



Facultad de
Enfermería

Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021

Trabajo de Fin de Grado

INTERVENCIÓN ENFERMERA EN EL
MANEJO DEL DOLOR DEL PACIENTE
TRASPLANTADO HEPÁTICO: REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

María Vaquero Velasco

Tutora: Cristina Martín Román

Cotutora: María López Vallecillo

RESUMEN

Introducción: Los pacientes sometidos a un trasplante hepático presentan una gran variedad de síntomas en el periodo postoperatorio. Los síntomas más frecuentes son el dolor y la ansiedad. Las enfermeras tienen un papel muy importante en el abordaje y alivio del dolor postoperatorio.

Objetivos: Por ello, el objetivo de esta revisión sistemática fue conocer la intervención enfermera en el manejo del dolor postoperatorio en pacientes trasplantados hepáticos.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Medline, Cochrane, SciELO, Dialnet y Cuiden. Los estudios elegidos fueron ensayos controlados aleatorios (ECA) y revisiones sistemáticas (RS). Los artículos incluidos fueron aquellos que valoraron las herramientas de evaluación del dolor y el impacto de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas enfermeras en la mejora del control del dolor.

Resultados: Los resultados obtenidos mostraban la importancia de la utilización de herramientas de evaluación multidimensionales del dolor, así como los efectos positivos de la combinación de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

Conclusión: Aunque la revisión demostró que ciertas intervenciones enfermeras pueden resultar útiles en el manejo del dolor postoperatorio de pacientes trasplantados, es escasa la bibliografía que aborda este tema.

Palabras clave: Trasplante hepático, Enfermería, Dolor postoperatorio

ABSTRACT

Introduction: Patients undergoing liver transplantation have a wide range of symptoms in the postoperative period. The most common symptoms are pain and anxiety. Nurses have a very important role in the management and relief of postoperative pain.

Objectives: Therefore, the aim of this systematic review was to learn about nursing intervention in the management of postoperative pain in liver transplant patients.

Methods: PubMed, Medline, Cochrane Library, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Dialnet and Cuiden databases were searched. Eligible studies were randomized controlled trials (RCT) and Systematic Reviews (SR). The articles included were those that assessed pain assessment tools and the impact of pharmacological and non-pharmacological nursing interventions in improving pain control.

Results: Results obtained showed the importance of using multidimensional pain assessment tools as well as the positive effects of combining pharmacological and non-pharmacological interventions.

Conclusion: Although the review demonstrated that certain nursing interventions can be useful in the management of postoperative pain in transplant patients, there is a paucity of literature on this topic.

Key Words: Liver Transplant, Nursing, Postoperative Pain

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS	10
DISEÑO	10
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN.....	10
ESTRATEGIA DE SELECCIÓN	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN.....	18
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	24
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	29
Anexo 1. Análisis de lectura crítica para evaluación de EC – CASPe ²⁰	29
Anexo 2. Análisis de lectura crítica para evaluación de RS – CASPe ²¹	30
Anexo 3. Tabla de extracción de datos de los artículos seleccionados	31

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de artículos	12
------------------------------------------------------------------	----

ABREVIATURAS

- TH: Trasplante Hepático
- IASP: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- EVA: Escala Visual Analógica
- ASA: Asociación Americana de Estadística
- UDA: Unidad del Dolor Agudo
- HC: Historia Clínica
- EC: Ensayo Clínico
- RS: Revisión Sistemática
- ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado
- NRS: Escala de Clasificación Numérica
- MPQ / SF-MPQ: Cuestionario de dolor de Mc Gill / Cuestionario de dolor de Mc Gill Forma Corta
- BPI / BPI-SF: Inventario Breve de Dolor / Inventario Breve de Dolor Forma Corta
- SPS: Escalas Quirúrgicas de Dolor
- PMR: Relajación Muscular Progresiva
- STAI: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
- GCS: Escala de Coma de Glasgow

INTRODUCCIÓN

El trasplante hepático (TH) consiste en la extirpación de un hígado enfermo y su sustitución en la misma localización anatómica, por uno sano procedente de un donante, siendo el segundo tipo más común de trasplante de órgano sólido¹.

El trasplante hepático resulta una intervención terapéutica eficaz en pacientes con enfermedades hepáticas terminales que actualmente ofrece una supervivencia a largo plazo y una mejoría de la calidad de vida¹.

Las principales indicaciones del TH son la cirrosis hepática, los tumores hepáticos (especialmente el carcinoma hepatocelular) y la insuficiencia hepática aguda grave, ya que en estos casos la función hepática se ve altamente afectada o es nula, pudiendo generar patologías secundarias graves e incluso la muerte¹.

Las contraindicaciones absolutas para la realización del trasplante son aquellas situaciones que impiden técnicamente la intervención o disminuyen de forma relevante las posibilidades de supervivencia. Estas se han ido reduciendo con el paso de los años, actualmente, algunas de las más destacadas son la presión intracraneal elevada, hipertensión pulmonar grave, sepsis y carcinoma hepatocelular avanzado o metastásico. También existen una serie de contraindicaciones relativas que pueden empeorar los resultados del trasplante como la trombosis venosa portal, la sepsis biliar o intrahepática y un IMC \geq 40. La coexistencia de varias contraindicaciones relativas puede resultar una contraindicación absoluta para esta intervención¹.

La evaluación de los posibles candidatos a recibir un TH requiere un estudio exhaustivo que incluye tres fases, la evaluación de la enfermedad hepática del paciente y conocimiento de su etiología que confirma la indicación de trasplante, el descarte de posibles contraindicaciones para su realización y la valoración de posibles riesgos o patologías que pueda presentar el paciente, así como su estilo de vida y la adherencia al tratamiento, esencial para evitar el fracaso del TH¹.

El primer trasplante hepático humano lo realizó el doctor TE Starzl en 1963 en Denver, Estados Unidos. Hasta 1984 se reservaba como una terapia experimental, pero a partir de ese año, resultó el único tratamiento eficaz para enfermedades crónicas, progresivas e irreversibles. En febrero de 1984, se realizó el primer trasplante hepático con éxito en España (Barcelona) y actualmente se realiza en 24 hospitales de todo el país siendo más de mil los pacientes que anualmente reciben un trasplante hepático².

La técnica quirúrgica ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo siendo cada vez más precisa y segura. Los resultados de esta intervención han mejorado, de forma que, según datos del Registro Español de Trasplante Hepático, la supervivencia de los pacientes trasplantados de forma electiva en el periodo 2008-2010 es del 87,2% al año del trasplante, 80,3% a los 3 años y 64% a los 10 años. Esta supervivencia se ve aumentada en los sucesivos trasplantes llegando a alcanzar el 92% de supervivencia al año y el 87% a los 3 años en los pacientes trasplantados en el periodo de 2014-2016³.

Las complicaciones que más frecuentemente aparecen en el postoperatorio pueden variar desde hemorragias postoperatorias, disfunción primaria del injerto y complicaciones vasculares y biliares. Sin embargo, el dolor, es un síntoma postquirúrgico presente siempre en este periodo, ya sea por la propia intervención o secundario a problemas más graves como infección o síndrome oclusivo de la vena cava inferior⁴, por ello, es importante su valoración y tratamiento para favorecer la recuperación del paciente y la disminución de la ansiedad.

El dolor según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) consiste en una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial⁵. Además de la parte sensorial, el dolor tiene una parte emocional (ansiedad, excitación, miedo) en la que influyen aspectos físicos, psicológicos y sociales, lo que con frecuencia complica su abordaje terapéutico⁶. La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nociceptores) y unas vías nerviosas aferentes, que responden a estímulos nociceptivos tisulares, aunque la percepción puede estar influida por otros factores como el psicológico. La correcta valoración del dolor incluye el estudio de las múltiples esferas de este, como su variación temporal (agudo o crónico), la patogenia y la intensidad entre otras⁵.

La clasificación del dolor se puede realizar atendiendo a sus múltiples esferas (duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronósticos de control del dolor y la farmacología)⁵. Según la duración del dolor, existen dos tipos: dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo es de aparición repentina debido a una enfermedad, lesión o inflamación, existiendo una relación directa entre la intensidad y la causa que lo origina. Es de corta duración y limitado en el tiempo, a menudo diagnosticado y tratado y generalmente desaparece con la curación de su etiología, aunque a veces puede convertirse en dolor crónico. El dolor crónico es ilimitado en la duración, se mantiene más allá de la curación de la causa que lo originó y es habitual que se acompañe del

componente psicológico⁷ y se presenten trastornos concomitantes como depresión, alteraciones del sueño y disminución de las capacidades físicas⁶.

Según el curso del dolor puede ser continuo, aquel que persiste a lo largo del día y no se alivia y/o desaparece, o irruptivo, que consiste en una exacerbación repentina y transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo de este último provocado por un factor desencadenante como un movimiento o acción voluntaria⁵.

Según la intensidad puede ser leve, cuando permite realizar las actividades habituales; moderado, cuando interfiere en las actividades habituales y precisa tratamiento con opioides menores; y severo, cuando interfiere en el descanso y precisa tratamiento con opioides mayores⁵.

