

Transición del cuidado de pacientes con enfermedades crónicas y su relación con las características clínicas y sociodemográficas*

Larissa Berghetti¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6614-8126>

Márcia Baiocchi Amaral Danielle¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6207-7722>

Vanessa Dalsasso Batista Winter²

 <https://orcid.org/0000-0002-6268-9849>

Ane Gabriele Poli Petersen¹

 <https://orcid.org/0000-0002-9566-2968>

Elisiane Lorenzini^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-8426-2080>

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Destacados: (1) Estudio brasileño que evaluó la transición del cuidado de pacientes con ECNT. (2) Las mujeres tuvieron un promedio más alto en el factor comprensión sobre medicamentos. (3) Blancos y residentes en áreas urbanas evaluaron mejor el plan de cuidados. (4) Una mejor preparación para el automanejo reduce la duración de la estancia y los reingresos. (5) Una mejor preparación para comprender sobre medicamentos reduce el tiempo de hospitalización.

Objetivo: evaluar la transición del cuidado desde la perspectiva de las personas que viven con enfermedades crónicas e identificar su relación con las características clínicas y sociodemográficas. **Método:** estudio transversal, con 487 pacientes dados de alta de un hospital. Se utilizaron los instrumentos de caracterización clínica, sociodemográfica y *Care Transitions Measure-15*, que mide los factores Preparación para el automanejo, Preferencias aseguradas, Comprensión sobre medicamentos y Plan de cuidados. Análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** la transición del cuidado fue satisfactoria ($76,8 \pm 10,4$). Media de factores: Preparación para el automanejo ($82,2 \pm 10,8$), Preferencias aseguradas ($84,7 \pm 14,3$), Comprensión sobre medicamentos ($75,7 \pm 13,7$) y Plan de Cuidados ($64,5 \pm 13,2$). Pacientes del sexo femenino presentaron mayor promedio en el factor comprensión sobre medicamentos. Los blancos y los residentes en áreas urbanas calificaron mejor el Plan de cuidados. La media más alta se observó para el factor Preferencias aseguradas ($84,7 \pm 14,3$) y la más baja para el factor Plan de cuidados ($64,5 \pm 13,2$). En todos los factores se encontraron diferencias significativas en las variables (paciente quirúrgico, tener artefactos clínicos y no estar hospitalizado por COVID-19). Los pacientes internados hasta cinco días presentaron diferencia estadística en los factores Preparación para el automanejo y Comprensión sobre medicamentos. En los pacientes que no reingresaron dentro de los 30 días posteriores al alta, la preparación para el automanejo fue mejor. Cuanto mejor sea la preparación para el automanejo, menores serán las tasas de reingreso a los 30 días. **Conclusión:** en pacientes que viven con enfermedades crónicas, variables sociodemográficas y clínicas están asociadas a la transición del cuidado. Los pacientes que evaluaron mejor la preparación para el automanejo tuvieron menos reingresos dentro de los 30 días.

Descriptorios: Cuidado de Transición; Readmisión del Paciente; Enfermedades Crónicas; Alta Hospitalaria; Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Dirigida al Paciente.

* Artículo parte de la disertación de maestría "Transição do cuidado na perspectiva de pessoas com doenças crônicas", presentada en la Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

¹ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

² Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Curso de Enfermagem, Ijuí, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

⁴ Becaria del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Berghetti L, Danielle MBA, Winter VDB, Petersen AGP, Lorenzini E, Kolankiewicz ACB. Transition of care of patients with chronic diseases and its relation with clinical and sociodemographic characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2023;31:e4013 [cited ____-____-____]. Available from: _____ <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6594.4014>

año mes día

URL

Introducción

A nivel mundial, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son responsables por altas tasas de muertes prematuras, disminución de la calidad de vida (CV) y aumento de los gastos en que incurren las familias y los sistemas de salud⁽¹⁾. En ese sentido, exigen atención continua de los servicios de salud, que necesitan organización e integración en los puntos de la red de atención de salud (RAS), para que ocurra la transición del cuidado (TC)⁽²⁾. La TC se define como el conjunto de acciones planificadas encaminadas a coordinar y continuar la atención de los pacientes, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria, así como el traslado de estas personas entre los diferentes servicios sanitarios⁽³⁾.

Estas acciones están relacionadas con la planificación del alta hospitalaria y la educación del paciente y de la familia para sus cuidados, automanejo y uso de medicamentos, además de promover la coordinación entre los servicios y la comunicación entre los profesionales de la salud para el seguimiento posterior al alta⁽²⁾. La TC del hospital al hogar y la continuidad de la atención en los establecimientos de salud son procesos vulnerables, especialmente para las personas que viven con enfermedades crónicas, con múltiples comorbilidades, regímenes de tratamiento complicados o apoyo limitado del cuidador⁽⁴⁾.

Un estudio con personas que viven con enfermedades crónicas identificó que la falta de planificación e involucramiento del paciente o su familia en la educación y automanejo de su enfermedad y sus medicamentos está relacionada con el aumento de las tasas de reingreso⁽⁵⁾. Por otro lado, la literatura señala que la implementación de estrategias de TC reduce los reingresos por causas evitables, aumenta la CV de los pacientes y sus familias, además de minimizar la ocurrencia de eventos adversos (EA)⁽²⁾.

Una revisión sistemática con metaanálisis mostró que la implementación de un programa de vigilancia posterior al alta redujo el 32% de los reingresos hospitalarios, mientras que el uso de un protocolo estandarizado para mejorar la recuperación posquirúrgica redujo significativamente la duración de la internación en hasta un día y medio de estancia hospitalaria en pacientes con cáncer colorrectal⁽⁶⁾.

