeneidad (prueba de Bartlett) y, por lo tanto, la prueba t (varianzas iguales o desiguales). Para las variables que no se ajustaban a la distribución normal, se utilizó la prueba de Mann-Whitney.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación recibió dictamen favorable del Comité de Ética de la *Universidade Estadual de Londrina* - 94634018.5.0000.5231. Se observaron

todas las recomendaciones del Comité Nacional de Ética en Investigación (CONEP).

Resultados

Se abordó a un total de 160 pacientes, sin embargo, diez pacientes no fueron evaluados en el postoperatorio, ya que fueron enviados a la UCI directamente desde el quirófano. En el estudio participaron 150 pacientes, predominantemente mujeres, autodeclaradas de raza blanca, con bajo nivel de estudios, ya que la mayoría refirió tener estudios primarios, aunque la mitad de los participantes eran adultos jóvenes con no más de 42 años.

El tiempo medio de ayuno preoperatorio fue elevado (13:10 horas), a pesar del predominio de cirugías electivas, que proporcionarían un menor tiempo de ayuno preoperatorio (Tabla 1). Las clínicas quirúrgicas investigadas fueron: ginecológica (26%), ortopédica (20%), urológica (18,7%), oftalmológica (12,7%), aparato digestivo (6%), otorrinolaringológica (5,3%), bucomaxilofacial (3,3%), vascular (2%), cirugía general (1,3%), cabeza y cuello (1,3%), plástica (1,3%), cardiológica (0,7%), torácica (0,7%) y neurológica (0,7%).

Tabla 1 - Distribución de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

Variables	n*	%†	IC 95%‡
Sexo			
Femenino	89	59,3	51,0 – 67,1
Masculino	61	40,7	32,8 – 48,9
Color o raza			
Blanco	84	56,0	47,6 – 64,0
Pardo	45	30,0	22,9 – 38,1
Negro	20	13,3	08,5 – 20,0
Amarillo	01	00,7	0,00 – 04,2
Escolarización			
Sin escolarización	05	03,3	01,2 – 08,0
Enseñanza Primaria	71	47,3	39,1 – 55,6
Enseñanza Secundaria	54	36,0	28,4 – 44,2
Enseñanza Superior	17	11,3	06,9 – 17,7
No contestaron	03	02,0	0,5 – 06,1
Modalidad de Programación			
Electiva	98	65,3	57,0 – 72,7
Urgencia	52	34,7	27,2 – 42,9
Clasificación			
ASA§ 1	55	36,7	29,0 – 44,9
ASA§ 2	88	58,7	50,3 – 66,5
ASA§ 3	05	03,3	01,2 – 08,0
Ausente	02	01,3	0,2 – 05,2
Hemorragia Intraoperatoria			
Pequeña	123	82,0	74,7 – 87,6
Media	23	15,3	10,1 – 22,3
Grande	03	02,0	0,5 – 06,1
Ausente	1	0,7	0,00 – 04,2

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Media	Desviación Estándar	Mediana	IIQ ^{II}	Valor-p ^I
Edad	43,1	18,5	41,5	33,00	<0,001
Peso (Kilos)	77,36	18,85	75,00	21	0,001
Altura (Centímetros)	164,7	8,83	165,00	14	0,006
Tiempo de ayuno (Horas)	13:10	5:11	12:50	5:52	0,000
Intensidad de la sed	4,62	3,6	5	8	0,000
Malestar por la sed	4,88	3,9	4	14	0,000

*n = Frecuencia Absoluta; % = Porcentaje; ^IIC 95% = Intervalo de Confianza de 95%; ^{II}ASA = American Society of Anesthesiologists; ^{III}IIQ = Rango Intercuartílico; ^{IV}Valor-p = Shapiro-Wilk

Cinco de las nueve CD presentaron frecuencias de ocurrencia superiores al 50% en el período preoperatorio y siete en el POI. Se observó que, a excepción de la CD Informe del cuidador, todos las CD presentaron una mayor frecuencia de ocurrencia en el POI en comparación con el preoperatorio. Las CD Boca seca, Garganta seca y