En relación con la intensidad del dolor, es importante diferenciar dos términos, el umbral y la tolerancia al dolor. El umbral del dolor es la intensidad mínima que debe tener un estímulo para que sea percibido como doloroso y la tolerancia al dolor es la intensidad máxima de un estímulo doloroso que resulta aceptable para el paciente en una situación determinada⁶.

Por último, el dolor difícil o complejo es aquel que no responde a la estrategia analgésica habitual, la escala analgésica de la OMS⁵ y que precisa valorar alternativas de tratamiento.

El tratamiento depende del tipo de dolor y su etiología. Existen dos opciones terapéuticas para el dolor, el tratamiento farmacológico mediante el uso de analgésicos y opioides y el tratamiento no farmacológico como el reposo, la termoterapia, la fisioterapia, la electroestimulación y la acupuntura^{6,7}.

El tratamiento farmacológico del dolor se basa en el uso de analgésicos y coanalgésicos según la escala analgésica de la OMS con la cual se puede lograr un buen control del dolor en el 80% de los casos⁶.

El primer grupo de la escala analgésica lo comprenden los analgésicos no opioides (paracetamol, AINE, metamizol...), y se emplean en el tratamiento del dolor leve, constituyen la primera línea en el tratamiento farmacológico del dolor y son el grupo de mayor consumo. El segundo grupo lo forman los opioides débiles (codeína, tramadol) y se utilizan en el tratamiento del dolor moderado. El tercer escalón lo conforman los opioides más potentes (morfina, oxicodona, fentanilo, metadona, buprenorfina) que se

emplean en el tratamiento del dolor grave. Y el cuarto escalón recurre a métodos invasivos (analgesia continua epidural o espinal, bloqueo de nervios periféricos, neuroestimulador, cirugía) que se utilizan en el tratamiento del dolor crónico⁶.

Para la utilización de esta escala terapéutica, es esencial, en primer lugar, la cuantificación de la intensidad del dolor para su manejo y seguimiento mediante escalas unidimensionales como la Escala Visual Analógica (EVA). La subida de escalón depende del fallo en la efectividad del escalón anterior. En primer lugar, se recurre a los analgésicos del primer escalón, si el dolor no mejora, se avanzará a los del segundo escalón pudiendo combinarlos con los del primero y con el uso de coadyuvantes si es necesario. Si con esta opción, el dolor no mejora, se utilizarán los opioides potentes, combinados con los fármacos del primer escalón y coadyuvantes si es necesario. El uso conjunto de coadyuvantes, aumenta la eficacia analgésica, ya que se utilizan en el manejo de síntomas concurrentes que exacerban el dolor. No se deben mezclar nunca los opioides débiles con los potentes⁶.

Los fármacos del primer escalón presentan techo terapéutico, es decir, una vez alcanzada la dosis máxima recomendada, el incremento de la dosis no produce una mayor analgesia por lo que resulta necesario avanzar al siguiente grupo de fármacos⁵. Sin embargo, los opioides potentes no presentan techo analgésico, por lo que si se continúa aumentando la dosis, aumentará también el efecto analgésico⁶.

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento no farmacológico del dolor es una forma eficaz de reducir la gravedad del dolor y puede ser utilizado de forma independiente por la enfermera. Los investigadores a menudo eligen prácticas no farmacológicas que no tienen efectos secundarios, que presentan un riesgo mínimo, no son perjudiciales para los pacientes, son fáciles de administrar y rentables. Los métodos no farmacológicos eficaces varían según grupo por edad, sexo y diagnóstico médico⁸. El inicio de una deambulación precoz, la fisioterapia o la rehabilitación son medidas terapéuticas no farmacológicas factibles en un nivel moderado de dolor⁹.

Según la Asociación Americana de Estadística (ASA, por sus siglas en inglés), el dolor postoperatorio es aquel que aparece en el paciente debido a la patología, al procedimiento quirúrgico y a las complicaciones que pueden aparecer derivadas de estos, caracterizado principalmente por ser un dolor agudo, limitado en el tiempo,

predecible y evitable¹⁰. Aparece como consecuencia de la estimulación nociceptiva resultante de una intervención quirúrgica¹¹.

El adecuado control y manejo del dolor postoperatorio resulta clave en la evolución y recuperación del paciente, constituyendo una parte esencial de los cuidados perioperatorios y un indicador de buena práctica clínica y calidad asistencial¹⁰. Esto junto con otros factores como la movilización y la nutrición precoz, se relacionan directamente con la disminución de complicaciones postoperatorias⁹. El empleo de escalas de evaluación del dolor y la participación activa del paciente en su tratamiento, permite controlar el dolor, constituyendo su alivio un criterio de calidad asistencial¹¹.

Actualmente se ha producido un gran avance en el desarrollo de nuevos fármacos y técnicas analgésicas para el control del dolor postoperatorio, además de la creación de unidades específicas como la Unidad del Dolor Agudo (UDA) que facilitan la coordinación eficiente de las diferentes intervenciones médicas, quirúrgicas y de enfermería. El proceso de gestión del dolor postoperatorio debe adaptarse a la situación personal de cada paciente siendo responsabilidad de un equipo multidisciplinar formado por enfermería, anestesiólogos, cirujanos, rehabilitadores, farmacéuticos, fisioterapeutas y otros profesionales sanitarios¹⁰.

Entre los factores que condicionan la intensidad del dolor postoperatorio se encuentran el tipo de intervención, la técnica anestésica y quirúrgica y la duración de la intervención. Además, existen una serie de factores dependientes del paciente que también podrían influir, como la edad o el sexo. Actualmente, existe controversia en la relación entre el sexo y el dolor, aunque estudios sobre dolor llevados a cabo recientemente, demuestran una mayor prevalencia entre las mujeres, aunque este hecho no demuestra una percepción dolorosa distinta debida al sexo frente a una misma situación desencadenante de dolor. No es posible concluir, con los estudios relativos al dolor postoperatorio hasta la fecha, que el sexo sea un factor determinante de la magnitud del dolor postoperatorio y, por tanto, el tratamiento no debe orientarse en función de este.

La respuesta física predominante al dolor postoperatorio consiste principalmente en evitar todo tipo de movimiento que contribuya a exacerbar el dolor, adoptando una actitud de inmovilidad especialmente durante las primeras horas del postoperatorio. La respuesta psicológica es más compleja e incluye generalmente manifestaciones de

miedo y angustia, cuya intensidad depende, además de la intensidad del dolor, de las características psicológicas basales del paciente. Esta puede ejercer una gran influencia en la valoración del dolor y la efectividad del tratamiento analgésico¹¹. Esta situación dolorosa puede generar estrés, sufrimiento y malestar interfiriendo directamente en las actividades de la vida diaria del paciente, provocando trastornos del sueño, cambios en la actividad mental, pérdida de apetito, deterioro de la actividad social, etc.¹² El conjunto de estas respuestas fisiológicas del organismo al dolor postoperatorio puede constituir un factor determinante en la evolución del paciente¹¹.

Entre las complicaciones más frecuentes provocadas por el dolor postoperatorio se encuentran complicaciones respiratorias como la disminución de la capacidad residual funcional, complicaciones cardiocirculatorias como el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, complicaciones digestivas como la aparición de íleo paralítico, náuseas y vómitos postoperatorios, complicaciones metabólicas, complicaciones inmunológicas con presencia de leucocitosis, complicaciones urológicas como una inhibición de la motilidad del tracto urinario que conduce a una retención urinaria, complicaciones musculoesqueléticas como la atrofia muscular por la inmovilidad causante de una limitación funcional posterior y complicaciones psicológicas como ansiedad, miedo y delirio.

Por tanto, el dolor postoperatorio puede conducir a muchos resultados adversos en los pacientes quirúrgicos durante el periodo postoperatorio^{13,14}. También constituye un importante factor de riesgo de otras patologías de base que unido a determinantes como la edad avanzada puede generar una complicación de estas¹¹.

El dolor postoperatorio es una ocurrencia frecuentemente mal manejada que ocasiona la persistencia de una alta prevalencia, con una consecuente disminución de la calidad de vida y del confort del paciente, un aumento de la morbimortalidad perioperatoria, del riesgo de desarrollar dolor crónico y de la estancia hospitalaria y los costes^{9,10}.

El manejo efectivo del dolor postoperatorio es fundamental para los pacientes después de la cirugía¹⁵ ya que aumenta la seguridad y satisfacción del paciente y reduce el coste de la atención médica¹⁶, pero los métodos actuales de manejo del dolor no siempre son adecuados¹⁵.

Las herramientas actuales de evaluación del dolor postoperatorio más comúnmente utilizadas evalúan exclusivamente un aspecto de la dimensión sensorial del dolor, la

intensidad de este, lo que resulta en un manejo inadecuado del dolor postoperatorio. Es esencial comprender la naturaleza compleja del dolor, considerando todas las dimensiones para su manejo óptimo. Este, es un fenómeno subjetivo y existe una gran variabilidad entre los pacientes. Actualmente, se carece de evidencia sistemática y sólida respecto a una herramienta de evaluación del dolor multidimensional más válida y psicométricamente confiable para pacientes postoperatorios adultos, por lo que se están realizando estudios con el fin de incorporar herramientas de evaluación multidimensional del dolor postoperatorio en la práctica clínica^{13, 16}.