Estudios para evaluar la calidad de la TC, desde la perspectiva de los pacientes y familiares durante la hospitalización, se han realizado mediante la *Care Transitions Measure* (CTM), que mide la calidad de la TC desde el alta hospitalaria hasta el domicilio o entre diferentes servicios, por medio de los factores preparación para el automanejo, preferencias aseguradas, comprensión sobre medicamentos y plan de cuidados⁽³⁾. Sin embargo, a nivel internacional, todavía hay pocos estudios que evalúen la TC desde la perspectiva de las personas que viven con ECNT. A partir de una revisión bibliográfica, se encontraron

en bases de datos internacionales estudios desarrollados en Reino Unido⁽⁷⁾, Estados Unidos⁽⁸⁾, Canadá⁽⁹⁻¹⁰⁾ y Suecia⁽¹¹⁻¹²⁾, demostrando que la literatura es aún incipiente.

En Brasil, se encontraron dos estudios que evaluaron la TC: uno en la concepción de pacientes adultos y ancianos con ECNT que fueron dados de alta del servicio de emergencia a sus domicilios^(2,5), y otro en la concepción de pacientes con neoplasia del tracto digestivo que evaluó su TC, así como identificó los factores que influyen en este proceso⁽¹³⁻¹⁴⁾. Por lo tanto, se evidencia un vacío de conocimiento, especialmente en lo que se refiere a la identificación de variables o predictores que puedan incidir en la TC, denotando el carácter inédito del estudio. Esto puede contribuir a plantear nuevos estudios de intervención para apoyar estrategias para transiciones efectivas y la proposición de políticas públicas que discutan este proceso. De acuerdo con una revisión de la literatura, los estudios realizados en Brasil son incipientes^(2,5,14-17) con pacientes que fueron dados de alta de las unidades de ingreso hospitalario, ya sea clínico o quirúrgico.

El objetivo de este estudio es evaluar la transición del cuidado desde la perspectiva de las personas que viven con enfermedades crónicas e identificar su relación con las características clínicas y sociodemográficas de la población estudiada.

Método

Diseño del estudio

Este es un estudio transversal.

Lugar o escenario donde se realizó la recopilación de datos

Unidades de hospitalización clínica y quirúrgica de un hospital general en Rio Grande do Sul, Brasil, que cuenta con 126 camas y una tasa de ocupación hospitalaria entre 83% y 87%.

Periodo

La recolección de datos se realizó de marzo a julio de 2021.

Población

Personas que viven con ECNT.

Criterios de selección

Fueron elegibles pacientes con ECNT hospitalizados, en tratamiento clínico o quirúrgico durante al menos 24

horas, mayores de 18 años, y que tuvieran acceso telefónico después del alta hospitalaria. Los que fueron dados de alta por traslado, que residían en instituciones de larga estancia, así como aquellos que tenían pronóstico reservado y no presentaban condiciones cognitivas para responder el cuestionario, con base en la evaluación de la enfermera, primera autora de este estudio, fueron excluidos.

Definición de la muestra

1112 pacientes estuvieron hospitalizados. De estos, 151 no cumplieron con los criterios de inclusión, además de cuatro negativas, lo que resultó en 957 pacientes elegibles. El muestreo se realizó por conveniencia. Al lado de la cama, los datos sociodemográficos fueron recolectados, de lunes a viernes, en un turno. Inicialmente, se recopilaban datos de 537 pacientes. A estos se les informó que, después del alta, contestarían un instrumento más, vía telefónica. Hubo 50 pérdidas por contacto telefónico fallido realizado tres veces en diferentes momentos.

Procedimientos de recolección de datos

La recolección de datos fue realizada por una estudiante de maestría en enfermería, primera autora del estudio, al lado de la cama durante la hospitalización, por medio de una entrevista para obtener informaciones sociodemográficas (género, edad, domicilio, escolaridad, raza, estado civil). Se accedió a la historia clínica electrónica para variables clínicas (motivo de hospitalización, unidad de hospitalización, tiempo de estancia en la unidad, número de hospitalizaciones en el último año, primera hospitalización posterior al diagnóstico de COVID-19, uso continuo de artefactos clínicos como sondas, bolsa de ostomía, drenajes, entre otros después del alta, y enfermedades crónicas). Se recopilaban datos sobre hospitalización por COVID-19, considerando que la recopilación se realizó en el período de pandemia.

Después del alta hospitalaria, entre 7 y 30 días, la entrevistadora aplicó telefónicamente el instrumento CTM-15⁽³⁾, validado en Brasil⁽¹⁸⁾, que mide la TC a través de cuatro factores: preparación para el automanejo, que valora la preparación del paciente y su familia para la autogestión de la salud post alta en el domicilio; comprensión sobre medicamentos, que se refiere a la comprensión del paciente y su familia sobre el uso adecuado de los medicamentos después del alta hospitalaria; preferencias aseguradas, que describen la necesidad de que el equipo considere las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sobre el tratamiento; plan de cuidados, que valora la existencia

de un plan de cuidados, consultas o pruebas a realizar tras el alta⁽³⁾. Aunque no exista un punto de corte, los autores consideran un puntaje igual o superior a 70 como una TC satisfactoria⁽²⁾. Entonces, si el promedio general es 70, 1 se considera satisfactorio.

Después de 30 días de la recolección al lado de la cama, la recolectora de datos volvió a la historia clínica para verificar si hubo reingresos en el período.