Labios secos mostraron mayor frecuencia en el POI. Todos los pacientes presentaron ayuno pre y postoperatorio; en cuanto al FR Deshidratación, Pérdida insensible de hidratación por la respiración e Hipovolemia solo fueron encontrados en pacientes en el POI, de forma semejante a las CA Intubación y Uso de anticolinérgicos (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los componentes de la proposición diagnóstica de enfermería Sed Perioperatoria en los períodos pre y postoperatorio, de acuerdo con la población de estudio (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

Características Definidoras	Preoperatorio			Posoperatorio Inmediato		
	n*	% [†]	IC 95% [‡]	n*	% [†]	IC 95% [‡]
Boca seca	113	75,3	67,5 – 81,8	130	86,7	79,9 – 91,4
Labios resecaos	107	71,3	63,2 – 78,2	124	82,7	75,4 – 88,1
Ganas de beber agua	96	64,0	55,7 – 71,5	109	72,7	64,6 – 79,4
Constante deglución de saliva	94	62,7	54,3 – 70,3	105	70,0	61,8 – 77,0
Garganta seca	87	58,0	49,6 – 65,9	108	72,0	63,9 – 78,8
Saliva espesa	73	48,7	40,4 – 56,9	80	53,3	45,0 – 61,4
Lengua gruesa	69	46,0	37,9 – 54,3	82	54,7	46,3 – 62,7
Mal gusto en la boca	62	41,3	33,4 – 49,6	69	46,0	37,9 – 54,3
Informe del cuidador	01	0,7	0,00 – 04,2	01	0,7	0,00 – 04,2

Factores Relacionados	Preoperatorio			Posoperatorio Inmediato		
	n*	% [†]	IC 95% [‡]	n*	% [†]	IC 95% [‡]
Ayuno pre y postoperatorio	150	100	96,8 – 100,0	150	100	96,8 – 100,0
Hábito de beber agua	120	80,0	72,5 - 85,9	120	80,0	72,5 - 85,9
Boca seca	115	76,7	68,9 – 83,0	128	85,3	78,4 – 90,3
Temperatura del ambiente elevada	28	18,7	12,9 – 26,0	16	10,7	06,4 – 17,0
Respiración oral	04	2,7	0,00 – 07,1	07	4,7	02,0 – 09,7
Deshidratación	-	-	-	02	1,3	0,2 – 5,2
Perdida insensible de hidratación por la respiración	-	-	-	29	19,3	13,5 – 26,7
Hipovolemia	-	-	-	03	2,0	0,5 – 06,1

Condiciones Asociadas	Preoperatorio			Posoperatorio Inmediato		
	n*	% [†]	IC 95% [‡]	n*	% [†]	IC 95% [‡]
Restricción hídrica	1	0,7	0,00 – 04,2	1	0,7	0,00 – 04,2
Utilización de anticolinérgicos	-	-	-	27	18,0	12,3 – 25,2
Intubación	-	-	-	37	24,7	18,1 – 32,4

*n = Frecuencia Absoluta; % = Porcentaje; [‡]IC 95% = Intervalo de Confianza de 95%

La Tabla 3 muestra los modelos de clases latentes de las características definitorias ajustadas para los períodos pre y postoperatorio. Siete CD se mantuvieron en el modelo para el periodo preoperatorio, y la sequedad de garganta y la deglución constante de saliva mostraron mejores valores de precisión. En el POI, se mantuvieron seis CD, siendo el mal gusto en la boca el que presentó

mejor precisión. Los modelos presentaron un ajuste adecuado según la prueba de razón de verosimilitud, no mostrando diferencias entre el modelo ajustado y los datos de la muestra. La prevalencia de sed fue del 62,6% en el preoperatorio y del 50,2% en el postoperatorio. La CD de Boca seca no se incluyó en ninguno de los modelos, ya que no presentaba valores de precisión adecuados.

En el modelo ajustado por la propuesta de la CD Sed perioperatoria para el POI, la CD Mal gusto en la boca mostró mejor precisión, con valores de sensibilidad y especificidad elevados. Las CD Sequedad de garganta, Constante deglución de saliva y Ganas de beber agua mostraron mejores valores de sensibilidad. Los mejores

indicadores de especificidad correspondieron a las CD Saliva y Lengua espesas. Se observó que las CD Garganta seca y Constante deglución de saliva volvieron a presentar valores de sensibilidad elevados, lo que indica que estas CD están relacionados con la presencia de sed en el paciente también en el POI.

