



Elaboración de protocolos de seguridad para el manejo de la sed en pacientes post-extubados y traqueostomizados*


Isabela Bossi Faleiros¹

 <https://orcid.org/0000-0003-3572-3244>


Meiriane Pizani Scobare de Oliveira¹

 <https://orcid.org/0000-0001-5300-1662>

Aline Franco da Rocha¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1187-0672>

Lígia Fahl Fonseca¹

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

Destacados: **(1)** La sed es intensa en pacientes post-extubados y traqueostomizados, pero no es tratada. **(2)** No existen protocolos con criterios de seguridad para manejar la sed en esta población. **(3)** Se elaboraron protocolos basados en evidencias con seis criterios de seguridad. **(4)** Los protocolos innovadores ayudan en la toma de decisiones del enfermero. **(5)** Permiten, mediante seis criterios de seguridad, la evaluación y manejo de la sed.

Objetivo: elaborar, con base en evidencias, dos protocolos distintos con criterios de seguridad para pacientes post-extubados y traqueostomizados con el fin de respaldar la administración de métodos de alivio de la sed. **Método:** estudio metodológico dividido en dos fases: definición del alcance y elaboración de los protocolos. Se identificaron criterios de seguridad que fueron sometidos a evaluación de confiabilidad de las evidencias mediante el sistema *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation* (GRADEpro). Los criterios fueron incorporados en flujogramas con sus respectivos manuales operativos. Los panelistas formularon recomendaciones y se calculó el Índice de Validez de Contenido. **Resultados:** se desarrollaron dos protocolos y sus respectivos manuales para la evaluación de seguridad en la administración de métodos de alivio de la sed: uno para pacientes post-extubados y otro para traqueostomizados. Criterios de seguridad enumerados: nivel de consciencia, signos de insuficiencia respiratoria, náusea y/o vómito, capacidad de deglución, tos/protección de las vías aéreas, alteración de la voz y funcionamiento adecuado de la cánula de traqueostomía. Se obtuvo recomendación de los panelistas con un Índice de Validez de Contenido del 87%. **Conclusión:** los protocolos clínicos, con seis criterios de seguridad cada uno, basados en evidencias para el manejo de la sed en pacientes post-extubados y traqueostomizados, son innovadores, permiten la evaluación de seguridad para el manejo de la sed y tienen validez de contenido.

Descriptores: Sed; Extubación Traqueal; Traqueostomía; Protocolos Clínicos; Guía de Práctica Clínica; Unidades de Cuidados Intensivos.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Elaboração de protocolos de segurança baseados em evidências para o manejo da sede em pós-extubados e traqueostomizados", presentada en la Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Faleiros IB, Oliveira MPS, Rocha AF, Fonseca LF. Development of safety protocols for managing thirst in post-extubated and tracheostomized patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2025;33:e4497. [cited ____ ____ ____]. Available from: _____. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7376.4497>

_____|_____|_____|
año mes día

Introducción

Diversas poblaciones de pacientes en restricción hídrica sufren de sed no tratada. Los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en particular, presentan una alta prevalencia de intensidad y malestar por la sed, que varía de 69,8%⁽¹⁾ a 76,1%⁽²⁾. Los principales factores que desencadenan este malestar incluyen: uso de opioides y diuréticos, medicamentos inhalatorios, niveles séricos de sodio y glucosa, capacidad de ingesta oral, ayuno, cirugías, osmolaridad y Ventilación Mecánica (VM)⁽³⁻⁴⁾.

La sed en el paciente crítico es prevalente y su manejo es desafiante; sin embargo, paradójicamente, con frecuencia es descuidada⁽⁵⁻⁷⁾. El equipo relaciona la sed principalmente con factores osmóticos y volumétricos (sed homeostática), enfocando su tratamiento únicamente en la rehidratación intravenosa. No obstante, la sed no homeostática se desencadena por estímulos de sequedad provenientes de la orofaringe, entre otros⁽⁸⁻⁹⁾, lo cual es particularmente relevante para su manejo en pacientes post-extubados y traqueostomizados.

La sed ocupa un papel principal en la percepción de estrés y sufrimiento de los pacientes en UCI. El uso de dispositivos como el tubo orotraqueal (TOT) y la necesidad de VM forman parte del día a día, lo cual provoca que la cavidad oral permanezca abierta y expuesta durante períodos prolongados. Debido a esto, los pacientes describen su experiencia de sed como una sensación abrumadora y constante, que se ha manifestado como prevalente⁽¹⁰⁾ e intensa⁽⁵⁾, siendo el principal y más aterrador factor estresante⁽¹¹⁾, un síntoma angustiante⁽¹²⁾ y el segundo mayor malestar en la UCI⁽¹³⁾. Cuando el paciente está consciente y bajo VM, significa que es dolorosamente consciente del malestar que causa la sed⁽¹⁴⁾.

A medida que el cuidado intensivo se vuelve resolutivo, el paciente mejora, lo cual culminará en su extubación o en la sustitución del TOT por un dispositivo de larga permanencia, en este caso, la traqueostomía (TQT)⁽¹⁵⁾. Después de la extubación o durante el mantenimiento de una TQT en VM, es práctica clínica mantener al paciente en ayuno de sólidos y líquidos debido al riesgo de disfagia.

Este es un momento en el cual el paciente, tras haber estado intubado durante largos períodos, se queja insistentemente de sed, lo que hace urgente la necesidad de manejar este malestar. No existe consenso establecido en cuanto al momento ideal para la realización de pruebas que confirmen la presencia de disfagia, con prácticas que varían de 6 hasta 24 horas de ayuno. Sin embargo, estos procedimientos carecen de estandarización y no siguen directrices claras basadas en evidencias⁽¹⁶⁾.

La complicación más preocupante al considerar la introducción temprana de alimentos líquidos y sólidos es la

disfagia post-extubación (DPE), que afecta al 41% de los adultos gravemente enfermos. Esta contribuye al aumento de las tasas de neumonía, prolongando la estancia en la UCI y generando mayores costos de atención en salud⁽¹⁷⁾.

Es necesario desarrollar protocolos que contrarresten la disfagia y hagan posible el alivio de la sed en pacientes críticos. Algunas estrategias que utilizan sustancias frías y mentoladas^(1,18-25) han demostrado efectividad en el alivio de la sed en pacientes críticos. No obstante, no se ha identificado en la literatura la existencia de protocolos que permitan a los enfermeros en las UCI evaluar la seguridad en la utilización de estrategias para el manejo de la sed, particularmente para los pacientes recién extubados y traqueostomizados.