Tratamiento y análisis de los datos

Los datos fueron analizados utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* versión 25.0, considerando un nivel de significación del 5%. Se aplicó estadística descriptiva con distribución absoluta y relativa, y medidas de tendencia central y de variabilidad, con estudio de la simetría de distribuciones continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. La consistencia interna de los factores de la escala CTM-15 se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

Para la comparación de cada uno de los factores del CTM-15 con relación a las variables independientes – tratamiento, hospitalización por COVID-19, alta con artefacto clínico, reingreso hasta 30 días, género, grupo de edad, estado civil y lugar de residencia –, se aplicó la prueba t de Student para grupos independientes. Los factores CTM-15 considerados variables dependientes se compararon con la estancia hospitalaria y la raza mediante la técnica de análisis de la varianza - ANOVA (*One Way*) - *post hoc* Scheffé (grupos independientes de tamaños muy diferentes y/o heterogeneidad de varianzas).

Aspectos éticos

Al lado de la cama, los participantes fueron invitados, los objetivos de la investigación fueron explicados, y se les solicitó la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado en dos ejemplares de igual contenido. La investigación fue realizada de conformidad con la Resolución nº 466/2012, aprobada por el Comité de Ética en Investigación, bajo el Dictamen Único 4.479.127/2020.

Resultados

487 pacientes participaron en el estudio. De estos, 205 (42,1%) tenían una ECNT; 149 (30,6%) dos; 90 (18,5%) tres; y 42 (8,6%) cuatro o más; 396 (81,3%) de los individuos habían sido diagnosticados con ECNT por más de un año. Además, 338 (69,4%) fueron hospitalizados por complicaciones clínicas. Ciento sesenta y cinco pacientes (34%) ingresaron con complicaciones clínicas de la COVID-19, 146 (30%) con complicaciones

cardiovasculares, 77 (16%) con complicaciones endocrinas y 80 (20%) con otras patologías. En cuanto al período de hospitalización, 269 (55,2%) permanecieron hospitalizados de 1 a 5 días. Se observó que 341 (70%) de los pacientes no habían sido hospitalizados en el último año y 209 (42,9%) estaban pasando por su primera hospitalización después del diagnóstico de la enfermedad crónica. Treinta y tres (6,8%) de los pacientes habían sido readmitidos dentro de los 30 días posteriores al alta. Asimismo, 266 (54,6%) tenían más de 60 años, 256 (52,6%) eran mujeres, 292 (53,8%) vivían en zona urbana, 372 (76,4%) eran de raza blanca, con una edad media de 60,6 años y 291 (60

%) estaban casados o en una relación estable. En cuanto a la educación, 343 (70,4%) asistieron a una institución educativa hasta por 8 años.

En cuanto a la valoración de la TC, la media general del CTM-15 se consideró satisfactoria ($76,8 \pm 10,4$). Al evaluar los promedios por factores, el máximo encontrado fue en el factor Preferencias aseguradas ($84,7 \pm 14,3$) y el mínimo en el Plan de cuidados ($64,5 \pm 13,2$). La consistencia interna del instrumento general y por factores se consideró satisfactoria. En la dimensión Plan de cuidados la consistencia fue aceptable, conforme se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 – Medidas de tendencia central y variabilidad para los factores del instrumento CTM-15*. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Factores	Estimativas CTM-15* (n=487)					
	Promedio	Desviación Estándar	Amplitud		Mediana	α^{\dagger}
			Mínimo	Máximo		
CTM-15* GENERAL	76,8	10,4	0,00	100	83,3	0,896
Preparación para el automanejo	82,2	10,8	53,6	100	82,1	0,838
Comprensión sobre medicamentos	75,7	13,7	33,3	100	75,0	0,763
Preferencias aseguradas	84,7	14,3	0,0	100	83,3	0,803
Plan de cuidado	64,5	13,2	25,0	100	62,6	0,659

*CTM-15 = Care Transitions Measure-15; $\dagger\alpha$ = Coeficiente α de Cronbach

Se comparó la escala CTM-15 con las características clínicas (Tabla 2). Al comparar el tiempo de estancia de los pacientes, se identificó una diferencia estadística en los factores Preparación para el automanejo ($p < 0,003$) y Comprensión sobre medicamentos ($p < 0,003$), lo que denota mayores promedios en pacientes con estancia hospitalaria de 1 a 5 días. Hubo diferencias estadísticas en todos los factores al comparar el tipo de tratamiento quirúrgico o clínico, hospitalización por COVID-19 u otra patología, y si el paciente fue dado de alta

con presencia de artefactos clínicos. Los promedios más altos ocurrieron en pacientes quirúrgicos, no hospitalizados por COVID-19, y con presencia de artefactos clínicos.

Asimismo, al comparar pacientes con reingresos dentro de los 30 días posteriores al alta con pacientes sin reingresos, hubo diferencia estadística entre grupos ($p < 0,002$) en el factor de preparación para el automanejo, con un promedio mayor entre los pacientes que no tuvieron reingresos ($82,6 \pm 11,8$).

Tabla 2 – Promedio y desviación estándar de los factores CTM-15* según las características clínicas de los pacientes con ECNT[†]. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Variables	Frecuencia		Factores CTM-15* (n=487)							
			Preparación para el automanejo		Comprensión sobre medicamentos		Preferencias aseguradas		Plan de cuidado	
	N [‡]	%	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]
Duración de la estancia (días)										
1 a 5	269	55,2	83,5A	10,7	77,2A	14,3	85,8	15,0	64,3	15,7
6 a 14	166	34,1	81,3A	10,7	73,7B	12,9	83,8	13,7	64,0	15,2
15 o más	52	10,7	78,4B	10,1	74,5B	11,8	81,7	12,0	66,8	12,6
P			<0,003		<0,003		0,112		0,486	
Tratamiento										
Quirúrgico	149	30,6	85,1	11,1	80,5	13,1	86,7	17,4	73,0	14,7
Clínico	338	69,4	80,9	10,3	73,6	13,4	83,8	12,6	60,7	13,9
P [†]			<0,001		<0,001		<0,035		<0,001	
Hospitalizado por COVID-19										
Sí	128	26,3	78,9	9,4	70,1	10,5	80,9	10,2	58,2	12,0
No	358	73,5	83,4	11,0	77,7	14,1	86,0	15,3	66,7	15,7
P [†]			<0,001		<0,000		<0,001		<0,000	

(continúa en la página siguiente...)