Tabla 3 - Modelo ajustado de clases latentes de las características definitorias encontradas en el período pre y postoperatorio inmediato (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

Preoperatorio	Sens. [§]	IC 95% [†]	Espec. [‡]	IC 95% [†]
Labios secos	0,8918 [§]	0,6803	0,9607	0,4331
Ganas de beber agua	0,8771 [§]	0,7005	0,9473	0,4882
Constante deglución de saliva	0,8171 [§]	0,7176	0,8860	0,5123
Garganta seca	0,7950 [§]	0,6806	0,8722	0,5858
Saliva espesa	0,7005 [§]	0,5719	0,7978	0,4215
Lengua espesa	0,6742 [§]	0,5476	0,7755	0,4981
Informe del cuidador	0,0107	0,0003	0,9854	1,0000
Prevalencia: 62,6%	G ² : 75,5	GL ^{**} : 112	p ^{††} = 0,997	Entropía: 0,77
Posoperatorio Inmediato	Sens. [§]	IC 95% [†]	Espec. [‡]	IC 95% [†]
Garganta seca	0,9998 [§]	0,9730	1,0000	0,4317
Lengua espesa	0,9311	0,2357	0,9956	0,5452
Saliva espesa	0,8820	0,4759	0,9771	0,5172
Ganas de beber agua	0,8520 [§]	0,7293	0,9236	0,3002
Constante deglución de saliva	0,7538 [§]	0,6233	0,8364	0,2561
Mal gusto en la boca	0,6429 [§]	0,5153	0,7483	0,5925
Prevalencia: 50,2%	G ² : 59,1	GL ^{**} : 50	p ^{††} = 0,177	Entropía: 0,82

[§]Sens. = Sensibilidad; [†]IC 95% = Intervalo de Confianza; [‡]Espec. = Especificidad; [§]Indicadores clínicamente sensibles; ^{||}Indicadores clínicamente específicos; ^{††}G² = Prueba de cociente de verosimilitud; ^{**}GL = Grados de Libertad; ^{††}p = Prueba de chi-cuadrado

Los FR que presentaron asociación significativa con la presencia de sed en el período preoperatorio fueron la temperatura ambiente elevada y la sequedad bucal. La sequedad bucal aumentó 37,72 veces las probabilidades de tener sed y 3,60 veces la temperatura ambiente elevada. Ninguna CA presentó significación con la presencia de sed

en el preoperatorio. En el IPO, el FR Boca seca se asoció a la presencia de sed, aumentando en 28,20 las posibilidades de tener sed. Las CA Uso de Anticolínicos e Intubación presentaron una asociación significativa con la presencia de sed, aumentando en 2,64 y 4,03 las probabilidades de que el paciente tuviera sed, respectivamente.

Tabla 4 - Asociación entre los factores relacionados y condiciones asociadas a la presencia y ausencia de la proposición de diagnóstico de enfermería de sed perioperatoria (150 participantes). Londrina, PR, Brasil, 2020

	Preoperatorio				Posoperatorio Inmediato				
	Sed Perioperatoria		Estadística de la prueba	Significancia	Sed Perioperatoria		Estadística de la prueba	Significancia	OR (IC95%)*
	Presente	Ausente			Presente	Ausente			
Factor Relacionado: Ayuno pre y postoperatorio									
Presente	100	50	-	-	77	73	-	-	-
Ausente	0	0	-	-	0	0	-	-	-
Factor Relacionado: Respiración oral									
Presente	3	1	<0,000	1,000 [†]	4	3	<0,000	1,000 [†]	1,28 (0,21-9,02)
Ausente	97	49			73	70			
Factor Relacionado: Deshidratación									
Presente	0	0	-	-	2	0	0,454	0,497 [†]	Inf [‡] (0,18-Inf [‡])
Ausente	100	50	-	-	75	73			