El seguimiento postquirúrgico realizado por la enfermera permite evaluar la condición y situación particular del paciente, brindar una educación personalizada y adaptada y mejorar la experiencia del paciente¹⁷. Las intervenciones educativas de enfermería podrían influir en el alivio del dolor postquirúrgico¹⁸.

Las enfermeras, junto con la responsabilidad de la evaluación del bienestar físico y psicológico del paciente, así como de la valoración de la respuesta al tratamiento, tiene un papel esencial en el control y manejo del dolor, mediante la elaboración de planes de cuidados que incluyan intervenciones no farmacológicas que favorezcan el alivio del dolor como pueden ser la empatía, la escucha activa, la comunicación y la educación sanitaria. La utilización de entrevistas personales, el uso de escalas de medición del dolor, el empleo de técnicas de tratamiento farmacológico y no farmacológico, el abordaje psicosocial del paciente y la educación sanitaria, podrán proporcionar un alivio integral del dolor. El alivio del dolor y la promoción de la comodidad, son intervenciones esenciales que involucran además de conocimientos científicos y habilidades técnicas, cuestiones éticas y humanitarias en la práctica de enfermería¹².

La importancia de un adecuado registro del dolor en la historia clínica (HC) del paciente radica en facilitar la comprensión de la evolución y características de este mediante la evaluación regular de la intensidad, con el objetivo de adecuar el tratamiento necesario según la respuesta del paciente a los tratamientos utilizados hasta el momento. El registro en la HC constituye un indicador de calidad asistencial importante porque permite objetivar el dolor que presentan los pacientes y el ajuste de las pautas analgésicas cuando sea necesario.

Diferentes estudios demuestran que el registro regular de la intensidad del dolor postoperatorio mejora el manejo clínico de este. Sin embargo, varios estudios reflejan

que el dolor en el ámbito hospitalario tiende a estar subestimado debido a una evaluación incompleta y en consecuencia, es tratado inadecuadamente. Es posible que características organizativas y de gestión clínica influyan en el adecuado registro del dolor. El incremento del registro del dolor en la HC, permite una valoración más objetiva en las diferentes etapas del periodo postoperatorio, así como la posibilidad de comparación en evaluaciones posteriores o tras la realización de acciones de mejora¹⁹.

Así, la presente investigación tiene por objetivo buscar la mayor evidencia disponible sobre el impacto de la intervención enfermera y los autocuidados en el adecuado abordaje y manejo del dolor postoperatorio en pacientes trasplantados hepáticos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el impacto de la intervención enfermera en el manejo del dolor postoperatorio y los autocuidados en pacientes trasplantados hepáticos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudiar la evidencia disponible sobre el abordaje multidimensional del dolor
- Analizar las diferentes intervenciones enfermeras utilizadas en el manejo del dolor
- Reconocer la importancia y el impacto de un adecuado registro del dolor

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Revisión sistemática de ensayos clínicos (EC) y revisiones sistemáticas (RS) publicadas en los últimos 5 años (2016-2021) que aborden la intervención enfermera en el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados.

ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Para la elaboración de la pregunta de la revisión, se utilizó la estrategia PICO «paciente-problema/intervención/comparación-tratamiento/resultado», siendo esta la evaluación de la intervención enfermera en el adecuado abordaje y manejo del dolor del postoperatorio en pacientes trasplantados hepáticos.

Los estudios científicos relevantes fueron identificados por medio de búsquedas electrónicas en las diferentes bases de datos del área de salud: PubMed, Medline, Cochrane, SciELO (Scientific Electronic Library Online), Dialnet y Cuiden. Los artículos relevantes se identificaron empleando los siguientes descriptores en ciencias de la salud (DeCS / MeSH: en inglés) combinados con el operador booleano AND, para las siguientes ecuaciones de búsqueda: [«Liver Transplant/Liver Transplantation» AND «Nursing» AND «Pain»], [«Liver Transplant/Liver Transplantation» AND «Nursing» AND «Ache»], [«Liver Transplantation» AND «Pain»], [«Liver Transplantation» AND «Pain» AND «Postoperative»], [«Pain» AND «Postoperative» AND «Nursing»], [«Liver Transplantation» AND «Nursing»], [«Pain Measurement» AND «Nursing»] y [«Nursing Records» AND «Pain»].

En todas las búsquedas se utilizaron como filtros: Full text, Publication date 5 years, Clinical Trial y Systematic Review.

La identificación de los estudios se completó consultando parte de la bibliografía de los artículos seleccionados. Por último, se realizó una búsqueda de páginas web para identificar posibles estudios no publicados en revistas médicas pero que hubieran sido reseñados en Internet.

ESTRATEGIA DE SELECCIÓN

Para el cribado de artículos susceptibles de ser utilizados se utilizaron una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron EC y RS publicadas en los últimos cinco años, en inglés y español sobre pacientes quirúrgicos trasplantados hospitalizados, abordaje y manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados, dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a cirugía abdominal y/o hepatectomía y registro del dolor en pacientes hospitalizados.

Criterios de exclusión:

Se descartó bibliografía que no guardaba relación con el desarrollo planteado para la presente investigación como el manejo del dolor en otro tipo de cirugías y en pacientes no hospitalizados.

Evaluación de la evidencia

Se inspeccionaron los títulos y los resúmenes de las referencias identificadas para evaluar la potencial elegibilidad según los criterios de búsqueda establecidos. La elección y la lectura crítica de los textos completos se realizó en base a unos criterios de calidad y evidencia.

La herramienta utilizada para la lectura crítica, análisis de calidad y evaluación de la evidencia de los artículos potencialmente elegibles, fue el Programa de Habilidades en Lectura Crítica CASPe tanto para las RS como para los EC.

La Guía de CASPe para la lectura crítica de los EC²⁰ (Anexo 1), tiene un total de 11 ítems, siendo así 11 la puntuación máxima. Teniendo en cuenta esta puntuación máxima, se estableció incluir los estudios con puntuación superior a 9. Los ítems se establecieron considerando aquellos aspectos relacionados con el sesgo del estudio, como la aleatorización o el enmascaramiento.

La Guía de CASPe para la lectura crítica de las RS²¹ (Anexo 2), tiene un total de 10 ítems, siendo así 10 la puntuación máxima. Teniendo en cuenta esta puntuación máxima, se estableció incluir los estudios con puntuación superior a 8. Mediante el establecimiento del límite de puntuación, se aseguró una calidad metodológica aceptable y bajo riesgo de sesgo, excluyendo aquellos artículos que no cumplan con un umbral de calidad predefinido.

RESULTADOS

La búsqueda inicial en las bases de datos seleccionadas encontró 1277 artículos. Tras eliminar artículos duplicados en varias bases de datos y una primera revisión de los títulos y resúmenes, se eliminaron 1246 artículos por tratar temas distintos al objeto de estudio o no cumplir los criterios de inclusión. Posteriormente, se seleccionaron 31 artículos para su lectura de texto completo, de los cuales se excluyeron 21 por no incluir información relevante relacionada con el objetivo de la revisión, resultando 10 artículos restantes. Tras la evaluación del análisis de calidad se excluyeron 3 artículos por no alcanzar la puntuación establecida. Finalmente, se incluyeron 7 artículos^{8,15,16,18, 22, 23, 24, 25} en esta revisión de los cuales 3 eran EC, 4 RS y un estudio descriptivo transversal (Figura 1).