La elaboración de un protocolo clínico basado en evidencias sólidas fue esencial para guiar el cuidado, posibilitando el manejo temprano de la sed en estas dos poblaciones. La Práctica Basada en Evidencias (PBE) representa un enfoque metodológico que promueve el uso de intervenciones eficaces y exitosas en la práctica clínica, al integrar las mejores evidencias científicas provenientes de investigaciones, experiencia clínica y de relevancia para el paciente, con el objetivo de fundamentar la toma de decisiones⁽²⁶⁾.

Aunque existan estrategias efectivas para mitigar la sed, es fundamental, antes de emplear algún método de alivio, determinar los criterios de seguridad, especialmente en pacientes recién extubados o con traqueostomía. Ante las experiencias en entornos clínicos y las lagunas en la literatura, se hizo evidente la necesidad de elaborar un protocolo basado en evidencias científicas que permita el uso seguro y temprano de métodos para aliviar la sed. El objetivo de este estudio fue elaborar, con base en evidencias, dos protocolos distintos con criterios de seguridad para pacientes con TOT y TQT a fin de respaldar la administración de métodos de alivio de la sed.

Método

Delineamiento del estudio

Se trata de un estudio metodológico con enfoque cuantitativo. La elaboración de protocolos clínicos se basa en datos sólidos y bien fundamentados, lo que resulta en información confiable y validada⁽²⁷⁾.

Como referencia metodológica, se utilizó el manual "Directrices Metodológicas: elaboración de directrices clínicas" del Ministerio de Salud, que consta de dos fases: alcance y elaboración. La primera fase consiste en la definición del tema y del grupo de trabajo y en la construcción de la estrategia de búsqueda de evidencia. La segunda fase, a su vez, comprende la realización de la estrategia de búsqueda, extracción, análisis de las evidencias, opinión de

expertos para el análisis de las evidencias y la elaboración de recomendaciones mediante el Método Delphi y, finalmente, la elaboración de la directriz basada en evidencias⁽²⁷⁾.

Participantes

Para desarrollar los protocolos, se delimitaron diferentes grupos encargados de organizar el proceso, definir el alcance, coordinar el equipo de trabajo, redactar el documento, resumir las evidencias y elaborar recomendaciones. Estos grupos incluyeron individuos con experiencia en el área y especialistas que determinaron las evidencias. De esta forma, para llevar a cabo la investigación, se constituyeron los siguientes grupos: Comité Gestor, Grupo Elaborador y Grupo de Panelistas⁽²⁷⁾.

El Comité Gestor (CG) estuvo compuesto por el investigador principal, su orientador y co-orientador, responsables de la operacionalización del proceso. El Grupo Elaborador (GE) se conformó con la unión del CG y el investigador secundario, quien fue responsable de aplicar la estrategia de búsqueda y elaborar la directriz. El Grupo de Panelistas (GP) estuvo conformado por enfermeros, médicos y fisioterapeutas intensivistas, un fonoaudiólogo y técnicos de enfermería, encargados de participar en la definición de recomendaciones, ayudar en la interpretación de los resultados, formular sugerencias y revisar el contenido de la directriz.

Para la selección del GP, se consideraron profesionales de la salud con más de tres años de experiencia en cuidados intensivos. Se invitó a 17 profesionales, por medio de carta física y medio electrónico, incluidos siete enfermeros, dos fisioterapeutas, un fonoaudiólogo, cinco médicos y dos técnicos de enfermería. Participaron en la investigación 16 profesionales, ya que un técnico de enfermería declinó la invitación.

Definición del tema y estrategia de búsqueda

El tema definido para la directriz fue seguridad para el manejo de la sed en pacientes post-extubados y traqueostomizados en UCI. Se estableció el tema a partir de la demanda observada por los autores y de solicitudes al Grupo de Estudio e Investigación de la Sed (GPS), con sede en la *Universidade Estadual de Londrina* (UEL). Una vez propuesto el tema, la directriz fue elaborada en dos etapas, siguiendo el referente metodológico propuesto. La primera fue enumerar y analizar las evidencias mediante una revisión sistemática (RS) con metaanálisis titulada "Prevención de broncoaspiración en el manejo de la sed en pacientes críticos: revisión sistemática y metaanálisis".

La RS siguió la metodología *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽²⁸⁾

y recibió el número de registro CRD42023429760 en la plataforma PROSPERO, donde los datos de registro indican rigor metodológico en el protocolo de búsqueda. El artículo de revisión, sin embargo, generó resultados extensos y, por lo tanto, no pudo incluirse en este constructo. La búsqueda se realizó el 14 de junio de 2023. Los artículos seleccionados presentaron bajo riesgo de sesgo según las herramientas Rob 2⁽²⁹⁾ y Robins I⁽³⁰⁾, y alta certeza de evidencia por medio del *software* GRADEpro⁽³¹⁾. Bajo este rigor metodológico, fue posible enumerar seis criterios de seguridad para la elaboración de una directriz basada en evidencias para el manejo de la sed en pacientes post-extubados y traqueostomizados, los cuales fueron: nivel de consciencia, protección de las vías aéreas mediante la capacidad de deglutar y toser, oximetría de pulso y ausencia de náuseas/vómito.

Elaboración del protocolo

Aunque no se hayan catalogado en los artículos de la RS, se añadieron a los criterios descritos: alteración de la voz y disfuncionalidad de la traqueostomía. El primero, por estar contemplado en protocolos de cribado de disfagia y reintroducción alimentaria; el segundo, debido al alto riesgo de adversidades por posibles anomalías en la TQT.

Seleccionados los criterios, se procedió a la segunda etapa del estudio, con la elaboración de dos flujogramas y sus respectivos manuales operativos. Los protocolos se denominaron SEDE-E (extubados) y SEDE-T (traqueostomizados) para diferenciar el flujograma en relación con la población objetivo. Se optó por elaborar dos protocolos debido a la especificidad de cada situación clínica: los pacientes recién extubados no presentan dificultad de deglución por la permanencia de la vía aérea definitiva, mientras que los pacientes traqueostomizados presentan menor riesgo de broncoaspiración debido a la protección del *cuff* inflado.