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

	Preoperatorio					Posoperatorio Inmediato				
	Sed Perioperatoria		Estadística de la prueba	Significancia	OR (IC95%)*	Sed Perioperatoria		Estadística de la prueba	Significancia	OR (IC95%)*
	Presente	Ausente				Presente	Ausente			
Factor Relacionado: Pérdida insensible de hidratación por la respiración										
Presente	0	0	-	-	-	19	10	2.234	0.135 [§]	2.05 (0.83-5.38)
Ausente	100	50				58	63			
Factor Relacionado: Temperatura del ambiente elevada										
Presente	24	4	4.616	0.025 [†]	3.60 (1.14-15.19)	12	4	3.025	0.063 [†]	3.16 (0.99-14.14)
Ausente	76	46				65	69			
Factor Relacionado: Hipovolemia										
Presente	0	0	-	-	-	3	0	1.254	0.245 [†]	Inf [‡] (0.39-Inf [‡])
Ausente	100	50				74	73			
Factor Relacionado: Boca seca										
Presente	96	19	59.483	>0,001 [†]	37.72 (11.56-164.36)	76	53	19.087	>0,001 [†]	28.20 (4.25-1196.76)
Ausente	4	31				1	20			
Factor Relacionado: Hábito de beber agua										
Presente	83	37	1.172	0.279 [§]	1,709 (0,69-4,19)	64	56	0.602	0,438 [§]	1.49 (0.62-3.66)
Ausente	17	13				13	17			
Condición Asociada: Restricción hídrica										
Presente	1	0	<0,000	1.000 [†]	Inf [‡] (0.02-Inf [‡])	1	0	<0,000	1.000 [†]	Inf [‡] (0.02-Inf [‡])
Ausente	99	50				76	73			
Condición Asociada: Utilización de anticolinérgicos										
Presente	0	0	-	-	-	19	8	3.892	0.048 [§]	2.64 (1.01-7.54)
Ausente	100	50				58	65			
Condición Asociada: Intubación										
Presente	0	0	-	-	-	28	9	10.392	0,001 [§]	4.03 (1.66-10.63)
Ausente	100	50				49	64			

*OR (IC95%) = Odds Ratio (Intervalo de Confianza 95%); [†]Prueba de Fisher; [‡]Inf = Infinito; [§]Prueba de chi-cuadrado

Discusión

El carácter inédito de este estudio se evidencia por el análisis de la precisión de las CD de la proposición de un nuevo DE perioperatoria en pacientes tanto en el preoperatorio como en el OPI. Evaluar al mismo paciente antes y después de su intervención quirúrgica permitió una mayor comprensión de cómo se comportan las atribuciones resultantes y la posibilidad de comparar la presencia y ausencia de estas características en ambos momentos. Los resultados presentan la elaboración de dos modelos con las CD con alta sensibilidad y especificidad.

La sed perioperatoria es una molestia intensa y altamente prevalente en el periodo perioperatorio^(6-7,9,19-20). La literatura revela el reciente interés por este tema en la comunidad de enfermería, y su manejo se estructura en la identificación, medición, valoración de la seguridad para la realización de intervenciones y la aplicación de estrategias de alivio^(2,21).

La intensidad y el malestar de la sed son elevados. Estudios que evalúan la intensidad de la sed muestran valores similares o superiores a los encontrados en la muestra estudiada: 4,8 (DE 0,7)⁽⁶⁾; 6,9 (DE 2,4)⁽¹³⁾; 6,9 (DE 2,2)⁽²⁰⁾; 7,6 (DE 1,6)⁽²²⁾. El uso de la EPIS⁽¹⁶⁾ para medir el malestar es todavía reciente, pero también

se encontraron valores similares: 5,0 (DE 3,4)⁽⁶⁾; 7,3 (DE 3,7)⁽¹³⁾.

Cinco características presentaron frecuencias superiores al 50% en el preoperatorio, siendo las CD Sequedad de boca y de Labios las más frecuentes. En el POI, siete de las nueve CD presentaron incidencia superior al 50%, destacando de nuevo las CD Boca y Labios secos con las mayores incidencias. El estudio de las características relacionadas con la sed perioperatoria es importante porque también están relacionadas con la percepción de la intensidad y la incomodidad de la sed en los pacientes^(16,20).