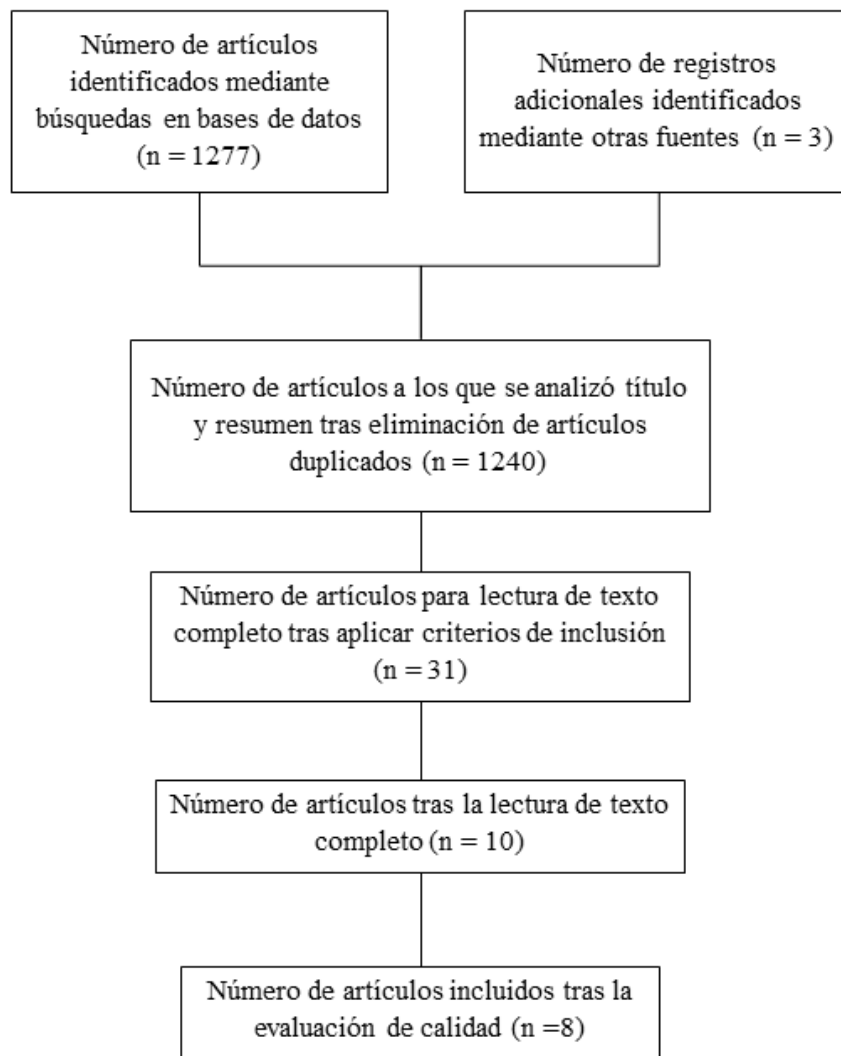


Figura 1. Diagrama de flujo para la selección de artículos

Calidad metodológica de los estudios

En relación al tipo de estudio, tres de los artículos analizados fueron ensayos controlados aleatorizados (ECA)²²⁻²⁴, cuatro revisiones sistemáticas^{8,15,16,18} y un estudio descriptivo transversal²⁵.

Los estudios revisados presentan variabilidad en cuanto a calidad metodológica. La puntuación media de CASPe para los EC fue de 10, y para las RS fue de 8,66. Ver tablas de valoración de CASPe (Anexos 1 y 2).

Respecto a los 3 EC revisados, la puntuación media de CASPe fue de 10 (Anexo 1). Todos ellos se incluyeron en esta revisión debido a la alta puntuación obtenida. En todos los estudios los grupos de pacientes incluidos fueron homogéneos al comienzo del ensayo, fueron tratados de igual modo y el seguimiento fue completo teniendo en cuenta todos los resultados relevantes. Todos ellos eran aleatorizados²²⁻²⁴ y no fue posible enmascarar la intervención a estudiar. El intervalo de confianza es > 95% para todos los estudios.

En cuanto a las RS, la puntuación CASPe varía entre los 10 puntos de Kukimoto Y. et al¹⁵ y los 8 de Ju W. et al²⁶ y Cabilan CJ et al²⁷ (Anexo 2). Con el fin de asegurar una calidad metodológica aceptable, se incluyeron aquellos estudios con una puntuación superior a 8.

En todas ellas se incluyeron estudios pertinentes o relevantes, aunque el esfuerzo para valorar la calidad metodológica de los mismos varía. Así mismo, todas extraen un resultado global de la revisión y consideran todos los resultados importantes para tomar la decisión.

En referencia al idioma utilizado en los EC y las RS el 100% de los estudios están escritos en inglés.

En cuanto al área geográfica, los estudios se realizaron en cinco países: Australia¹⁶, Irán²², Turquía^{8, 23, 24}, Japón¹⁵ y España^{18, 25}.

Extracción de datos

Para la recogida de datos relevantes para el estudio se diseñó una tabla (Anexo 3) en la que se resumen las principales características de los estudios analizados, incluye: título, autor, año de publicación, país, objetivos, tipo de artículo, población y características de la muestra, resultados y comentarios. Debido a la heterogeneidad de los estudios se consideró adecuada la síntesis de los resultados obtenidos mediante un resumen en el intento de dar un sentido integrador a los mismos.

Resumen

Los estudios incluidos analizaron los métodos actuales de evaluación del dolor¹⁶, la efectividad de diferentes intervenciones enfermeras no farmacológicas dirigidas al manejo y alivio del dolor posquirúrgico^{8, 15, 18, 22, 23, 24} y el registro del dolor²⁵.

En relación a los métodos actuales de evaluación del dolor, una de las revisiones sistemáticas incluidas¹⁶, tuvo como objetivo evaluar algunas de las propiedades de medición (fiabilidad, validez y generalización) de las herramientas de evaluación del dolor multidimensional utilizadas en el dolor postoperatorio en adultos. Actualmente, las herramientas más utilizadas evalúan únicamente un aspecto del dolor, la intensidad, siendo este un problema multidimensional. Entre estas herramientas unidimensionales se encuentran la Escala de Calificación Numérica (NRS) y la Escala Analógica Visual (EVA) basadas en el autoinforme del paciente sobre la existencia del dolor y la intensidad de este. El uso de estas herramientas para la evaluación, puede volverla complicada en ocasiones debido a una dificultad, por parte del paciente, en la descripción de la naturaleza compleja del dolor con un solo valor¹⁶.

Sin embargo, existen herramientas de evaluación del dolor multidimensionales entre las que se encuentran el Cuestionario de dolor de McGill (MPQ), el Inventario Breve de Dolor (BPI), las escalas quirúrgicas del dolor (SPS) y la lista de verificación del dolor no verbal, siendo las dos primeras las más utilizadas. Pese a la disponibilidad de estas, su uso no se ve extendido debido a una falta de evidencia científica suficiente para la selección de las más fiables y válidas¹⁶.

La RS llevada a cabo por Lapkin, S et al¹⁶, incluye cinco revisiones sistemáticas, tres de las cuales se centraron exclusivamente en las herramientas unidimensionales, otra en el entorno pediátrico y la última en pacientes ancianos con demencia por lo que no proporcionan evidencia suficiente sobre la validez y fiabilidad de las herramientas de

evaluación del dolor multidimensionales en pacientes adultos postquirúrgicos¹⁶.

Aunque el tema principal de algunos de los estudios incluidos en esta revisión no sean las herramientas de evaluación del dolor, los diversos autores refieren la utilización de las siguientes escalas en los estudios analizados en sus RS o EC: la Escala numérica de Bayer²², el Cuestionario de dolor de McGill de formato corto (SF-MPQ)²³, la EVA^{8, 15, 18, 23, 24}, la NRS^{15, 18}, la Escala de caras del dolor¹⁵ y el Inventario Breve de Dolor de formato corto (BPI-SF)¹⁸ en los EC y estudios incluidos las RS.

En cuanto a las intervenciones enfermeras no farmacológicas, algunos de los estudios incluidos, analizan la efectividad del uso de una combinación de enfoques como la farmacoterapia y la terapia conductual²², varios estudios investigaron el efecto del masaje sobre el dolor y la ansiedad^{8, 15, 23, 24} y otros analizaron las intervenciones educativas destinadas al manejo del dolor postoperatorio¹⁸.

Las principales medidas de resultado analizadas en los estudios fueron: el efecto de las intervenciones sobre el dolor, la ansiedad o el nivel de conocimiento sobre el dolor del paciente. Como resultados secundarios, se analizaron el consumo de analgésicos, la calidad de vida y las constantes vitales.

El EC de Hasanpour-Dehkordi, A et al²² tuvo como objetivo analizar la efectividad de la relajación muscular progresiva (PMR) junto con el uso de analgésicos en el control del dolor y la ansiedad y promoción de la salud en pacientes quirúrgicos. El grupo de intervención recibió además de morfina, conocimientos acerca de la técnica de relajación de Benson. Para la evaluación de la eficacia de la intervención, se recogieron características demográficas (edad, sexo, nivel educativo, lugar de residencia y situación económica), se valoró la escala de ansiedad del estado de Spielberg, signos vitales (TA, FC, FR y Tª) y la escala numérica de Bayer para la medición del dolor. Se observó una diferencia significativamente menor en cuanto a la intensidad del dolor tras la intervención quirúrgica en el grupo de intervención así como una disminución de administración de analgésicos siendo esta 2,5 veces mayor en el grupo de control²².

En relación con las técnicas de relajación, los estudios de Demir, B y Saritas, S^{23, 24}, tuvieron como objetivo determinar el efecto del masaje sobre los signos vitales, el dolor y la ansiedad específicamente en pacientes trasplantados hepáticos. Uno de ellos analizó el efecto del masaje de espalda mediante el cuestionario SF-MPQ y la escala de confort general²³. El otro estudio fue un EC en el que se investigó el efecto del masaje de manos

en una muestra de 80 pacientes divididos en grupo experimental y grupo de control de forma aleatoria que exclusivamente utilizaban opioides para el control del dolor. Las herramientas utilizadas para la evaluación de los resultados fueron la escala EVA y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI) además del formulario de información del paciente en el que se recogían las características descriptivas del paciente con el fin de aplicar los resultados en una muestra homogénea²⁴.

En ambos casos se determinó una diferencia significativa con puntuaciones medias menores de la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad de los pacientes del grupo de intervención tras el trasplante hepático^{23, 24}.