Validación y recomendación de la evidencia

Para la validación de contenido, se emplearon instrumentos separados para los dos flujogramas. En el primer instrumento, Validación de Contenido del Flujograma, se evaluaron cinco dimensiones: impresiones generales sobre el flujograma, diseño, contenido del flujograma, aplicabilidad y pertinencia del contenido del flujograma con el manual operativo. Cada dimensión estaba compuesta por ítems que explicaban lo que debía evaluarse en ella, y los panelistas realizaron juicios sobre cada uno de los ítems. Esta herramienta fue adaptada de los dominios del *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*, AGREE II⁽³²⁾. Las respuestas comprendían una escala Likert de cinco puntos: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo

ni en desacuerdo, de acuerdo y totalmente de acuerdo, seguidas de consideraciones y sugerencias libres de los panelistas. Los ítems evaluados en las dimensiones fueron utilizados para el cálculo del Índice de Validez de Contenido (IVC), considerándose favorables las puntuaciones de “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

El segundo instrumento, Validación de Contenido del Manual Operativo, consistió en juzgar cada ítem del manual en cuanto a su objetividad (permite una respuesta puntual), claridad (explicado de manera clara, simple e inequívoca) y pertinencia (evalúa la seguridad para el manejo de la sed), seguido de sugerencias para reformulación. Cada ítem de la herramienta fue utilizado para el cálculo del IVC, y se consideró favorable la respuesta “sí” para cada juicio.

El tercer instrumento fue el Juicio de la Recomendación de la Intervención. Esta herramienta se compuso de varios ítems cuyo objetivo era ayudar al panelista a realizar su recomendación. Al final de la evaluación, la recomendación podía ser juzgada según lo estipula el GRADEpro: recomendación fuerte en contra de la intervención, recomendación condicional en contra de la intervención, recomendación condicional para la intervención o la comparación, recomendación condicional para la intervención, recomendación fuerte para la intervención⁽³¹⁾. Se consideraron favorables la recomendación condicional para la intervención y la recomendación fuerte para la intervención.

El cuarto y último fue la caracterización socio-ocupacional de los panelistas en cuanto a: edad, profesión, tiempo de actuación, grado de escolaridad, tipo y complejidad de institución en la que trabaja y campo de actuación. La información sirvió para trazar el perfil de los participantes. Concluida la elaboración de los flujogramas y manuales operativos, los respectivos archivos fueron enviados por medio electrónico a los panelistas – tras aceptar su participación –, con las debidas orientaciones de los autores respecto a la lectura y el desarrollo de la evaluación. El autor permaneció disponible para aclarar dudas que no implicaran un impacto en el rigor metodológico. Para alcanzar consenso entre ellos, se utilizó el Método Delphi⁽²⁷⁾, en una ronda, en el período de julio de 2023. Las devoluciones de los panelistas fueron tabuladas en una hoja de cálculo de Excel® (Versión 2308). El cálculo del IVC fue determinado considerando la representatividad de cada ítem y debía alcanzar un índice de concordancia del 80%(33), condición para que el CG aceptara las sugerencias pertinentes.

Después de las sugerencias de los panelistas, se consultó a una fonoaudióloga especialista en disfagia, con quince años de experiencia en UCI. Sus sugerencias, junto con las de los panelistas, contribuyeron a la

formulación de un proceso para evaluar, de manera directa y sistemática, la capacidad de deglutir. Además, después de las modificaciones, se realizó una consulta técnica externa con la coordinadora de enfermería y la jefatura médica de la división de terapia intensiva de la institución del estudio, quienes validaron todas las modificaciones sintetizadas por el CG, tal como establece el Manual de Directrices⁽²⁷⁾.

La metodología propuesta por el manual incluye la consulta con panelistas con el fin de obtener consenso del grupo en relación con la interpretación de las evidencias disponibles, aunque el manual indique que, en la jerarquía de las evidencias para la toma de decisiones en salud, la opinión de expertos se considera de nivel bajo debido a su mayor susceptibilidad a sesgos. Además, recomienda el sistema GRADE por ofrecer una metodología amplia y transparente para la toma de decisiones estructurada, siendo esta la metodología preferida por el Ministerio de Salud⁽²⁷⁾.

De esta forma, el objetivo de la consulta a los panelistas fue la recomendación de las evidencias ya recopiladas, con fuerte indicio de aprobación. Dado que las evidencias pasaron por el sistema GRADEpro⁽³¹⁾, no demostraron sesgo mediante las herramientas Robins I⁽³⁰⁾ y Rob 2⁽²⁹⁾, todas las sugerencias fueron aceptadas, y el protocolo fue recomendado con un índice del 87% en el IVC. El CG juzgó, entonces, que no era necesaria una nueva ronda Delphi de evaluación con el GP.

Aspectos éticos

El estudio respetó los aspectos éticos relacionados con la investigación en seres humanos, de acuerdo con lo establecido en la Resolución CNS 466/12. El proyecto de investigación fue presentado al Comité de Ética en Investigación de la *Universidade Estadual de Londrina* y obtuvo la aprobación ética bajo el número CAAE: 65456622.2.0000.5231.

Resultados

Se desarrollaron dos flujogramas basados en evidencias científicas para el manejo de la sed, respetando las particularidades de cada grupo de pacientes. El primer flujograma fue dirigido a pacientes post-extubados, SEDE-E (Figura 1); el otro, a traqueostomizados, SEDE-T (Figura 2). Los pacientes post-extubados ya no presentan la dificultad de deglución relacionada con el TOT y su *cuff*; mientras que los traqueostomizados, por su parte, permanecen con la cánula traqueal y su *cuff* inflado.

Los flujogramas fueron elaborados junto con sus respectivos manuales operativos. Los manuales ayudan en la aplicación del protocolo y explican cada criterio de seguridad, orientando la toma de decisiones.