El ayuno pre y postoperatorio fue el FR presente en toda la muestra estudiada. El ayuno forma parte de las directrices para garantizar la seguridad del procedimiento anestésico-quirúrgico, y se recomienda un tiempo de hasta dos horas para ingerir líquidos claros⁽²³⁾, con evidencias que demuestran una mejora en la experiencia del paciente y una reducción de las incomodidades, incluida la sed⁽⁹⁾. Sin embargo, se ha identificado que la implementación de tiempos de ayuno adecuados en la práctica clínica es un reto, incluso en instituciones que pretenden implementar protocolos multimodales⁽⁹⁾. En el POI se observaron los FR Deshidratación, Pérdida insensible de hidratación e Hipovolemia.

La boca seca se refiere a la sequedad o falta de humedad en la cavidad oral, causada por la disminución o ausencia del flujo salival. La reducción del flujo salival disminuye la lubricación de la cavidad oral, lo que conduce a la percepción de aspereza. Es altamente prevalente en pacientes quirúrgicos, oscilando entre el 69,2%⁽²⁰⁾ y el 87,3%⁽¹³⁾.

En los casos de sequedad de la mucosa labial, pueden observarse grietas, descamación, inflamación, sangrado, coloración blanquecina o rojiza y movilidad reducida. Esta afección la refieren entre el 22,5%⁽²⁰⁾ y el 79,1% de los pacientes⁽¹³⁾.

Siete de las nueve CD permanecieron en el modelo ajustado preoperatorio. Se observó que las CD Garganta seca, Labios secos, Saliva espesa, Lengua espesa, Constante deglución de saliva, Ganas de beber agua presentaron mejores ajustes de sensibilidad. Por otro lado, las CD Garganta seca, Constante deglución de saliva e Informe del cuidador presentaron mejores ajustes de especificidad. Las CD Garganta seca y Constante deglución de saliva presentaron los mejores indicadores de precisión en el modelo ajustado al periodo preoperatorio. La prevalencia de sed fue del 62,6%, corroborando la alta prevalencia de sed en esta población^(6-7,20-21,24-26).

Las CD Garganta seca y Constante deglución de saliva mostraron mejores resultados de exactitud y fueron comunicados por pacientes con sed perioperatoria⁽²⁵⁻²⁷⁾. La deglución de saliva es una de las principales estrategias utilizadas por el paciente como intento de aliviar la sed y puede realizarse mediante la administración de componentes artificiales o estimularse mecánica o químicamente mediante la masticación de chicles⁽²⁸⁾.

Este hallazgo corrobora las investigaciones relacionadas con la neurofisiología de la sed y su alivio. Los movimientos de deglución (protrusión de la lengua, sensaciones procedentes de la lengua y deglución) están relacionados con el alivio de la sed mediante mecanismos anticipatorios relacionados con la saciedad preabsortiva⁽¹⁾. El uso de estrategias de alivio de la sed en el período perioperatorio se basa en este mecanismo^(2,21,29-31).

La CD Mal gusto en la boca se refiere a un sabor desagradable y puede estar relacionado con el tiempo de ayuno preoperatorio o el uso de fármacos durante el procedimiento anestésico-quirúrgico. La sensación de mal gusto en la boca es frecuentemente relatada por pacientes quirúrgicos y asociada a la presencia de sed^(27,32).

El ítem Boca seca fue retirado de la CD porque, aunque esta característica sea la más frecuente en la muestra estudiada, está significativamente vinculada a factores que causan sed, asumiendo un carácter etiológico. La boca seca es un estímulo importante para la ingestión de líquidos, siendo provocada por estados

de deshidratación, acciones de medicamentos u otras causas^(1,33). Algunas hipótesis fueron planteadas por los autores para la boca seca no haber presentado un buen ajuste en ambos modelos. Una explicación sencilla es el tamaño y las características de la muestra. Una muestra mayor en nuevos estudios podría aportar resultados adicionales que ampliarían el debate sobre esta cuestión.