La RS llevada a cabo por Kukimoto, Y. et al¹⁵ continuó la línea de técnicas de relajación aplicadas para el manejo del dolor postoperatorio. La mayoría de los estudios incluidos revelaron un efecto estadísticamente significativo de la terapia de masaje sobre el manejo del dolor y la ansiedad en comparación con el grupo de control. Sin embargo, la magnitud del efecto de la terapia resulta mayor sobre el dolor agudo en comparación con el dolor crónico. Establece conveniente la combinación del masaje con otros métodos, incluidos los analgésicos y otras modalidades complementarias con el fin de lograr un manejo eficaz del dolor postquirúrgico. Los resultados de este estudio revelaron la eficacia de la terapia de masaje sobre el alivio del dolor postoperatorio, existiendo límites en la generalización de estos hallazgos debido a la baja calidad metodológica de los estudios actuales¹⁵.

Fátima Ay⁸ en su RS, analizó la evidencia disponible con el fin de identificar y resumir las prácticas no farmacológicas utilizadas por las enfermeras con el objetivo de aliviar el dolor postoperatorio y el efecto de estas. Los resultados de esta revisión destacaron la reducción de la gravedad del dolor mediante el uso de métodos no farmacológicos en combinación con farmacológicos. Además, se determinó la eficacia de la terapia de masaje en el control del dolor postoperatorio y por tanto en la reducción de la ansiedad debido a que aumenta la tolerancia y mejora el umbral del dolor. Este constituye el único estudio que sugiere una diferencia en la determinación de la gravedad del dolor en función del sexo⁸.

Por último, la RS llevada a cabo por Reaza-Alarcón A y Rodríguez- Martín B¹⁸ tuvo como objetivo analizar e integrar estudios que reflejaran la asociación entre las intervenciones educativas enfermeras y los beneficios sobre el dolor postquirúrgico en

pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía. Los estudios analizados demuestran que la intervención educativa aumentó el conocimiento de los participantes sobre los analgésicos y su consumo mejorando la adherencia al tratamiento que permite un mejor control del dolor. Los resultados de esta RS concluyen que las intervenciones educativas enfermeras podrían influir en el alivio del dolor pero se hacen necesarios estudios con mayor tamaño muestral¹⁸.

Respecto al registro del dolor por parte de las enfermeras, se encontró un estudio descriptivo transversal²⁵ cuyo objetivo fue analizar el registro de los episodios del dolor en unidades de hospitalización. Para ello se observó el registro de la administración farmacológica que fue completo en todos los casos, el registro del episodio de dolor que se realizó en el 29.5% de los casos, así como de su intensidad mediante una escala de valoración que resultó ser nulo o grado de alivio tras la administración farmacológica que se realizó en el 16.4% de los casos. Tampoco se registraron en ningún caso las intervenciones no farmacológicas²⁵.

La muestra de este estudio se caracterizó por incluir pacientes mayores de 75 años, lo que constituye un factor de riesgo de morbilidad que podría ser relevante en el mal control del dolor debido a la polimedición, el posible deterioro cognitivo y los cambios fisiológicos²⁵.

DISCUSIÓN

Con el fin de mejorar la comprensión del manejo del dolor y la importancia de este en los pacientes receptores de trasplante hepático, se sintetizaron las evidencias actuales e identificaron algunas lagunas en el conocimiento relacionado con el abordaje del dolor en los pacientes trasplantados y las intervenciones enfermeras.

Los pacientes trasplantados hepáticos encuentran muchas condiciones que afectan a su calidad de vida en el periodo postquirúrgico. Entre estas destacan el dolor y trastornos psicosociales como la ansiedad²⁴, debida a factores estresantes que podrían reducir la tolerancia al dolor²². El dolor agudo aparece en el período inicial y el dolor crónico es más común en el período tardío. Diversos estudios han informado que los pacientes tienen un mayor nivel de dolor después de un trasplante hepático²³ al igual que otros pacientes sometidos a cirugía como, por ejemplo, la torácica que experimentan también un dolor agudo severo²⁸.

El manejo del dolor es una de las necesidades básicas y una prioridad en los cuidados de enfermería⁸. Su detección precoz y sistemática debería considerarse como prioridad asistencial y su evaluación, ser un parámetro estándar en la valoración del paciente²⁵.

Las enfermeras pasan gran cantidad de tiempo junto a los pacientes durante el periodo postoperatorio, lo que les permite evaluar el dolor y la ansiedad e intentar prevenir y reducir las complicaciones tomando las medidas pertinentes²².

Las enfermeras tienen un papel esencial en la valoración regular y sistemática, que incluye la evaluación y el registro del episodio de dolor²⁵.

Es importante realizar una evaluación completa del dolor de forma periódica (siempre que se notifique un nuevo dolor, antes y después de las terapias y siempre que se modifique la dosis o el tratamiento), para su manejo eficaz⁸, lo cual permite aumentar la seguridad y satisfacción del paciente y reducir los costos de los servicios de atención médica¹⁶. Este registro servirá de guía para determinar la dosis óptima de analgésicos y la frecuencia de administración⁸.

Según los estudios, la mayoría de las enfermeras no utilizan escalas para la evaluación de la gravedad del dolor posoperatorio lo que constituye un gran obstáculo para su manejo eficaz debido a la falta de recopilación y evaluación de datos de forma sistemática. Todas las investigaciones incluidas en el presente estudio utilizaron diferentes escalas o cuestionarios para evaluar el dolor⁸.

El dolor postoperatorio es un fenómeno multidimensional complejo y subjetivo, con amplia variabilidad entre los pacientes¹⁶.

Las herramientas de evaluación del dolor posoperatorio más comúnmente utilizadas son unidimensionales, es decir, evalúan exclusivamente la intensidad del dolor. Actualmente se están llevando a cabo investigaciones con el fin de incorporar herramientas de evaluación multidimensional para la evaluación del dolor posoperatorio en la práctica clínica¹⁶.

La evidencia científica disponible, informes de expertos y órganos rectores de los profesionales de la salud recomiendan una evaluación integral y multidimensional como un componente integral del manejo efectivo del dolor¹⁶.

Los métodos unidimensionales están basados en un criterio numérico e incluyen versiones de la escala NRS y la escala EVA y los métodos multidimensionales valoran otras esferas del dolor (MPQ, SF-MPQ, BPI, Cuestionario corto de dolor, las escalas SPS y la lista de verificación del dolor no verbal)^{8, 16}.

El SF-MPQ consta de 3 secciones: la calidad, la gravedad actual del dolor (valorada mediante la escala EVA) y la severidad general del dolor²³.

El MPQ incluye la medición de las características físicas y emocionales del dolor. Está formado por palabras descriptivas para definir el dolor, un diagrama para indicar la ubicación exacta de este, una puntuación de uno a cinco para representar la intensidad general y una sección que considera el contexto individual del paciente¹⁶.

El BPI incluye la dimensión sensorial y reactiva, mide tanto la intensidad como la interferencia del dolor con las actividades de la vida diaria¹⁶.

La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión utilizaron la escala EVA para evaluar la presencia y la gravedad del dolor.

El factor del sexo en la determinación de la gravedad del dolor puede explicarse debido a diferencias hormonales, un umbral del dolor es más bajo en mujeres, la composición del cuerpo (mayor índice de grasa en mujeres) y la predisposición de las mujeres a reportar el dolor⁸.

El manejo inadecuado del dolor en cualquier cirugía, retrasa la restauración de las funciones normales de los órganos, pudiendo interferir en actividades simples como toser o moverse²⁸, por lo que diversas guías enfatizan el manejo multimodal del

dolor como evidencia actual del manejo del dolor posoperatorio¹⁵.

El manejo del dolor es fundamental en el periodo postoperatorio, pero los métodos actuales no siempre son adecuados¹⁵. El método inicial y más eficaz para el control de este, es la administración de analgésicos en el postoperatorio temprano⁸ al igual que la administración de opioides en el caso de la cirugía torácica²⁸. En general, es el tratamiento de elección tanto por los médicos y enfermeras como por los pacientes frente a otras opciones⁸.

Sin embargo, el tratamiento no farmacológico del dolor es un método efectivo que mejora la eficacia de la terapia con analgésicos⁸, puede reducir la necesidad de opioides²⁸, reduce la gravedad del dolor y la ansiedad aumentando la comodidad del paciente. Además, las intervenciones no farmacológicas pueden ser llevadas a cabo activamente por las enfermeras proporcionando un papel activo en la gestión del dolor y acreditando su independencia profesional⁸.

Se utilizaron diferentes métodos no farmacológicos en el periodo postoperatorio según lo requerido por la metodología de los estudios revisados.

La literatura subraya que el uso de los métodos no farmacológicos, junto a la terapia farmacológica resulta un método eficaz para el tratamiento del dolor y aumenta la calidad de la atención enfermera²³. Los analgésicos resultan indispensables para el tratamiento del dolor posoperatorio, pero es posible que no se alcance un alivio del dolor de manera adecuada⁸. Además, este tipo de intervenciones resultan menos costosas, de fácil aprendizaje y aplicación, permiten su uso en cualquier condición, no requieren gran cantidad de tiempo²², no tienen efectos secundarios, presentan un riesgo mínimo⁸ y las enfermeras pueden enseñarlas fácilmente a los pacientes a lo largo de la atención enfermera²².