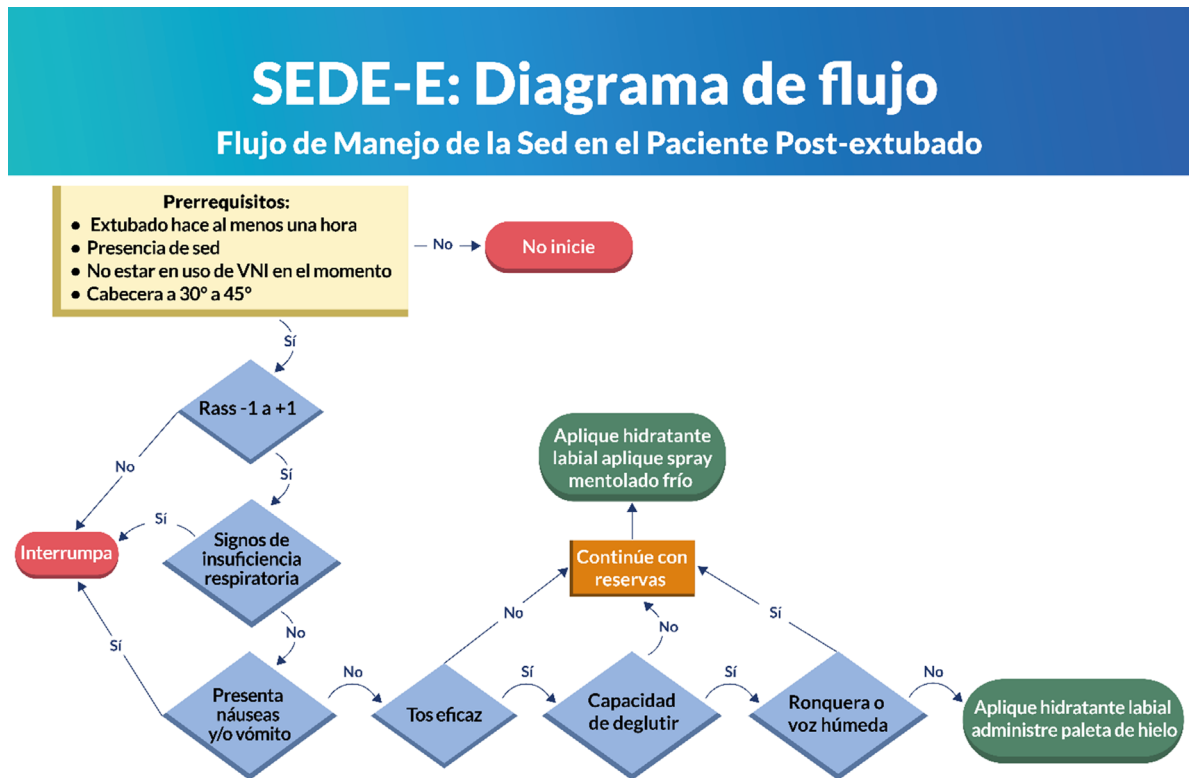


Figura 1 – SEDE-E: Flujo de manejo de la sed en el paciente post-extubado. Londrina, PR, Brasil, 2023

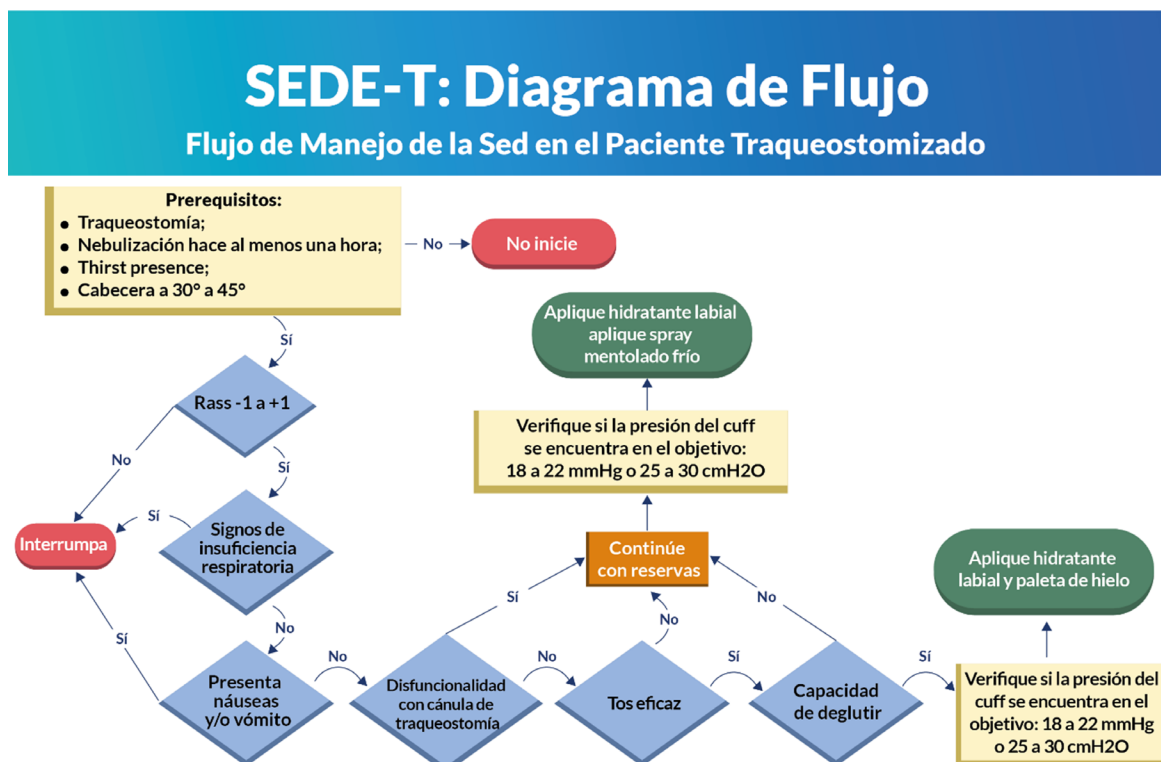


Figura 2 – SEDE-T: Flujo de manejo de la sed en el paciente traqueostomizado. Londrina, PR, Brasil, 2023

Participaron 16 panelistas: siete enfermeros, dos fisioterapeutas, un fonoaudiólogo, cinco médicos y un técnico de enfermería. La caracterización sociodemográfica de los panelistas se describe en la Tabla 1.

Tabla 1 – Distribución de las características sociodemográficas y profesionales de los participantes del estudio (n = 16). Londrina, PR, Brasil, 2023

Variables	n	%
Formación profesional		
Enfermería	07	43,7
Medicina	05	31,2
Fisioterapia	02	12,5
Fonoaudiología	01	06,3
Técnico en Enfermería	01	06,3
Formación educacional		
Curso Técnico	01	06,3
Especialización	04	25,0
Maestría	05	31,2
Doctorado	06	37,5
Tamaño de la institución de trabajo		
Especial (más de 500 camas)	03	18,7
Gran tamaño (151-500 camas)	12	75,0
Mediano tamaño (51–150 camas)	01	06,3
Edad		
Hasta 31 años	01	06,3
Entre 31 a 40 años	08	50,0
Entre 41 a 50 años	03	18,7
Más que 50 años	04	25,0
Tiempo de actuación profesional		
Entre 5 y 10 años	03	18,7
Entre 11 y 15 años	03	18,7
Entre 16 y 20 años	01	06,3
Entre 21 y 25 años	02	12,5
Entre 26 y 30 años	01	06,3
Más que 31 años	04	25,0
No respondieron	02	12,5

La Validación de Contenido del Flujograma para el SEDE-E mostró que el ítem sobre el orden de los criterios alcanzó un IVC de 0,75 de concordancia; por lo tanto, se modificó el orden de los criterios a una secuencia más lógica.