Los aspectos fisiológicos, así como la comprensión del paciente cuando autoinforma de su sed, deben debatirse a la luz de este resultado. El paciente puede interpretar que la boca seca corresponde al conjunto de estructuras presentes en la cavidad bucal. Las características definitorias labios secos, constante deglución de saliva y garganta seca, saliva y lengua espesa presentaron una frecuencia superior al 50% en los periodos pre y POI. Estas características están relacionadas con la disminución de la humedad de la cavidad oral y pueden solaparse con la característica de boca seca en la propia identificación del paciente.

Las características definitorias son indicadores/inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico⁽¹⁴⁾. Es importante destacar que no todos los indicadores clínicos son esenciales para la atribución de un diagnóstico. Cada uno de los indicadores presenta diferentes gradientes de compromiso con el diagnóstico y puede estar presente o ausente dependiendo del espectro clínico del diagnóstico⁽³⁴⁾.

El ayuno es uno de los principales factores relacionados con la sed perioperatoria. La media de horas de ayuno fue de 13:10 ($\pm 5:11$) horas, valor superior al tiempo recomendado por la evidencia clínica⁽²³⁾. El tiempo de ayuno excesivo y sus repercusiones para el paciente quirúrgico son ampliamente discutidos en la literatura médica, así como la dificultad de adoptar tiempos más cortos en la práctica clínica^(5,9,19,35).

Las condiciones asociadas se refieren a diagnósticos médicos, procedimientos quirúrgicos, prescripción de agentes farmacéuticos que no son modificables de forma independiente por el profesional de enfermería⁽¹⁴⁾. Las CA Uso de anticolinérgicos e Intubación se asocian significativamente a la presencia de sed, hecho explicado por señales de sequedad de estructuras de la cavidad oral^(1,7,19,35).

Un estudio que presentó factores de riesgo para la sed observó que el uso de *glycopyrrolate* - un fármaco anticolinérgico utilizado para reducir la secreción de saliva - fue el principal factor de riesgo para la sed moderada a severa en el POI en el SRA (71,7% versus 66,4%, $p = 0,047$; *odds ratio* ajustada: 1,46, $p = 0,013$). Este estudio demuestra que los anticolinérgicos están relacionados con la presencia y la intensidad de la sed en los pacientes en el POI⁽⁷⁾.

Como limitación del estudio, los análisis de precisión corresponden a la población de un hospital público

de enseñanza del sur de Brasil, lo que restringe las generalizaciones. Se sugieren nuevos estudios para comparación con los resultados presentados en esta investigación. Reiteramos la relevancia de investigar esta propuesta diagnóstica en otros escenarios que atiendan pacientes quirúrgicos, así como pacientes quirúrgicos pediátricos.

Este estudio presenta valores de exactitud diagnóstica para las CD de la proposición DE sed perioperatoria, y aumenta la evidencia científica que apoya las interpretaciones y el juicio de este DE por parte de los enfermeros en la atención de pacientes quirúrgicos.

Conclusión

Este estudio presenta la validación de la propuesta de un nuevo diagnóstico de enfermería denominado sed perioperatoria. El análisis de los componentes del diagnóstico resultó en el hallazgo de que las CD Garganta seca y Constante deglución de saliva en el período preoperatorio y Mal sabor en la boca en el POI presentaron las mejores medidas de sensibilidad y especificidad, así como los factores relacionados con la temperatura ambiente elevada y boca seca mostraron asociación significativa con el aumento de la probabilidad de que el paciente presente sed.

La determinación de los indicadores clínicos y factores etiológicos de la sed puede ayudar al personal de enfermería a identificar y realizar el correcto manejo de la sed perioperatoria, extinguiendo o reduciendo las molestias y el sufrimiento en la experiencia quirúrgica. Los enfermeros disponen de conocimientos y herramientas eficaces para el manejo de la sed en pacientes quirúrgicos, garantizando una atención con menos molestias.

La inclusión de este DE en la taxonomía amplía los cuidados del paciente quirúrgico, fortalece la sistematización de los cuidados de enfermería perioperatoria, resalta la autonomía del enfermero en el manejo de la sed y amplía la práctica clínica, la enseñanza y la investigación sobre este tema.