Por lo tanto, el dolor posoperatorio se puede controlar mediante un plan de tratamiento multimodal que incluya también estrategias no farmacológicas¹⁵.

Los métodos no farmacológicos más utilizados en el periodo posoperatorio incluyen el masaje, la distracción, la escucha de música, la aplicación de frío, los ejercicios de relajación y el apoyo psicológico⁸. Los más utilizados en los estudios revisados para el control del dolor fueron el masaje y los ejercicios de relajación.

El masaje reduce el dolor, aumentando la liberación de endorfinas, mejorando así el umbral y reduciendo su percepción⁸. Esta terapia puede tener un efecto positivo a corto plazo, y podría ser parte de un régimen de manejo del dolor multimodal para pacientes trasplantados¹⁵.

Todos los estudios coincidieron en que la terapia de masaje tenía efectos estadísticamente significativos sobre el manejo del dolor y la ansiedad en comparación con el grupo de control. Dos estudios realizados por Demir, B. y Saritas, S. analizaron el efecto de esta intervención no farmacológica específicamente en pacientes trasplantados hepáticos arrojando resultados significativos^{23,24}.

Uno de los estudios demostró que la terapia de masaje de espalda incluida en los cuidados de enfermería aplicados a los pacientes con TH, afectó positivamente a los signos vitales, a la intensidad del dolor y al nivel de comodidad. La comparación intragrupo mediante el uso de la GCS y el SF-MPQ antes y después de la intervención del masaje de espalda, mostró una diferencia estadísticamente significativa en el alivio y la gravedad general del dolor y una disminución en los signos vitales. Los resultados del estudio demostraron que la terapia complementaria del masaje de espalda en combinación con tratamientos farmacológicos, es eficaz para disminuir el dolor postrasplante, aumentar los niveles de comodidad, aliviar los síntomas potenciales y lograr la recuperación en pacientes con trasplante de hígado²³.

El otro de los estudios demostró que el masaje en las manos cambia la sensación de dolor en la matriz neural, mejora la relación terapéutica entre el paciente y la enfermera y reduce significativamente las puntuaciones medias de la intensidad del dolor, los niveles de ansiedad y la necesidad de analgesia y sedación en el periodo postquirúrgico de pacientes que han recibido un TH²⁴.

La PMR podría incrementar el umbral de dolor y la tolerancia al estrés y la ansiedad, lo que permitiría reducir el consumo de analgésicos. Sin embargo, no existe evidencia de esta intervención terapéutica aplicada a pacientes trasplantados hepáticos²².

Si bien la mayoría de los estudios sugieren que la intervención de la terapia del masaje resulta útil en el manejo del dolor postquirúrgico, dicha asociación no se puede aplicar completamente en esta revisión ya que no todos los estudios encontrados son concluyentes, ni aplicables a pacientes trasplantados y algunos artículos carecen de evidencia científica sólida que asegure los resultados.

Investigaciones previas muestran que un control del dolor postquirúrgico eficiente contribuye a facilitar la recuperación física y psicológica del paciente, disminuye la estancia hospitalaria y mejora la calidad de vida y los niveles de estrés¹⁸.

El manejo del dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a TH es similar del que se realiza en otro tipo de cirugías como la torácica. La terapia de masaje también fue identificada por pacientes y enfermeras como un método aceptable, factible y potencialmente eficaz para alcanzar el máximo alivio del dolor. En un artículo no incluido en esta revisión sobre el efecto del masaje en cirugía torácica, siete ECA compararon el uso del masaje y analgesia con la atención estándar, obteniendo puntuaciones significativamente más bajas de intensidad de dolor antes y después de las intervenciones. El uso del tratamiento analgésico estándar complementado con la terapia de masaje, redujo la intensidad del dolor postoperatorio consiguiendo reducir la necesidad de opioides y aumentar el efecto analgésico²⁸.

Es responsabilidad enfermera enseñar a los pacientes ejercicios respiratorios para afrontar el dolor, ayudar a la movilización y asegurar el confort de los pacientes. Acciones como sentarse y caminar son factores que inducen y aumentan la intensidad del dolor, especialmente después de una cirugía abdominal. Sin embargo, métodos como el uso de un corsé o faja que aporte sujeción sobre la zona quirúrgica tras la cirugía abdominal, reducen la intensidad del dolor⁸.

Las enfermeras están capacitadas para educar a los pacientes en el control y manejo del dolor dotándolos de autonomía para convertirse en componentes activos de su cuidado y tratamiento, lo que contribuirá a un mejor manejo del dolor¹⁸.

Uno de los estudios incluidos analizó la efectividad de las intervenciones educativas realizadas en las fases pre y postoperatoria, sobre el alivio y prevención del dolor postquirúrgico, revisando la evidencia disponible que refleja la asociación entre la intervención educativa y la disminución del dolor postquirúrgico en pacientes sometidos a cualquier tipo de cirugía¹⁸.

La intervención educativa enfermera y la información proporcionada en el período preoperatorio reducen la percepción de la gravedad del dolor y disminuye la ansiedad⁸.

Las principales medidas analizadas en los resultados fueron el dolor, la ansiedad y el nivel de conocimiento del paciente sobre el dolor. Se observó que la intervención aumentó los conocimientos de los pacientes respecto a los analgésicos, así como su

consumo y mejoró la adherencia terapéutica, lo que permitió un mejor control del dolor. Sin embargo, los resultados obtenidos no permitieron su generalización debido a la controversia existente en ellos, aunque muestran un mayor alivio del dolor los pacientes que reciben intervenciones educativas¹⁸.

Los resultados muestran que el mayor conocimiento de los pacientes mejora las expectativas sobre el dolor postquirúrgico, modifica concepciones negativas previas sobre los opioides, mejora su inclusión en el tratamiento dándoles un rol activo y reduciendo su ansiedad, miedos y barreras¹⁸.

Una revisión de los registros de enfermería informó que las enfermeras desempeñan un papel activo en las intervenciones para el control del dolor y que esta es la afección registrada más común a la que dedican el máximo de tiempo⁸.

Sin embargo, otro artículo analizó la prevalencia del registro de los episodios de dolor en unidades de hospitalización y observó que, la administración farmacológica si se registró en todos los casos, pero solo en el 29,5% de los casos, se registró el episodio del dolor y en ningún caso la intensidad o el grado de alivio tras cualquier tipo de intervención. Se determinó una deficiencia en la gestión de los episodios de dolor por parte de las enfermeras en la evaluación y en el registro. Un registro fiable, así como una evaluación rigurosa, permite una correcta gestión del dolor, lo cual se consigue mediante la comunicación y colaboración del paciente. Los resultados ponen en evidencia la falta de adherencia en el registro de enfermería sobre datos del dolor de los pacientes hospitalizados y el insuficiente control de dolor²⁵.

Constituyendo el tema de esta revisión, un problema tan relevante en la práctica enfermera, tanto por sí mismo, como por las consecuencias que de él se derivan, llama la atención la escasez de estudios encontrados que lo abordan.

Esta revisión tuvo principalmente dos limitaciones: la primera de ellas es la falta de evidencia científica aplicada a pacientes trasplantados y la segunda la falta de generalidad de los resultados debido a las diferencias de resultados en los estudios revisados.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

El abordaje y manejo del dolor postoperatorio en pacientes trasplantados continúa siendo un desafío por lo que requiere una serie de investigaciones futuras. Entre ellas se destacan las siguientes:

- Protocolizar el control del dolor implementando buenas prácticas basadas en la evidencia y dotar a las enfermeras de los medios y el apoyo necesario para poder realizar un manejo adecuado del dolor
- Valoración y comprobación de la fiabilidad y validez de las herramientas de evaluación multidimensional del dolor postoperatorio en la práctica clínica.
- Ampliar las investigaciones y las muestras de ensayos clínicos sobre la efectividad de las intervenciones no farmacológicas en los pacientes trasplantados hepáticos.
- Formar a las enfermeras en las distintas opciones terapéuticas: farmacológicas, no farmacológicas o su uso conjunto.
- Estudios más rigurosos, con mayor tamaño muestral y calidad metodológica, que ayuden a conocer con certeza el efecto de las intervenciones educativas en el manejo de pacientes postquirúrgicos con dolor.

CONCLUSIONES

La presente revisión resalta la intervención enfermera en pacientes sometidos a TH. La enfermera tiene un papel esencial e independiente en el manejo y abordaje del dolor postoperatorio basado principalmente en su evaluación, intervenciones enfermeras y el registro de los episodios.

La evaluación del dolor requiere un abordaje multidimensional debido a su compleja naturaleza. Actualmente, las herramientas de evaluación más utilizadas son las unidimensionales, que miden exclusivamente un aspecto de este como la intensidad, debido a una falta de evidencia científica suficiente que esclarezca cuál de las herramientas multidimensionales disponibles actualmente tiene mayor validez y fiabilidad con el fin de incorporar su uso en la práctica clínica.