La dimensión sobre el contenido del manual operativo, tanto en SEDE-E (0,68) como en SEDE-T (0,62), no alcanzó el 80% de concordancia, por lo que se sugirieron modificaciones para mejorar la evaluación de la deglución (Tabla 2).

Tabla 2 – Índice de validez de contenido del instrumento de validación de contenido del flujograma y manual operativo. Londrina, PR, Brasil, 2023

Dimensiones	IVC* SEDE-E	IVC* SEDE-T
IVC* Validación de Contenido del Flujograma		
Impresiones Generales		
Su uso es fácil	1,00	1,00
Es autoexplicativo	1,00	1,00
Es didáctico	1,00	1,00
Diseño del Flujograma		
La composición visual es atractiva y está bien organizada	0,87	0,87
El orden de los criterios de seguridad es adecuado	0,75	0,87

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Dimensiones	IVC* SEDE-E	IVC* SEDE-T
El flujograma es de fácil lectura	0,93	1,00
Los colores utilizados en el diseño del flujograma son pertinentes	0,93	0,93
Contenido del Flujograma		
Los criterios de seguridad indicados en los rombos del flujograma están claros	0,81	0,81
Los criterios de seguridad se presentan de manera organizada en una secuencia correcta	0,87	0,81
Aplicabilidad del Flujograma		
Las recomendaciones del flujograma tienen aplicabilidad práctica	0,87	0,81
Contenido del Manual Operativo		
El contenido es coherente con el flujograma	0,93	0,87
La información es adecuada	0,75	0,81
La información es suficiente para el uso del flujograma	0,68	0,62
IVC* Validación de Contenido del Manual Operativo		
Prerrequisitos		
Objetivo	1,00	0,87
Claro	0,93	0,62
Pertinente	0,87	0,81
Examen preliminar		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,87	0,93
Pertinente	1,00	1,00
Nivel de consciencia		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	1,00	1,00
Pertinente	0,81	0,81
Oximetría de pulso		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,93	0,93
Pertinente	0,81	0,81
Náusea y/o vómito		
Objetivo	1,00	1,00
Claro	0,93	0,93
Pertinente	1,00	1,00
Deglución eficaz		
Objetivo	0,87	0,87
Claro	0,75	0,81
Pertinente	0,87	0,87
Alteración de voz		
Objetivo	0,93	-
Claro	0,87	-
Pertinente	1,00	-
Disfuncionalidad con la cánula de traqueostomía		
Objetivo	-	0,93
Claro	-	0,87
Pertinente	-	0,93
Tos y/o limpiar garganta eficaz		
Objetivo	0,93	0,93
Claro	0,93	0,87
Pertinente	1,00	0,93
Estrategia de manejo da sede		
Objetivo	1,00	0,93
Claro	0,93	0,87
Pertinente	0,93	0,93

*IVC = Índice de Validación de Contenido

El instrumento de Validación de Contenido del Manual Operativo obtuvo una evaluación satisfactoria, con solo un criterio por debajo del 80% en el IVC, en el SEDE-E, referente a la claridad sobre cómo evaluar la deglución; se sugirió mejorar la forma de evaluar la deglución. En cuanto a la evaluación del SEDE-T en este instrumento, el ítem de claridad en los prerrequisitos obtuvo un valor de 0,62, debido

a un error de diagramación en la explicación de este manual; se aceptó la sugerencia y se corrigió el flujograma (Tabla 2).

El resultado del último instrumento – Juicio de la Recomendación de la Intervención – alcanzó un IVC del 87% a favor de la intervención con los protocolos SEDE-E y SEDE-T. En vista de ello, el GP recomendó la directriz elaborada, sin necesidad de ajustes adicionales.

Después de calcular el IVC de los instrumentos de evaluación, se procedió a evaluar las sugerencias de los panelistas. Se recopilaron las sugerencias y se aceptaron cuando fueron pertinentes (Figura 3). La consulta externa

con las coordinadoras de enfermería y las médicas de todas las UCI de la institución sede resultó en consenso y conformidad respecto a los puntos, logrando un IVC superior al 80% en todos los criterios.

Ítems	SEDE-E	SEDE-T
Prerrequisitos	Adición: la estrategia de alivio de la sed no saca al paciente del ayuno, y la cabecera debe estar a 30° a 45°	Adición: la estrategia de alivio de la sed no saca al paciente del ayuno, y la cabecera debe estar a 30° a 45°.
Nivel de consciencia	Cambio en el parámetro de RASS* de 0 a +2 a RASS* -1 a +1.	Cambio en el parámetro de RASS* de 0 a +2 a RASS* -1 a +1.
Signos de insuficiencia respiratoria	Modificación en la saturación de oxígeno e inclusión en un criterio más amplio: signos de insuficiencia respiratoria.	Modificación en la saturación de oxígeno e inclusión en un criterio más amplio: signos de insuficiencia respiratoria.
Náusea y/o vómito	Sin cambios	Sin cambios
Tos eficaz	Reubicación a la cuarta posición de los rombos.	Reubicación a la quinta posición de los rombos.
Capacidad de deglutir	Reubicación a la quinta posición de los rombos. Para evaluar la deglución, es necesario posicionar el segundo y tercer dedo sobre el hueso hioides, pedir al paciente que cierre los labios y luego degluta, observando la elevación de la laringe.	Reubicación a la sexta posición de los rombos. Para evaluar la deglución, es necesario posicionar el segundo y tercer dedo sobre el hueso hioides, pedir al paciente que cierre los labios y luego degluta, observando la elevación de la laringe.
Alteración de voz	Reubicación a la sexta posición de los rombos y eliminación de la auscultación cervical.	-
Disfuncionalidad de la cánula de traqueostomía	-	Reubicación a la cuarta posición de los rombos.

*RASS = Escala de Agitación-Sedación de Richmond

Figura 3 – Modificaciones realizadas en los protocolos SEDE-E y SEDE-T tras sugerencias de los panelistas. Londrina, PR, Brasil, 2023

Discusión

La originalidad de este estudio radica en la elaboración, basada en evidencias científicas, de dos protocolos clínicos de seguridad para el manejo de la sed: uno para pacientes post-extubados y otro para traqueostomizados, en un enfoque innovador. Permiten evaluar, mediante criterios de seguridad, la posibilidad de que enfermeros apliquen estrategias de alivio de la sed de forma segura en menos de 24 horas tras la extubación e incluso en pacientes traqueostomizados, abriendo espacio para el tratamiento temprano de la sed en pacientes que experimentan un gran malestar debido a la restricción hídrica impuesta en esta fase terapéutica⁽²⁷⁾.