Referencias

1. Armstrong LE, Giersch GEW, Dunn L, Fiol A, Muñoz CX, Lee EC. Inputs to thirst and drinking during water restriction and rehydration. *Nutrients*. 2020;12(9):1-15. <https://doi.org/10.3390/nu12092554>
2. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, et al. Advances in the Management of Perioperative Patients' Thirst. *AORN J*. 2020;111(2):165-79. <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
3. Nascimento LA, Garcia AKA, Conchon MF, Lopes MVO, Fonseca LF. Concept analysis of Perioperative Thirst for the

development of a new nursing diagnosis. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(1):e20200065. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0065>

4. Nascimento LA, Lopes MVO, Fonseca LF. Development and validation of a new nursing diagnosis: Perioperative thirst. *Int J Nurs Terminol Knowledge*. 2021;2047-3095.12319. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12319>
5. Udayasankar M, Udupi S, Shenoy A. Comparison of perioperative patient comfort with "enhanced recovery after surgery (ERAS) approach" versus "traditional approach" for elective laparoscopic cholecystectomy. *Indian J Anaesth*. 2020;64(4):316-21. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_782_19
6. Maldonado RN, Conchon MF, Birolim MM, Fonseca LF. Thirst of the orthopedic surgical patient in the immediate postoperative. *Rev Baiana Enferm*. 2020;34(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.34533>
7. Lee CW, Liu ST, Cheng YJ, Chiu CT, Hsu YF, Chao A. Prevalence, risk factors, and optimized management of moderate-to-severe thirst in the post-anesthesia care unit. *Sci Rep*. 2020;10(1):16183. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-73235-5>
8. Al-Robeye AM, Barnard AN, Bew S. Thirsty work: Exploring children's experiences of preoperative fasting. *Pediatr Anesth*. 2020;30(1):43-9. <https://doi.org/10.1111/pan.13759>
9. Marsman M, Kappen TH, Vernooij LM, van der Hout EC, van Waes JA, van Klei WA. Association of a Liberal Fasting Policy of Clear Fluids Before Surgery With Fasting Duration and Patient Well-being and Safety. *JAMA Surg*. 2023;158(3):254-63. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2022.5867>
10. Al Sebaee HA, Elhadary SM. Effectiveness of A Care Bundle on Postoperative Thirst Relief and Oral Condition among Patients Undergoing Abdominal Surgeries. *IOSR-JNHS [Internet]*. 2017 [cited 2022 Dec 13];6:82-90. <https://www.iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol6-issue5/Version-4/M0605048290.pdf>
11. Carey SK, Conchin S, Bloomfield-Stone S. A qualitative study into the impact of fasting within a large tertiary hospital in Australia - the patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2015;24(13-14):1946-54. <https://doi.org/10.1111/jocn.12847>
12. Silva RPJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32(0). <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26070>
13. Pierotti I, Fracarolli IFL, Fonseca LF, Aroni P, Pierotti I, Fracarolli IFL, et al. Evaluation of the intensity and discomfort of perioperative thirst. *Esc Anna Nery*. 2018;22(3):1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0375>
14. Herdman TH, Kamitsuru S. *Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021-2023*. 12th ed. New York, NY: Thieme; 2021. 592 p.