(continuación...)

Variables	Factores CTM-15* (n=487)									
	Frecuencia		Preparación para el aut manejo		Comprensión sobre medicamentos		Preferencias aseguradas		Plan de cuidado	
	N [‡]	%	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]
Alta con artefacto clínico										
Sí	219	45	83,8	11,1	78,5	13,7	85,2	16,5	70,1	15,7
No	268	55	80,9	10,4	73,4	13,2	84,2	12,2	59,8	13,1
P [¶]			<0,003		<0,000		0,443		<0,000	
Readmisión dentro de los 30 días										
Sí	33	6,8	76,8	9,7	75,3	14,0	80,3	19,6	62,9	12,3
No	454	93,2	82,6	11,8	75,7	13,7	85,0	13,8	64,6	15,4
P [¶]			<0,002		0,841		0,069		0,540	

*CTM-15 = *Care Transitions Measure-15*; [†]ECNT = Enfermedad Crónica No Transmisible; [‡]N = Número; [§]DE = Desviación Estándar; [¶]Utilizada la prueba t de Student; ^{¶¶}Utilizada la prueba de Análisis de la Varianza (ANOVA) – *Post hoc* Scheffé, en la que los promedios seguidos de letras iguales no difieren a una significancia del 5%

Se identificó una diferencia estadísticamente significativa con relación a género, raza y lugar de residencia. Los pacientes del sexo femenino presentaron un promedio superior (77,0±13,5) en comparación con el promedio de los pacientes del sexo masculino (74,3±13,8) en el factor Comprensión sobre medicamentos (p<0,026) del CTM-15. Con respecto a la raza, el factor Plan de cuidados (p<0,000) presentó diferencia estadística al compararlo con

el promedio de pacientes blancos (65,7±15,0) en relación a los pacientes indígenas (54,0±12,1). La variable lugar de residencia mostró un promedio más alto para el área rural (77,0±14,2) en comparación con el área urbana (74,4±13,0) en el factor Comprensión sobre medicamentos (p<0,034), y un promedio más alto en el área urbana (65,9±15,0) en relación al área rural (63,1±15,1) en el factor plan de cuidados (p<0,047) (Tabla 3).

Tabla 3 – Promedio y desviación estándar de los factores CTM-15* según las características sociodemográficas de los pacientes con ECNT[†]. Tenente Portela, RS, Brasil, 2022

Variables	Factores CTM-15* (n=487)									
	Frecuencia		Preparación para el aut manejo		Comprensión sobre medicamentos		Preferencias aseguradas		Plan de cuidado	
	N [‡]	%	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]	Promedio	DE [§]
Género										
Masculino	256	52,6	82,1	10,7	74,3	13,8	84,5	13,1	64,0	14,6
Femenino	211	47,4	82,3	10,9	77,0	13,5	84,9	15,3	64,8	15,8
P [¶]			0,841		<0,026		0,731		0,550	
Raza										
Indígena	40	8,2	81,5	9,1	75,6	13,7	83,1	13,8	54,0 ^B	12,1
Blanca	372	76,4	82,2	11,1	75,8	13,7	84,9	14,7	65,7 ^A	15,0
Negra o parda	64	13,1	82,3	9,8	75,4	14,0	83,9	12,4	63,4 ^A	14,0
P [¶]			0,920		0,974		0,676		<0,000	
Grupo de edad										
18 a 59 años	221	45,5	81,8	10,1	74,7	13,1	83,9	13,2	64,1	14,8
60 años o más	266	54,6	82,6	11,3	76,4	14,1	85,3	15,2	64,8	15,6
P [¶]			0,462		0,214		0,270		0,629	
Estado civil										
Vive en unión	292	60	82,3	10,8	75,3	14,0	84,6	14,9	63,9	15,2
No vive en unión	195	40	82,0	10,7	76,2	13,1	84,7	13,5	65,4	15,3
P [¶]			0,809		0,625		0,421		0,966	
Educación										
Hasta 8 años	343	70,4	81,2	10,7	75,8	13,3	83,6	14,9	64,0	14,9
Más de 8 años	135	27,7	84,6	10,8	75,2	14,6	87,0	12,4	66,1	15,8
P [¶]			0,524		0,282		0,071		0,223	
Lugar de residencia										
Área urbana	262	53,8	82,0	10,8	74,4	13,0	84,9	13,5	65,9	15,0
Área rural	217	44,6	82,4	10,8	77,0	14,2	84,3	15,3	63,1	15,1
P [¶]			0,724		<0,034		0,650		<0,047	

*CTM-15 = *Care Transitions Measure-15*; [†]ECNT = Enfermedad Crónica No Transmisible; [‡]N = Número; [§]DE = Desviación Estándar; [¶]Utilizada la prueba t de Student; ^{¶¶}Utilizada la prueba Análisis de la Varianza (ANOVA)

Discusión

El perfil clínico y sociodemográfico de la población investigada es similar al presentado en otro estudio, de personas que relataron vivir con ECNT⁽¹⁹⁾. Los resultados de este estudio muestran que la TC medida por el CTM-15 en la institución investigada fue considerada satisfactoria. Un estudio realizado en un hospital general de Rio Grande do Sul, Brasil, con pacientes hospitalizados para tratamiento oncológico, identificó un resultado similar⁽¹³⁾. Otro estudio en el mismo país con pacientes con ECNT ingresados en el servicio de urgencias mostró una TC media de 69,5⁽²⁾. Estos resultados indican que las acciones realizadas por los profesionales de la salud en este hospital durante la hospitalización contribuyen para el alta segura y la continuidad del cuidado.