Dado que este no es el método más utilizado para la elaboración de protocolos clínicos, resultó difícil encontrar un instrumento de validación de contenido tanto para los flujogramas como para los manuales operativos. Por ello, se utilizó una herramienta basada en los dominios del *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*, AGREE II, que evalúa el rigor metodológico y la transparencia de las directrices. Además, los panelistas contaron con el apoyo de la herramienta GRADEpro para formular el juicio de recomendación⁽³¹⁻³²⁾.

Los criterios de seguridad enumerados son consistentes con otros protocolos que buscan evaluar la disfagia, como el *Gugging Swallowing Screen Intensive Care Unit* (GuSS-ICU)⁽³⁴⁾. Aunque no era el enfoque de esta investigación, la prevención de la broncoaspiración es un objetivo compartido. En el flujograma elaborado, se inicia con los prerrequisitos, con el criterio de cabecera elevada a 30°-45°. Tras la ronda Delphi, dos panelistas sugirieron que este fuera un criterio de exclusión, ya que algunos pacientes no pueden elevar la cabecera y, por lo tanto, tienen mayor riesgo de aspiración pulmonar.

El nivel de consciencia es, en su mayoría, el primer criterio a evaluar. Otros estudios que abordan el alivio de la sed^(1,20-21,35) o la evaluación de la disfagia⁽³⁴⁾ en pacientes críticos han considerado este parámetro mediante preguntas cognitivas simples^(1,20,35), la Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS)^(21,34) o la Escala de Coma de Glasgow (ECG)⁽²¹⁾. Estar despierto y alerta, aunque no necesariamente orientado, no impide que el paciente reciba estrategias de alivio de la sed. En este ítem, se sugirió el uso de la ECG, pero el CG, junto con el apoyo de las jefaturas médicas y de enfermería de la institución, consideró suficiente ampliar el parámetro de

la RASS, lo cual garantiza la seguridad en el criterio de nivel de conciencia.

Como sugirieron los panelistas, se incluyó la oximetría de pulso dentro de un criterio más amplio de insuficiencia respiratoria para una mayor seguridad en la evaluación. También se añadieron a este criterio: disnea, uso de musculatura accesoria (tiraje intercostal, retracción de la fúrcula y abdominal), saturación de oxígeno <92% y presencia de estridor laríngeo. La frecuencia respiratoria, la oximetría y la presencia de estridor son criterios relevantes en otros protocolos de evaluación de disfagia, aunque no con esta terminología específica⁽³⁴⁾.

La ausencia de náuseas y vómitos se consideró un criterio esencial para prevenir eventos adversos tras la intervención de alivio de la sed. La broncoaspiración es la complicación más temida en estudios que evalúan la reintroducción de líquidos y sólidos^(1,20-21,34), y también forma parte de un protocolo de seguridad para el manejo de la sed en pacientes quirúrgicos⁽³⁶⁾. Este criterio obtuvo una total concordancia en la evaluación del GP.

La tos es esencialmente un mecanismo de protección de las vías aéreas⁽³⁵⁾. Por medio de este reflejo, se asegura que, si hay secreciones o cuerpos extraños en las vías aéreas superiores, estos sean expulsados. En el contexto del manejo de la sed, una tos eficaz permite que la estrategia utilizada para aliviar la sed no obstruya las vías aéreas ni provoque broncoaspiración. La acción de aclarar la garganta de manera intencionada y vigorosa es suficiente para la protección de las vías aéreas. Este criterio se identifica en estudios sobre manejo de la sed y reintroducción alimentaria^(1,21,34-35) y contó con el consenso de todos los jueces en este ítem.

Al igual que la tos, la deglución es un mecanismo esencial de protección de las vías aéreas, sobre todo para el objetivo de este estudio. Una RS con metaanálisis mostró que el 41% de los pacientes post-extubados presentan disfagia, lo que provoca aspiración pulmonar, independientemente de si la intubación fue corta (<48 horas) o prolongada (>48 horas)⁽¹⁷⁾. La evaluación de la disfagia con el fin de reintroducir la alimentación es considerada esencial como medida protectora⁽³⁴⁾. El manejo de la sed difiere de la reintroducción alimentaria, ya que no interrumpe el ayuno, sino que busca aliviar de manera segura el malestar de la sed mediante el uso de sustancias frías y mentoladas en bajo volumen.

Los panelistas presentaron importantes sugerencias sobre el criterio de evaluación de la deglución. Tras una reunión con la fonoaudióloga, se definió que la deglución sería evaluada observando la elevación del hueso hioides mientras se pide al paciente que cierre los labios. Durante la deglución, el hueso hioides, situado sobre la laringe, se eleva en dirección superior y anterior⁽³⁶⁾. De esta manera,

es posible evaluar la elevación laríngea y, en consecuencia, la deglución, colocando el segundo y tercer dedos sobre este hueso⁽³⁷⁾.

El último criterio en el caso del SEDE-E es la alteración de la voz. Aunque no fue un ítem encontrado en los artículos de la RS realizada, los protocolos que evalúan el regreso a la alimentación oral consideran relevante la alteración de la voz⁽³⁴⁾.

En el SEDE-T no se incluyó la alteración de voz debido a la presencia de la cánula de traqueostomía; en su lugar, se introdujo el criterio de disfuncionalidad de la cánula. Cuando hay disfunción del tubo en pacientes con TQT, estos tienen mayor riesgo de eventos adversos o mal pronóstico. Ejemplos de esto incluyen fugas de *cuff*, presión de *cuff* por encima de lo recomendado, sangrados, mala posición y problemas en la ostomía⁽³⁷⁾. Este ítem también contó con la concordancia de todos los jueces.

Las estrategias sugeridas para el manejo de la sed fueron paleta de hielo de 20 mililitros mentolada o no, y spray frío mentolado, ambos en combinación con hidratante mentolado. La efectividad de la paleta de hielo mentolada o no ha sido demostrada en diversos Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)^(23,38-39), y ha sido utilizada extensamente por pacientes en la Sala de Recuperación Anestésica⁽³⁹⁾. Una sola paleta de hielo mentolada reduce la intensidad de la sed en un 80,6% y el malestar en un 75,9%⁽³⁹⁾. Cabe destacar que el uso de hielo ayuda en la recuperación de la disfagia al activar los músculos de la deglución⁽⁴⁰⁾.