15. Lopes MVO, Silva VM. Métodos avançados de validação de diagnósticos de enfermagem. In: Herdman TH, organizator. PRONANDA Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem – Conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 87-132.
16. Martins PR, Fonseca LF, Rossetto EG. Developing and validating the Perioperative Thirst Discomfort Scale. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51(0). <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016029003240>
17. Pinto TCC, Machado L, Bulgacov TM, Rodrigues-Júnior AL, Costa MLG, Ximenes RCC, et al. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) screening superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the detection of mild cognitive impairment (MCI) and Alzheimer’s Disease (AD) in the elderly? *Int Psychogeriatrics*. 2019;31(4). <https://doi.org/10.1017/s1041610218001370>
18. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing [Software]. Vienna; 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.R-project.org/>
19. Belete KG, Ashagrie HE, Workie MM, Ahmed SA. Prevalence and factors associated with thirst among postsurgical patients at University of Gondar comprehensive specialized hospital. Institution-based cross-sectional study. *J Patient-Rep Outcomes*. 2022;6(1):69. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00476-5>
20. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Serato VM, et al. Prevalence, intensity and discomfort of thirst in surgical patients in the immediate post-operative period. *Rev SOBECC*. 2019;24(2):85-90. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020006>
21. Ford C, McCormick D, Parkosewich J, Derycke-Chapman K, Marshall J, Mancarella J, et al. Safety and effectiveness of early oral hydration in patients after cardiothoracic surgery. *Am J Crit Care*. 2020;29(4):292-300. <https://doi.org/10.4037/ajcc2020841>
22. Serato VM, Fonseca FL, Birolim MM, Rosseto EG, Mai LD, Garcia AKAG. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):600-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0057>
23. Dorrance M, Copp M. Perioperative fasting: A review. *J Perioper Pract*. 2020;30(7-8):204-9. <https://doi.org/10.1177/1750458919877591>
24. Togo HYA, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. *Burn Open*. 2020;4(4):176-82. <https://doi.org/10.1016/j.burnso.2020.06.004>
25. Campana MC, Fonseca LF, Lopes DFM, Martins PR. Perceptions of caregivers about surgical children’s thirst. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2015;16:799-808. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600005>
26. Ak ES, Türkmen A, Sinmaz T, Biçer ÖS. Evaluation of Thirst in the Early Postoperative Period in Patients Undergoing Orthopedic Surgery. *J Perianesth Nurs*. 2022;S1089-9472(22)00455-5. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.08.007>
27. Silva LCJR, Aroni P, Fonseca LF. I am thirsty! Experience of the surgical patient in the perioperative period. *Rev SOBECC*. 2016;21(2):75. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201600020003>
28. Silva TTM, Dantas JKS, Araújo SCM, Silva SO, Dantas DV, Dantas RAN. Strategies for thirst management in postoperative adult patients: a scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(4):e20220154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0154>
29. Aroni P, Fonseca LF, Ciol MA, Margatho AS, Galvão CM. The use of mentholated popsicle to reduce thirst during preoperative fasting: A randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. 2020;29(5-6):840-51. <https://doi.org/10.1111/jocn.15138>
30. Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Uchôa ET, Fonseca LF. Effects of ice popsicle on vasopressin, osmolality, thirst intensity, and thirst discomfort. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20190449. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190449>
31. Garcia AKA, Furuya RK, Conchon MF, Rossetto EG, Dantas RAS, Fonseca LF. Menthol chewing gum on preoperative thirst management: Randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3180. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3070.3180>
32. Oliveira CB, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Furuya RK, Rodrigues R, et al. Effects of carbohydrate use on preoperative thirst: a randomized clinical trial. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(5):e20210355. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0355>
33. Carroll H. Redefining thirst: A conceptual four-compartment model characterising types of thirst, and their underlying mechanisms and interactions. *NutriXiv*. 2020. <https://doi.org/10.31232/OSF.IO/Q7GVD>
34. Lopes MVO, Silva VM, Araujo TL. Validation of nursing diagnosis: challenges and alternatives. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(5):649-55. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01213.x>
35. Panebianco A, Laforgia R, Volpi A, Punzo C, Vacca G, Minafra M, et al. Preoperative fasting - “nihil per os” a difficult myth to break down: A randomized controlled study. *G Chir [Internet]*. 2020 [cited 2022 Dec 13];41(1):84-93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32038017>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Obtención de datos:** Leonel Alves do Nascimento. **Análisis e interpretación de los datos:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Análisis estadístico:** Leonel Alves do Nascimento, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Redacción del manuscrito:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Leonel Alves do Nascimento, Marília Ferrari Conchon, Aline Korki Arrabal Garcia, Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Ligia Fahl Fonseca. **Todos los autores aprobaron la versión final del texto.**

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 13.12.2022
Aceptado: 28.05.2023

Editora Asociada:
Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Leonel Alves do Nascimento
E-mail: leonel_lan@hotmail.com
 <https://orcid.org/0000-0002-9590-6360>