Con el fin de mejorar la preparación del paciente para el automanejo de su condición de salud en el período posterior al alta hospitalaria, es necesario desarrollar algunas habilidades para el automanejo por medio de actividades educativas, luego de conocer el nivel de comprensión del paciente sobre su situación de salud⁽²⁰⁻²¹⁾. Eso contribuye mucho para una PC satisfactoria, así como para otras estrategias basadas en la evidencia, como la implementación de enfermeras de enlace en los servicios, lo que aún no es una realidad en Brasil⁽²²⁾; uso de una herramienta de evaluación de cuidadores validada para evaluar sistemáticamente las posibles brechas en la preparación del cuidador y desarrollar un plan de cuidado personalizado para el cuidador/la familia; uso de métodos de enseñanza y comunicación basados en la evidencia para optimizar el aprendizaje del cuidador o del paciente y uso de tecnologías para mejorar el cuidado de enfermería⁽²³⁻²⁴⁾. Así, el enfermero puede ser el profesional responsable por la educación del paciente y, por medio de esas diversas estrategias, contribuir para el éxito de las transiciones del cuidado^(20,25).

El porcentaje de reingresos hospitalarios (6,8%) encontrado en este estudio es inferior al mostrado en un estudio internacional, con un promedio de reingresos en 30 días de 27,4%⁽²⁶⁾. Además, cuanto mayor es la estancia hospitalaria, menor es la calidad percibida para el regreso a casa⁽¹²⁾. Este resultado constituye una paradoja, ya que una mayor estancia hospitalaria significa más tiempo en contacto con los profesionales.

El lugar de hospitalización está relacionado con la preparación del automanejo⁽²⁾. Un estudio corrobora esta información, señalando que los pacientes quirúrgicos generalmente tienen una estancia hospitalaria reducida, muchas veces con hospitalizaciones por procedimientos electivos, necesidad de una nueva consulta, además de recibir más orientaciones sobre la atención domiciliaria

y, en ocasiones, folletos educativos distribuidos por las instituciones para ampliar los conocimientos⁽²⁷⁾.

Los pacientes con una mejor evaluación en el factor Preparación para el automanejo tienen menores tasas de reingreso, lo que denota que educar a los pacientes facilita la comprensión y el manejo de las ECNT por más tiempo después del alta, además de ayudar en su empoderamiento y comprensión de su autocuidado⁽⁵⁾.

Cuanto mejor sea la planificación y preparación del paciente para el automanejo de la salud, mejor será la experiencia de TC del paciente. Al comparar pacientes que fueron hospitalizados por COVID-19 con los que tuvieron otra causa de hospitalización, hubo diferencia estadísticamente significativa en todos los factores CTM-15, y los pacientes no COVID-19 evaluaron mejor las indicaciones recibidas y su preparación para el alta. Este resultado negativo identificado en pacientes con COVID-19 y pacientes con ECNT, posiblemente evaluados en Brasil por primera vez, demuestra que estos pacientes recibieron menos preparación o incluso no estaban preparados para el alta hospitalaria, a pesar de ser pacientes con enfermedades crónicas. La COVID-19 sigue planteando numerosos interrogantes, ya que es una enfermedad que requiere un seguimiento multidisciplinar tras el alta por sus posibles complicaciones tardías⁽²⁸⁾.

En nuestro estudio, los pacientes que regresaron a casa con artefactos clínicos evaluaron mejor los factores Preparación para el automanejo, Comprensión sobre medicamentos y Plan de cuidados. Es fundamental que los profesionales de la salud realicen acciones educativas durante todo el proceso de preparación para el alta, a fin de garantizar la rehabilitación del paciente y, consecuentemente, reducir la ocurrencia de eventos adversos (EA) y retornos a los servicios por causas prevenibles⁽²⁹⁾.

La capacidad de comprender la información relacionada con los medicamentos es esencial para evitar que ocurran posibles EA, especialmente cuando existe una necesidad constante de medicamentos⁽⁵⁾. Dentro de los recursos terapéuticos para el tratamiento de las ECNT, la medicación se ha convertido en un componente importante, dadas las limitaciones funcionales y el riesgo de complicaciones causadas por las ECNT⁽¹⁹⁾.

Con respecto a los pacientes no hospitalizados por COVID-19, se destaca que estos individuos tienen una mayor comprensión de los medicamentos, una vez que ya están acostumbrados a sus complicaciones crónicas subyacentes. Los pacientes con COVID-19, además de los medicamentos cotidianos, necesitan lidiar con medicamentos específicos para el tratamiento de esta patología que, como es nueva a nivel mundial, suele presentar recurrencia de algunos síntomas al regresar a

casa⁽²⁸⁾. En nuestro estudio, aquellos que permanecieron más tiempo en el hospital tuvieron mejores resultados en cuanto a la comprensión sobre medicamentos, aspecto que se relaciona con el mayor tiempo de contacto con el equipo de salud.

En cuanto a la duración de la internación, un estudio demuestra que a mayor duración de la estadía, peor adherencia a las pautas, debido al agotamiento por largas estancias en el ambiente hospitalario y mayor rotación de acompañantes⁽³⁰⁾. En este contexto, es importante considerar que los pacientes con condiciones más graves, con alta complejidad clínica, tienden a necesitar un período de hospitalización mucho más prolongado y extenuante, tanto para ellos como para sus familiares, lo que puede impactar en su percepción de la calidad de la TC.