La temperatura fría y el mentol activan los receptores orofaríngeos, enviando señales directamente al sistema nervioso central, lo cual reduce la necesidad de beber agua en aproximadamente dos minutos^(9,41-43). Esto permite saciar la sed sin grandes volúmenes de líquido y de forma más rápida. Otra ventaja es que el derretimiento de la paleta es lento, lo que aumenta la seguridad para el alivio de la sed en comparación con la ingesta de agua en mayores volúmenes.

El spray frío mentolado comparte los mismos principios de activación de los termorreceptores orales y puede ser utilizado en pacientes que no pueden toser o deglutir, tienen alteración de voz o presentan disfuncionalidad en la cánula de TQT. Una estrategia de alivio de la sed basada en spray es segura, ya que es fácil de usar y distribuir pequeñas gotas de agua (0,1 mililitro) de manera uniforme en la mucosa bucal, lo cual humedece la mucosa oral y controla la cantidad de líquido aplicado, reduciendo posibles reacciones adversas y proporcionando un alto grado de seguridad⁽¹⁾.

Tras las modificaciones y la aprobación de dos doctoras especialistas en UCI, los flujogramas SEDE-E y SEDE-T fueron concluidos. Ambos protocolos son

un recurso para que pacientes post-extubados y traqueostomizados puedan aliviar el intenso y angustiante síntoma de la sed mediante un manejo simple.

Como limitación del estudio, se considera la realización de solo una ronda de la Técnica Delphi, aunque esta debilidad fue compensada mediante el consenso alcanzado con otro grupo de evaluadores de medicina y enfermería con amplia experiencia en terapia intensiva. El grupo de panelistas, mayoritariamente de dos hospitales del sur y sureste de Brasil, representa una limitación, ya que otras regiones del país pueden tener diferentes perspectivas. Futuras evaluaciones de los protocolos en otros contextos contribuirán a su validación en poblaciones y realidades diferentes. Otra limitación fue la escasez de estudios sobre el manejo de la sed en la población de traqueostomizados, especialmente en relación con la evaluación de criterios de seguridad, lo cual limitó las posibilidades de comparación. Se sugiere evaluar la aplicación de los protocolos en diversos escenarios, considerando variables intervinientes y resultados, así como los beneficios percibidos por los pacientes y el equipo de salud.

Este estudio contribuye a la práctica de los enfermeros intensivistas, apoyando la toma de decisiones y permitiendo reducir de manera segura la sed de los pacientes críticos, basada en evidencias científicas. Además, destaca la necesidad de realizar estudios en esta temática y de evaluar los protocolos en la práctica clínica. Finalmente, no solo incentiva a los profesionales a prestar una atención intencional a la sed de los pacientes recién extubados y traqueostomizados, sino que también pone a disposición dos instrumentos que pueden permitir aliviar de manera segura la sed y el sufrimiento de los pacientes críticos.

Conclusión

La elaboración de dos protocolos clínicos basados en evidencias, orientados a la seguridad en el manejo de la sed en pacientes críticos post-extubados y traqueostomizados, representa una innovación y un avance en el cuidado humanizado. Estos protocolos proponen seis criterios de seguridad cada uno: nivel de consciencia, signos de insuficiencia respiratoria, náusea y/o vómito, tos eficaz, capacidad de deglutir y alteración de voz, y, en el caso de traqueostomía, disfuncionalidad de la cánula. Dispuestos en flujogramas de fácil comprensión, acompañados de un manual operativo, los protocolos recién desarrollados, además de contar con validez de contenido, abren posibilidades para evaluar la seguridad en el alivio de la sed en pacientes críticos, contribuyendo a reducir el malestar asociado a este síntoma.

Referencias

1. Lin R, Chen H, Chen L, Lin X, He J, Li H. Effects of a spray-based oropharyngeal moisturising programme for patients following endotracheal extubation after cardiac surgery: A randomised, controlled three-arm trial. *Int J Nurs Stud*. 2022;130:104214. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104214>
2. Negro A, Villa G, Greco M, Ciriolo E, Luraschi EL, Scaramuzzi J, et al. Thirst in patients admitted to intensive care units: an observational study. *Ir J Med Sci*. 2021;191:2283-9. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02817-7>
3. Lin R, Li H, Chen L, He J. Prevalence of and risk factors for thirst in the intensive care unit: an observational study. *J Clin Nurs*. 2022;32(3-4). <https://doi.org/10.1111/jocn.16257>
4. Xie XM, Huang D, Chun S, Bai DX, Lu XY, Li Y, et al. Factors influencing thirst in ICU patients: A mixed methods systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;86:103811-1. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103811>
5. Saltnes-Lillegård C, Rustøen T, Beitland S, Puntillo K, Hagen M, Lerdal A, et al. Self-reported symptoms experienced by intensive care unit patients: a prospective observational multicenter study. *Intensive Care Med*. 2023;49(11):1370-82. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07219-0>
6. Takahashi T, Oyama Y, Sakuramoto H, Tamoto M, Sato T, Nanjo Y, et al. Nurses' Attitudes, Practices, and Barriers to Assessing Symptoms of Discomfort in Mechanically Ventilated Patients: A Cross-Sectional Study. *SAGE Open Nurs*. 2024;10. <https://doi.org/10.1177/23779608241245209>
7. Robayo-Amortegui H, Quintero-Altare A, Florez-Navas C, Serna-Palacios I, Suárez-Saavedra A, Buitrago-Bernal R, et al. Fluid dynamics of life: exploring the physiology and importance of water in the critical illness. *Front Med*. 2024;11. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1368502>
8. Armstrong LE, Kavouras SA. Thirst and drinking paradigms: evolution from single factor effects to brainwide dynamic networks. *Nutrients*. 2019;11(12):2864. <https://doi.org/10.3390/nu11122864>
9. Nakaya TG, Conchon MF, Korki A, Pierotti I, Uchôa ET, Fonseca LF. Pre-absorptive satiety: relevance of anticipatory mechanisms care for patients with thirst. *Texto Contexto Enferm*. 2024;33. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0357pt>
10. Gunnels MS, Reisdorf EM, Mandrekar J, Chlan LL. Assessing Discomfort in American Adult Intensive Care Patients. *Am J Crit Care*. 2024;33(2):126-32. <https://doi.org/10.4037/ajcc2024362>