La intervención enfermera en el manejo del dolor postoperatorio en el TH, incluye tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas entre las que se encuentran por ejemplo la terapia de masaje e intervenciones educativas, así como un uso conjunto de ambas, que ha demostrado ser una opción fiable y eficaz aumentando el efecto de la terapia farmacológica y la calidad de la atención enfermera.

El registro de los episodios de dolor, así como su variación en intensidad o evolución, constituye una herramienta muy importante para lograr un correcto manejo de los episodios de dolor y establecer las intervenciones necesarias adecuadas a cada paciente en función de la situación particular en la que se encuentre.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. I. Herrero, F. Pardo, J. Quiroga, F. Rotellar. Trasplante hepático [Internet] Scielo. 2006 [Citado el 2 de marzo de 2021]; 29 (2) Recuperado a partir de: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original8.pdf>
2. Trasplante de hígado [Internet] ONT [Citado el 26 de abril de 2021]; Recuperado a partir de: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>
3. Memoria general de resultados. ONT [Internet] Registro español de trasplante hepático. 2019. [Citado el 26 de abril de 2021]; Recuperado a partir de: http://www.ont.es/infesp/Registros/MEMORIA%20RETH%202019_GENERAL.pdf
4. P. Parrilla, P. Ramírez, F. Bueno, R. Robles, JM. Rodríguez, J. Luján et al. Complicaciones de la cirugía del trasplante hepático [Internet] Elsevier. 2001 [Citado el 2 de marzo de 2021]; 69 (3): 259-296. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-complicaciones-cirugia-del-trasplante-hepatico-11000126>
5. F. Puebla Díaz. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico [Internet] Scielo. 2005 [Citado el 27 de febrero de 2021]; 28 (3). Recuperado a partir de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
6. Juan del Arco. Curso básico sobre el dolor. Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico [Internet] Elsevier. 2015 [Citado el 2 de marzo de 2021]; 29 (1): 36-43. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-curso-basico-sobre-dolor-tema-X0213932415727485>
7. Dolor. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares [Internet] Medline [Citado el 2 de marzo de 2021]; Recuperado a partir de: <https://medlineplus.gov/spanish/pain.html>
8. Ay F. Treatment of postoperative pain and non-pharmacologic practices in nursing systematic review: Results of Turkish doctoral dissertation in 2000-2015. Agri. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2018 [Citado el 5 de marzo de 2021]; 30(2):71-83. DOI: 10.5505/agri.2018.28247.
9. Esteve-Pérez N., Sansaloni-Perelló C., Verd-Rodríguez M., Ribera-Leclerc H., Mora-Fernández C. Nuevos enfoques en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2017 [Citado el 16 de marzo de 2021]; 24 (3): 132-139. DOI:10.20986/resed.2017.3542/2016
10. Pérez-Guerrero A.C., Aragón M.C. Y Torres L.M. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp Dolor [Internet] Scielo. 2017 [Citado el 16 de marzo de 2021]; 24(1):1-3. DOI: 10.20986/resed.2017.3566/2017
11. Soler Company E., Faus Soler M T., Montaner Abasolo M C. El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial. Farmacia Hospitalaria [Inernet] Elsevier. 2000

- [Citado el 16 de marzo de 2021]; 24(3):123-125. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-el-dolor-postoperatorio-actualidad-un-10000316>
12. Carnero Quintana A., Martín Villamor P. Revisión bibliográfica. “El papel de la Enfermería en el manejo del dolor”. [Trabajo de fin de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid Facultad de Enfermería; 2013-2014 [Citado el 17 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/5538/TFG-H80.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Lapkin S, Ellwood L, Diwan A, Fernandez R. Reliability, validity, and responsiveness of multidimensional pain assessment tools used in postoperative adult patients: a systematic review of measurement properties. *JBISIRIR-D-19-00407*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2020 [Citado el 4 de abril de 2021];19(2):284-307. DOI: 10.11124/JBISIRIR-D-19-00407.
 14. Ding L, Hua H, Zhu H, Zhu S, Lu J, Zhao K. et al. Effects of virtual reality on relieving postoperative pain in surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2020 [Citado el 4 de abril de 2021]; 82:87-94. DOI: 10.1016/j.ijisu.2020.08.033.
 15. Kukimoto Y, Ooe N, Ideguchi N. The Effects of Massage Therapy on Pain and Anxiety after Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Manag Nurs*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2017 [Citado el 8 de abril de 2021]; 18(6):378-390. DOI: 10.1016/j.pmn.2017.09.001
 16. Lapkin S, Fernandez R, Ellwood L, Diwan A. Reliability, validity and generalizability of multidimensional pain assessment tools used in postoperative adult patients: a systematic review protocol. *JBISIRIR-2017-003819*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019 [Citado el 29 de marzo de 2021]; 17(7):1334-1340. DOI: 10.11124/JBISIRIR-2017-003819.
 17. Highland KB, Tran J, Edwards H, Bedocs P, Suen J, Buckenmaier CC. Feasibility of App-Based Postsurgical Assessment of Pain, Pain Impact, and Regional Anesthesia Effects: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Pain Med*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019 [Citado el 29 de marzo de 2021]; 20(8):1592-1599. DOI: 10.1093/pm/pny288
 18. Reaza-Alarcón A, Rodríguez-Martín B. Effectiveness of nursing educational interventions in managing post-surgical pain. Systematic review. *Invest Educ Enferm*. [Internet] PubMed National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019 [Citado el 29 de marzo de 2021]; 37(2):e10. DOI: 10.17533/udea.iee.v37n2e10.
 19. Mesas Iañez, A. Guía de práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria. [Tesis Doctoral en Internet]. [Barcelona]: Universidad Autónoma

- de Barcelona. 2015. [Citado el 6 de abril de 2021]. Recuperado a partir de:
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/322797/ami1de1.pdf?sequenc>
20. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Ensayo Clínico. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. [Citado el 3 de abril de 2021]; Cuaderno I. p.5-8.
 21. Cabello, J.B. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender una Revisión Sistemática. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. [Citado el 3 de abril de 2021]; Cuaderno I. p.13-17
 22. Hasanpour-Dehkordi A, Solati K, Salehi Tali S y Dayani MA. Efecto de la relajación muscular progresiva con analgésico sobre el estado de ansiedad y de dolor en pacientes quirúrgicos. *British Journal of Nursing*. 2019 [Citado el 18 de abril de 2021]; 28 (3)
 23. Demir, B y Saritas, S. Efectos del masaje sobre los signos vitales, el dolor y los niveles de comodidad en pacientes con trasplante de hígado. *Explore [Internet] Elsevier*. 2020 [Citado el 20 de abril de 2021]; 16(3):178-184. DOI: 10.1016/j.explore.2019.10.004
 24. Demir, B y Saritas, S. Efecto del masaje de manos sobre el dolor y la ansiedad en pacientes después de un trasplante de hígado: un ensayo controlado aleatorizado. *Complementary Therapies in Clinical Practices [Internet] Elsevier*. 2020 [Citado el 20 de abril de 2021]; 39. DOI: 10.1016/j.ctcp.2020.101152
 25. Muñoz-Alvaredo L, López Vallecillo M, Jiménez Pérez JM, Martín Gil B, Muñoz Moreno M.F, Fernández Castro M. Prevalencia, manejo y registro del dolor en unidades de Medicina Interna. *Enferm Clin. [Internet] Elsevier*. 2018. [Citado el 9 de mayo de 2021]; 30(4): 275-281. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.11.004
 26. Ju W, Ren L, Chen J, Du Y. Eficacia de la terapia de relajación como una intervención eficaz de enfermería para el alivio del dolor posoperatorio en pacientes sometidos a cirugía abdominal: una revisión sistemática y metanálisis. *Medicina experimental y terapéutica*. [Citado el 6 de mayo de 2021]; 2019 (18): 2909-2916. DOI: 10.3892 / etm.2019.7915
 27. Cabilan, CJ, Hines S, Munday J. El impacto de la prehabilitación en el estado funcional posoperatorio, utilización de la atención médica, dolor y calidad de vida. *Enfermería ortopédica*. [Citado el 6 de mayo de 2021] 2016; 35 (4). DOI: 10.1097/NOR.0000000000000264
 28. Boitor M, Gélinas C, Richard-Lalonde M, Thombs BD. El efecto del masaje sobre el dolor postoperatorio agudo en adultos con enfermedades graves y agudas después de la cirugía torácica: revisión sistemática y metanálisis de ensayos controlados aleatorios. *Heart and Lung [Internet] Elsevier*. 2017. [Citado el 26 de mayo de 2021]; 46(5):339-346. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2017.05.005

ANEXOS

Anexo 1. Análisis de lectura crítica para evaluación de EC – CASPe²⁰

	Hasanpour-Dehkordi, A et al.²²	Demir B y Saritas S²³	Demir B y Saritas S²⁴
Pregunta bien definida	Si	Si	Si
Aleatorización	Si	Si	Si
Seguimiento completo	Si	Si	Si
Doble ciego	No	No	No
Homogeneidad de los grupos	Si	Si	Si
Los grupos fueron tratados de igual modo	Si	Si	Si
Es grande el efecto del tratamiento	Si	Si	Si
Son precisos los resultados IC\geq95%	Si	Si	Si
Son aplicables los resultados	Si	Si	Si
Se tuvieron en cuenta todos los resultados importantes	Si	Si	Si
<u>Total</u>	10	10	10
<p>El último ítem de la escala CASPe: « ¿los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?» no se pudo deducir de los ensayos, pero consideramos que en todos los casos están justificados los riesgos y los costes, por lo que sumamos un punto en todos los estudios analizados</p>			