Asimismo, los pacientes quirúrgicos y los que son dados de alta con algún artefacto clínico regresan a casa con la necesidad de una consulta de retorno o seguimiento por parte de las unidades básicas de salud, lo que facilita la resolución de dudas respecto al tratamiento farmacológico. Esto demuestra la importancia y la eficacia del seguimiento de estos individuos por medio de todas las RAS y el conocimiento para que comprendan y adopten un tratamiento farmacológico seguro⁽²²⁾.

Cuando las preferencias del paciente se incluyen en el proceso de toma de decisiones, se facilita la adherencia al tratamiento, se incrementa el comportamiento seguro en el hogar y se reducen las reincorporaciones a los servicios por causas prevenibles. En la literatura, tanto nacional⁽²⁾ como internacional⁽¹²⁾, se identificaron resultados insatisfactorios en relación al factor Preferencias aseguradas. Por el contrario, nuestro estudio demostró que este factor fue evaluado positivamente por pacientes con ECNT, con el promedio más alto encontrado entre los factores del CTM-15. Además, en relación a las preferencias aseguradas, es importante resaltar que este resultado se debe especialmente a la percepción de los pacientes en tratamiento quirúrgico y no hospitalizados por COVID-19, quienes presentaron medias más altas con diferencia estadística para este factor. De acuerdo con la literatura, las valoraciones de este factor están relacionadas con la inclusión de las personas que viven con ECNT y sus familias en las decisiones sobre su tratamiento y cuidados posteriores al alta, siendo la integración entre el personal y los pacientes esencial para un autocuidado efectivo⁽⁵⁾. Por lo tanto, se verifica que las intervenciones para garantizar las preferencias de los pacientes son necesarias para mejorar las prácticas en el proceso de alta y la comprensión de sus cuidados posterior al alta.

En cuanto al factor Plan de cuidados, evaluado de manera insatisfactoria, se observa que este ítem no ha sido priorizado en la atención al paciente. Este resultado

se debe especialmente a la percepción de los pacientes hospitalizados por condición clínica, sin COVID-19, que fueron dados de alta sin necesidad de artefactos clínicos, residentes de zonas rurales e indígenas, quienes presentaron las medias más bajas con diferencia estadística respecto a la Plan de cuidados. Este hallazgo puede permitir a la institución donde se realizó este estudio desarrollar un plan de acción enfocado a mejorar el proceso de preparación al alta y el plan de cuidado para este perfil de pacientes. Resultados similares se encontraron en otros estudios^(2,8,12-13). Es fundamental que los servicios de salud busquen procesos que permitan el establecimiento de flujos y la elaboración del plan de alta, con el objetivo de que las TC sean adecuadas entre los diferentes niveles de atención y que se garantice el cuidado continuo y articulado⁽⁵⁾.

En ese sentido, la elaboración del plan de cuidados es fundamental para la continuidad de una atención segura en el domicilio y para una menor necesidad de regresar a los servicios de salud por causas prevenibles⁽³¹⁾. Debe ser realizado en forma conjunta entre el equipo multidisciplinario y paciente/familiar, de acuerdo a las necesidades y cambios clínicos del individuo, antecedentes de salud, pronóstico, medicamentos y pautas de seguimiento post alta⁽⁵⁾.

Las diferencias culturales y la escolaridad pueden interferir en este proceso⁽³²⁾. La cultura indígena une a su cotidianidad sus creencias, su lengua y sus sistemas de conocimiento basados en su medicina tradicional⁽³³⁾, además de presentar en general un menor nivel de instrucción⁽³⁴⁾, lo que puede explicar la diferencia estadística identificada en este ítem.

La elaboración de un plan de cuidado individualizado, con el fin de dar continuidad al cuidado, es aún una práctica incipiente. Un estudio realizado con un equipo hospitalario multidisciplinar apunta a la necesidad de un plan de alta que contenga información relevante para el tratamiento y la continuidad del cuidado⁽¹³⁾.

Los pacientes que utilizan artefactos clínicos requieren mayor atención, de cara al proceso educativo para su autocuidado después del alta hospitalaria, con indicaciones para el paciente y sus familiares, a fin de realizar el cuidado⁽²⁰⁾. En este sentido, el uso de estrategias de intervención por parte de los servicios de salud permite una TC más efectiva, además de reducir los costos de los servicios de salud, aumentar la seguridad y la CV y evitar las tasas de reingreso hospitalario por causas evitables⁽⁵⁾.

Además, se observa que las transiciones requieren de una organización institucional, con un equipo profesional consolidado, que debe tener conocimiento del proceso y una relación continua tanto con el paciente como con la red de atención en el sistema de salud, a fin de

interconectar el proceso del alta, la atención domiciliaria y otros servicios⁽¹³⁾.

A nivel internacional, se están incorporando a la asistencia enfermeros de enlace o enfermeros navegantes, profesionales que vienen demostrando éxito en una TC eficaz. Su trabajo es coordinar la atención posterior al alta, e identificar las necesidades del paciente/familia. También actúan como educadores en la transferencia de información relacionada con la planificación del alta⁽³⁵⁻³⁶⁾.

Un estudio brasileño realizado con enfermeros muestra que aún existen brechas por superar en la atención al usuario, frente a la fragmentación existente entre los servicios, e indica algunas posibilidades, como la organización de protocolos que permitan: continuidad del cuidado, transferencia del paciente por teléfono, con cita previa en su unidad de referencia, y uso de aplicaciones específicas, para derivar al paciente a la unidad por medio de alguna tecnología⁽²⁰⁾.

Se identificó que la TC requiere coordinación y comunicación entre las personas involucradas, uso de protocolos e integración entre los servicios en la RAS. También requiere la articulación entre las prácticas de cuidado y las políticas nacionales de salud.