11. Zengin N, Ören B, Üstündag H. The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care*. 2019;25(2):109-16. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>
12. Flim M, Hofhuis J, Spronk P, Jaarsma T. Measuring thirst distress of patients in the intensive care unit. *Nurs Crit Care*. 2021;27(4):576-82. <https://doi.org/10.1111/nicc.12719>
13. Baumstarck K, Boucekine M, Estagnasie P, Geantot MA, Berric A, Simon G, et al. Assessment of patients' self-perceived intensive care unit discomforts: validation of the 18-item version of the IPREA. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1101-5>
14. Holm A, Dreyer P. Intensive care unit patients' experience of being conscious during endotracheal intubation and mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*. 2015; 22(2):81-8. <https://doi.org/10.1111/nicc.12200>
15. Tekin P, Bulut A. Tracheostomy Timing in Unselected Critically Ill Patients with Prolonged Intubation: A Prospective Cohort Study. *J Clin Med*. 2024;13(10):2729. <https://doi.org/10.3390/jcm13102729>
16. Leder SB, Warner HL, Suiter DM, Young NO, Bhattacharya B, Siner JM, et al. Evaluation of swallow function post-extubation: is it necessary to wait 24 hours? *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019;128(7):619-24. <https://doi.org/10.1177/0003489419836115>
17. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2021;34(1):67-75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
18. Gulia S, Kumari V, Khatri N. Effectiveness of an intervention bundle on thirst intensity and dry mouth among patients admitted in ICU. *Int J Health Sci Res* [Internet]. 2019 [cited 2024 July 18];9(5):397-408. Available from: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.5_May2019/59.pdf
19. Doi S, Nakanishi N, Kawahara Y, Nakayama S. Impact of oral care on thirst perception and dry mouth assessments in intensive care patients: an observational study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;66:103073. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103073>
20. Liang T, Li S, Peng Y, Chen Q, Chen L, Lin Y. Oral Hydration 1 Hour After Extubation is safe and effective in cardiac surgery patients: a randomized trial [Preprint]. *Research Square*. 2022. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1422251/v1>
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. Lian R, Zhou S, Guo Y, Liang H, Lin J, Li D, et al. The effect of ice-cold water spray following the model for symptom management on postoperative thirst in patients admitted to intensive care unit: A randomized controlled study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;81:103571. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103571>
23. Mert S, Çalışkan İ, Koruk S. The Effect of Menthol Ice on Laparoscopic Cholecystectomy Patients' Thirst, Dry Mouth, Mouth Taste, and Bad Mouth Odor: A Randomized Controlled Trial. *J Perianesth Nurs*. 2024;39(5). <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.12.024>
24. Gungor S, Tosun B, Candir G, Ozen N. Effects of cold spray on thirst, frequency of oral care, and pain of general surgery intensive care unit patients. *Sci Rep*. 2024;14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-58199-0>
25. Metayazidy HA, Nassar AB, Elsharawy DE, EL-Far AF. Effect of Implementing Nursing Measures on Thirst Perception among Patients in Chest Intensive Care Unit. *Tanta Sci Nurs J*. 2024;33(2):144-62. <https://doi.org/10.21608/tsnj.2024.367616>
26. Straus SE, Glasziou P, Richardson WS, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 5th ed. Edinburgh: Elsevier; 2019. 336 p.
27. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas [Internet]. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 July 18]. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/artigos_publicacoes/diretrizes/diretrizes-metodologicas-elaboracao-de-diretrizes-clinicas-2020.pdf
28. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
29. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:I4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.I4898>
30. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:I4919. <https://doi.org/10.1136/bmj.I4919>
31. GRADEpro Guideline Development Tool [Homepage]. Hamilton: McMaster University; 2022 [cited 2024 July 18]. Available from: grade.pro
32. Brouwers M, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *Can Med Assoc J*. 2010;182(18):E839-842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090449>
33. Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content

validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104. <https://doi.org/10.1093/swr/27.2.94>

34. Christensen M, Trapl M. Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nurs Crit Care.* 2017;23(2):102-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12333>

35. Nascimento LA, Fonseca LF, Rosseto EG, Santos CB. Development of a safety protocol for management thirst in the immediate postoperative period. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(5):834-43. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000009>

36. Donohue C, Mao S, Sejdić E, Coyle JL. Tracking Hyoid Bone Displacement During Swallowing Without Videofluoroscopy Using Machine Learning of Vibratory Signals. *Dysphagia.* 2020;36:259-69. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10124-z>

37. Murray M, Shen C, Massey B, Stadler M, Zenga J. Retrospective analysis of post-tracheostomy complications. *Am J Otol.* 2021;43(2):103350. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2021.103350>

38. 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>

39. Conchon MF, Fonseca LF, Galvão CM. Use of mentholated popsicle in the management of the elderly patient's thirst in the immediate postoperative period: a randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs.* 2021;36(3). <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.09.013>

40. Pisegna JM, Langmore SE. The ice chip protocol: a description of the protocol and case reports. *Perspect ASHA Spec Interest Groups.* 2018;3(13):28-46. <https://doi.org/10.1044/persp3.SIG13.28>

41. Eccles R, Du-Plessis L, Dommels Y, Wilkinson JE. Cold pleasure. why we like ice drinks, ice-lollies and ice cream. *Appetite.* 2013;71:357-60. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.011>

42. Gizowski C, Bourque C. Neurons that drive and quench thirst. *Science.* 2017;357(6356):1092-3. <https://doi.org/10.1126/science.aao5574>

43. Tsai HY, Chao A, Hsiao WL. The effectiveness of cold oral stimuli in quenching postoperative thirst: A systematic review and meta-analysis. *Intensive Crit*

Care Nurs. 2023;75:103359. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103359>

Contribución de los autores

Criterios obligatorios

Que exista una contribución sustancial a la concepción o diseño del artículo o a la adquisición, análisis o interpretación de los datos para el trabajo; que se haya participado en la redacción del trabajo de investigación o en la revisión crítica de su contenido intelectual; que se haya intervenido en la aprobación de la versión final que vaya a ser publicada y que se tenga capacidad de responder de todos los aspectos del artículo de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo están adecuadamente investigadas y resueltas: Isabela Bossi Faleiros, Meiriane Pizani Scobare de Oliveira, Aline Franco da Rocha, Lúgia Fahl Fonseca.

Contribuciones específicas

Supervisión y gestión del proyecto: Lúgia Fahl Fonseca.

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

Recibido: 13.03.2024

Aceptado: 23.10.2024

Editora Asociada:

Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Copyright © 2025 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:

Isabela Bossi Faleiros

E-mail: isabelabossi@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3572-3244>