Anexo 2. Análisis de lectura crítica para evaluación de RS – CASPe²¹

	Lapkin, S et al. ¹⁶	Ay F ⁸	Reaza Alarcón, A y Rodríguez Martín, B ¹⁸	Kukimoto, Y et al ¹⁵	Ju W et al. ²⁶	Cabilan, CJ et al. ²⁷
Tema claramente definido	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tipo de artículos adecuados	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Incluidos los estudios importantes y pertinentes	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Suficiente esfuerzo para valorar la calidad de los estudios incluidos	Si	¿?	Si	Si	¿?	Si
Resultados de los diferentes EC mezclados para resultado combinado	Si	Si	Si	Si	Si	Si
¿Cuál es el resultado global de la revisión?	Si	Si	Si	Si	Si	Si
¿Cuál es la precisión del resultado?	¿?	Si	¿?	Si	¿?	¿?
¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio?	Si	Si	Si	Si	Si	No
¿Se consideraron todos los resultados importantes para tomar decisión?	Si	Si	Si	Si	Si	Si
¿Los beneficios merecen la pena frente a los perjuicios y costes?	Si	Si	Si	Si	Si	Si
<u>Total</u>	9	9	9	10	8	8

Anexo 3. Tabla de extracción de datos de los artículos seleccionados

TÍTULO, AUTOR, AÑO DE PUBLICACIÓN, PAÍS	OBJETIVOS	TIPO DE ARTÍCULO	POBLACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA	RESULTADOS	COMENTARIOS ADICIONALES
<p>Fiabilidad, validez y generalización de las herramientas de evaluación del dolor multidimensional utilizadas en pacientes adultos postoperatorios¹⁶.</p> <p>Lapkin, S et al.</p> <p>2019</p> <p>Australia</p>	<p>Evaluar las propiedades de medición de las herramientas de evaluación del dolor multidimensional para el dolor postoperatorio en adultos (confiabilidad, validez y generalización)</p>	<p>RS</p>	<p>Pacientes postoperatorios de 18 años o mayores de todas las disciplinas quirúrgicas</p>	<p>Comparar los resultados para proporcionar recomendaciones sobre el instrumento más adecuado para la investigación y el uso clínico.</p>	<p>La incorporación de herramientas de evaluación multidimensional para la evaluación del dolor postoperatorio en la práctica clínica constituye un importante avance en el manejo y el abordaje del dolor postoperatorio mejorando la calidad de vida de los pacientes.</p>
<p>Efectos de la relajación muscular progresiva (PMR) con analgésico sobre el estado de ansiedad y el dolor en pacientes quirúrgicos²²</p> <p>Hasanpour-Dehkordi, A et al.</p> <p>2019</p> <p>Irán</p>	<p>Investigar el efecto de una técnica de relajación además de un analgésico narcótico en la promoción de la salud en pacientes quirúrgicos</p>	<p>ECA</p>	<p>70 pacientes candidatos a cirugía electiva del sistema gastrointestinal superior e inferior</p>	<p>Diferencia estadísticamente significativa en signos vitales, dolor y ansiedad entre el grupo caso (morfina + PMR) y el de control (morfina).</p>	<p>La PMR podría incrementar el umbral de dolor, la tolerancia al estrés y la ansiedad y el nivel de adaptación en pacientes quirúrgicos. Por tanto, utilizar esta técnica podría ser una forma adecuada de reducir el consumo de analgésicos. tolerancia al estrés y ansiedad y nivel de adaptación en pacientes quirúrgicos</p>

<p>Efectos del masaje sobre los signos vitales, el dolor y los niveles de comodidad en pacientes con trasplante de hígado²³.</p> <p>Demir B y Saritas S</p> <p>2020</p> <p>Turquía</p>	<p>Determinar los efectos del masaje de espalda en los signos vitales posoperatorios, el dolor y los niveles de comodidad en pacientes con trasplante de hígado</p>	<p>Modelo cuasiexperiment al</p>	<p>Pacientes adultos que se sometieron a un trasplante de hígado por primera vez.</p> <p>84 pacientes adultos: 42 experimentales (masaje de espalda) y 42 de control.</p>	<p>Los valores medios de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial e intensidad del dolor fueron menores. Y la saturación de oxígeno y el nivel de confort fueron mayores en el grupo experimental en comparación con el grupo de control en mediciones antes y después del masaje de espalda.</p>	<p>Se evidencia un efecto positivo de la realización de un masaje de espalda sobre la intensidad del dolor postquirúrgico en pacientes trasplantados hepáticos.</p>
<p>Efecto del masaje de manos sobre el dolor y la ansiedad en pacientes después de un trasplante de hígado²⁴.</p> <p>Demir B y Saritas S</p> <p>2020</p> <p>Turquía</p>	<p>Determinar los efectos del masaje de manos sobre el dolor posoperatorio y los niveles de ansiedad en pacientes con trasplante de hígado.</p>	<p>ECA</p>	<p>80 pacientes adultos que se sometieron a un trasplante de hígado: 40 experimentales (masaje de manos) y 40 de control.</p>	<p>Menor puntuación de la intensidad del dolor y los niveles de ansiedad en el grupo experimental en comparación con del grupo de control en las mediciones antes y después de la realización del masaje.</p>	<p>Existe un efecto positivo y disminución de la gravedad del dolor y los niveles de ansiedad gracias a la aplicación del masaje de manos en pacientes con trasplante de hígado.</p>

<p>Los efectos de la terapia de masaje sobre el dolor y la ansiedad después de una cirugía: una revisión sistemática y metaanálisis¹⁵</p> <p>Kukimoto, Y et al.</p> <p>2017</p> <p>Japón</p>	<p>Evaluar los efectos de la terapia de masaje en el manejo del dolor en pacientes posoperatorios</p>	<p>RS</p>	<p>Pacientes hospitalizados sometidos a cirugía con anestesia general excluyendo pacientes menores de 15 años y mujeres sometidas a cesárea</p>	<p>La terapia de masaje de dosis única presentó una mejora significativa sobre el dolor posoperatorio.</p>	<p>Este método no farmacológico de tratamiento del dolor puede generar un efecto positivo a corto plazo en el dolor postoperatorio pudiendo formar parte de un régimen de manejo del dolor multimodal.</p>
<p>Tratamiento del dolor postoperatorio y prácticas no farmacológicas en enfermería⁸.</p> <p>Ay F.</p> <p>2018</p> <p>Turquía</p>	<p>Identificar y resumir prácticas no farmacológicas utilizadas por las enfermeras para reducir o aliviar el dolor postoperatorio y el efecto de dichas prácticas sobre el dolor.</p>	<p>RS</p>	<p>Disertaciones de enfermería en población de pacientes adultos y métodos no farmacológicos</p>	<p>Los métodos no farmacológicos más utilizados resultaron el masaje y los ejercicios de relajación.</p>	<p>Los métodos no farmacológicos eficaces específicos para grupos por edad, sexo y diagnóstico médico deben identificarse en estudios futuros mediante una exhausta revisión de la literatura para cada método no farmacológico.</p>

<p>Eficacia de las intervenciones educativas de enfermería en el manejo postquirúrgico del dolor¹⁸.</p> <p>Reaza Alarcón, A y Rodríguez Martín, B</p> <p>2019</p> <p>España</p>	<p>Analizar los beneficios de las intervenciones educativas de enfermería para el manejo del dolor posquirúrgico.</p>	<p>RS</p>	<p>Población mayor de 18 años y sin patología mental</p>	<p>Los niveles de dolor del grupo experimental tras intervenciones educativas fueron menores. La intervención aumentó el conocimiento sobre los analgésicos, mejorando la adherencia terapéutica y por tanto un mejor control del dolor</p>	<p>Las intervenciones educativas enfermeras generan un mejor alivio del dolor postquirúrgico aumentando la satisfacción del paciente.</p>
<p>Prevalencia, manejo y registro del dolor en unidades de medicina interna²⁵.</p> <p>Muñoz Alvaredo L et al.</p> <p>2018</p> <p>España</p>	<p>Analizar la prevalencia y el manejo de los episodios de dolor, su evaluación y registro en unidades de hospitalización</p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Pacientes mayores de 18 años ingresados más de 48h en el servicio de Medicina Interna. Se excluyeron aquellos con déficit o deterioro en la comunicación, sensorial, cognitivo, demencia o barrera idiomática</p>	<p>Falta de registro de la intensidad o grado de alivio del dolor mediante las escalas de valoración adecuadas.</p>	<p>Insuficiente control del dolor en los pacientes ingresados por parte de las enfermeras pudiendo generar una recuperación más lenta, trastornos del sueño, depresión, delirio, reducción de la calidad de vida e incluso complicaciones amenazantes para la vida.</p>