Este estudio trae como aporte la valoración de la TC desde la perspectiva de los pacientes con ECNT y su relación con variables clínicas y sociodemográficas. Estos resultados pueden contribuir a la incorporación de tecnologías de cuidado para garantizar la continuidad y coordinación de la atención a las personas que viven con ECNT en el ámbito de la RAS.

Como limitación, se señala que los estudios transversales presentan un diagnóstico de la realidad, muestran asociaciones, pero sin posibilidad de indicar causa y efecto. Con base en este contexto, se sugieren estudios con otros enfoques metodológicos⁽³⁷⁾ para ampliar la comprensión de estos resultados y testear intervenciones, considerando las variables identificadas y su relación con los factores del CTM.

Conclusión

La TC, evaluada desde la perspectiva de las personas que viven con ECNT ingresadas en unidades clínicas y quirúrgicas, se consideró satisfactoria en la evaluación general. Se observó que los factores Preparación para el automanejo, Comprensión sobre medicamentos y Preferencias aseguradas presentaron promedios que apuntan a resultados satisfactorios, mientras que el factor Plan de cuidados fue insatisfactorio. Este resultado se debe especialmente a la percepción de los pacientes hospitalizados por condición clínica, sin COVID-19, que fueron dados de alta sin necesidad de artefactos

clínicos, residentes de zonas rurales e indígenas, quienes presentaron los promedios más bajos con diferencia estadística respecto al plan de cuidados.

Además, se encontraron diferencias estadísticas en las variables: ser paciente quirúrgico, ser dado de alta con artefacto clínico y no haber sido hospitalizado por COVID-19 en todos los factores del CTM-15. Los pacientes que no reingresaron en 30 días tuvieron mejor promedio en el factor Preparación para el automanejo, lo que demuestra la importancia de preparar al paciente y/o familiar para entender sus necesidades y sus cuidados en el hogar, lo que contribuye a la reducción de reingresos y costos en el sistema de salud. En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, los resultados son una paradoja, ya que una mayor estancia hospitalaria se asocia con una peor comprensión sobre los medicamentos, una menor satisfacción con las preferencias aseguradas y una peor percepción de automanejo. En este contexto, es importante considerar que los pacientes con condiciones más graves, con alta complejidad clínica, tienden a necesitar un período de hospitalización mucho más prolongado y extenuante, tanto para el paciente como para los familiares, lo que puede impactar en su percepción de la calidad de la TC. También se puede considerar que las variables hospitalización clínica o quirúrgica, alta con artefacto clínico y hospitalización o no por COVID-19 también están mediando esta asociación encontrada.

Los resultados contribuyen a la identificación de los aspectos que necesitan ser mejorados en la atención, con el fin de apoyar el desarrollo de estrategias para perfeccionar la TC.

Referencias

1. Gheno J, Weis A. Care transition in hospital discharge for adult patients: integrative literature review. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0030>
2. Acosta AM, Lima MADDS, Pinto IC, Weber LAF. Care transition of patients with chronic diseases from the discharge of the emergency service to their homes. *Rev Gaucha Enferm.* 2020;41(spe):e20190155. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190155>
3. Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective The Care Transitions Measure. *Medical Care.* 2005;43(3):246-55. <https://doi.org/10.1097/00005650-200503000-00007>
4. Bernardino E, Sousa SM, Nascimento JD, Lacerda MR, Torres DG, Gonçalves LS. Transitional care: analysis of the concept in hospital discharge management. *Esc Anna*

- Nery. 2022;(26). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0435>
5. Weber LAF, Lima MADS, Acosta AM. Quality of care transition and its association with hospital readmission. *Aquichan*. 2019;19. <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.5>
6. Trindade LF, Boell JEW, Lorenzini E, Montañez WC, Malkiewicz M, Pituskin E, et al. Effectiveness of care transition strategies for colorectal cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer*. 2022;30(7):6251-61. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07033-2>
7. Shalaby MS, Gibson A, Granitsiotis P, Conn G, Cascio S. Assessment of the introduction of an adolescent transition urology clinic using a validated questionnaire. *J Pediatr Urol*. 2015;11(2):89.e1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2014.11.024>
8. Ford BK, Ingersoll-Dayton B, Burgio K. Care Transition Experiences of Older Veterans and Their Caregivers. *Health Social Work*. 2016;41(2):129-38. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw009>
9. Spall HGC, Lee SF, Xie F, Oz UE, Perez R, Mitoff PR, et al. Effect of Patient-Centered Transitional Care Services on Clinical Outcomes in Patients Hospitalized for Heart Failure. The PACT-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;321. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.0710>
10. Blumer V, Gayowsky A, Xie F, Greene SJ, Graham MM, Ezekowitz JA, et al. Effect of patient-centered transitional care services on patient-reported outcomes in heart failure: sex-specific analysis of the PACT-HF randomized controlled trial. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(9):1488-98. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2312>
11. McLeod J, Stolee P, Walker J, Heckman G. Measuring care transition quality for older patients with musculoskeletal disorders. *Musculoskeletal Care*. 2014;12(1):13-21. <https://doi.org/10.1002/msc.1043>
12. Lindblom S, Flink M, Sjöstrand C, Laska AC, Von Koch L, Ytterberg C. Perceived Quality of Care Transitions between Hospital and the Home in People with Stroke. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(12):1885-92. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.06.042>
13. Rodrigues CD, Lorenzini E, Onwuegbuzie AJ, Oelke ND, Garcia CF, Malkiewicz M, et al. Care Transition From the Perspectives of Oncological Patients and the Multiprofessional Care Team: A Mixed Methods Study. *Cancer Nurs*. 2022. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001160>
14. Rodrigues CD, Lorenzini E, Romero MP, Oelke ND, Winter VDB, Kolankiewicz ACB. Care transitions among oncological patients: from hospital to community. *Rev Esc Enferm USP*. 2022;56:e20220308. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0308en>
15. Lorenzini E, Boell JEW, Oelke ND, Rodrigues CD, Trindade LF, Winter VDB, et al. Care transition from hospital to home: cancer patients' perspective. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):267. <http://doi.org/10.1186/s13104-020-05099-x> PMID:32487267
16. Tomazela M, Valente SH, Lima MADS, Bulgarelli AF, Fabriz LA, Zacharias FCM, et al. Care transition of older adults from hospital to home. *Acta Paul Enferm*. 2023;36:eAPE00291. <https://doi.org/10.37689/actaape/2023AO002911>
17. Petersen AGP, Tronco CS, Casagrande D, Pluta P, Winter VDB, Carvalho FF, et al. Validação psicométrica da care transitions measure (CTM-15) para uso brasileiro em puérperas de risco. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220341. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0341pt>
18. Acosta AM, Lima MADS, Marques GQ, Levandovski PF, Weber LAF. Brazilian version of the Care Transitions Measure: translation and validation. *Int Nurs Rev*. 2017;64(3):379-87. <https://doi.org/10.1111/inr.12326>
19. Figueiredo AEB, Ceccon RF, Figueiredo JHC. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2021;26(1):77-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.33882020>
20. Alievi MF, Loro MM, Lorenzini E, Flôres GC, Domenico EBL, Kolankiewicz ACB. Transition of care for stomatic patients: convergent care research contributions. *Rev Pesqui Cuid Fundamental*. 2022;14:e11631. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v14.11631>
21. Nascimento AAA, Azevedo VD, Silva AF, Godinho ML, Martins QCS, Santos VEP, et al. Educational technologies used to teach self-management after hematopoietic stem cell transplantation: a scoping review. *Texto Contexto Enferm*. 2023;32:e20220170. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0170en>
22. Costa MFBNA, Ciosak SI, Andrade SR, Soares CF, Pérez EIB, Bernardino E. Continuity of hospital discharge care for primary health care: Spanish practice. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180332. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0332>
23. Camicia M, Lutz B, Summers D, Klassman L, Vaughn S. Nursing's Role in Successful Stroke Care Transitions Across the Continuum: From Acute Care Into the Community. *Stroke*. 2021;52(12):e794-e805. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033938>
24. Boell JEW, Trindade LF, Kolankiewicz ACB, Cañon-Montañez W, Pituskin E, Lorenzini E. Care transitions of colorectal cancer patients from hospital to community: systematic review and meta-analysis protocol. *Rev Cuidarte*. 2021;12(3):e2285. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2285>

25. Leland NE, Roberts P, Souza R, Chang SH, Shah K, Robinson M. Care Transition Processes to Achieve a Successful Community Discharge After Postacute Care: A Scoping Review. *Am J Occup Ther.* 2019;73(1):7301205140p1-7301205140p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.005157>.
26. Auerbach AD, Kripalani S, Vasilevskis EE, Sehgal N, Lindenauer PK, Metlay JP et al. Preventability and causes of readmissions in a national Cohort of general medicine patients. *JAMA Intern Med.* 2016;176(4):484-93. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7863>
27. Costa MFBNA, Sichier K, Povedal VB, Baptista CMC, Aguado PC. Transitional care from hospital to home for older people: implementation of best practices. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Supl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0187>
28. Rehman SU, Rehman SU, Yoo HH. COVID-19 challenges and its therapeutics. *Biomed Pharmacother.* 2021;142:112015. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112015>
29. Bandeira LR, Kolankiewicz ACB, Alievi MF, Trindade LF, Loro MM. Fragmented comprehensive health care for ostomized person in the health care network. *Esc Anna Nery.* 2020;24(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0297>
30. Miorin JD, Pai DD, Ciconet RS, Lima MADS, Gerhardt LM, Indruczaki NS. Transferência do cuidado pré-hospitalar e seus potenciais riscos para segurança do paciente. *Texto Contexto Enferm.* 2020;9. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2019-0073>
31. Oliveira ES, Menezes TMO, Gomes NP, Oliveira LMS, Batista VM, Oliveira MCM, et al. Transitional care of nurses to older adults with artificial pacemaker. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Supl. 4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0192>
32. Timoteo FPN, Silva RMM, Manfrini GC, Baggio MA. Cross-cultural care in primary health care nurses' experience in border territories. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20220250. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0250en>
33. Macedo V. O cuidado e suas redes doença e diferença em instituições de saúde indígena em São Paulo. *Rev Bras Ci Soc.* 2021;36(106). <https://doi.org/10.1590/3610602/2021>
34. Babyar J. In search of Pan-American indigenous health and harmony. *Global Health.* 2019;15(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0454-1>
35. Röhsig V, Silva P, Teixeira R, Lorenzini E, Maestri R, Saraiva T, et al. Nurse Navigation Program: Outcomes from a Breast Cancer Center in Brazil. *CJON.* 2019;23(1):E25-31. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E25-E31>
36. Aued GK, Bernardino E, Lapiere J, Dallaire C. Liaison nurse activities at hospital discharge: a strategy for continuity of care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3162. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3069.3162>
37. Zanchetta MS, Metersky K. Coherence, creativity and audacity in methodological decisions. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e2023E001. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-E001en>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Obtención de datos:** Larissa Berghetti, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análisis e interpretación de los datos:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Análisis estadístico:** Larissa Berghetti, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Redacción del manuscrito:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Larissa Berghetti, Márcia Baiocchi Amaral Danielle, Vanessa Dalsasso Batista Winter, Ane Gabriele Poli Petersen, Elisiane Lorenzini, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

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

Recibido: 05.12.2022
Aceptado: 19.07.2023

Editora Asociada:
Aline Aparecida Monroe

Autor de correspondencia:
Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz
E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

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.