



**Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones
en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión
sistemática de alcance.**

Juan Vicente Cardona Cely

Fundación Universitaria Sanitas
Facultad de Enfermería
Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico
Ciudad Bogotá, Colombia
Año 2026

Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión sistemática de alcance

Juan Vicente Cardona Cely

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Enfermería en Cuidado Crítico

Directora:

Daira Vanessa Burbano Rivera

Enfermera; Magíster en Enfermería; (E) Maestría en Epidemiología Clínica; PhD en Enfermería

Línea de Investigación: Cuidado crítico de enfermería

Grupo de Investigación: Cuidado en el Contexto Individual, Familiar y Social

Fundación Universitaria Sanitas

Facultad de Enfermería

Maestría en Enfermería en Cuidado Crítico

Bogotá, Colombia

2026

Dedicatoria.

A Michell, el amor de mi vida, por que siempre he recibido su apoyo incondicional en todos los momentos: y a mi hermano adorado, Yesid, por su consejo en momentos difíciles durante este proceso que me hicieron seguir adelante. "Hágalo para no ser siempre espectador".

RESUMEN

Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión sistemática de alcance

Introducción: Los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido durante el periodo posoperatorio pueden presentar alteraciones emocionales, principalmente ansiedad y depresión, asociadas al estrés quirúrgico, la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos, la incertidumbre frente a la evolución clínica y el tratamiento inmunosupresor. Estas emociones pueden afectar el proceso de recuperación, la adherencia terapéutica y la calidad de vida. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental mediante la implementación de intervenciones orientadas al abordaje integral de las necesidades emocionales. El objetivo de esta revisión sistemática de alcance fue analizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con post trasplante de órgano sólido.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática de alcance siguiendo la metodología propuesta por el Joanna Briggs Institute (JBI) y los lineamientos PRISMA-ScR. La búsqueda se efectuó en las bases de datos PubMed, Scopus, Biblioteca Virtual en Salud, SciELO y Cochrane Library, complementada con literatura gris procedente de repositorios universitarios. Se incluyeron estudios publicados entre 2015 y 2025 que evaluarán intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos sometidos a trasplante de órgano sólido. La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada mediante las listas de verificación del Joanna Briggs Institute.

Resultados: Se incluyeron cinco estudios, todos correspondientes a ensayos clínicos aleatorizados. Las emociones abordadas con mayor frecuencia fueron la ansiedad y la depresión; adicionalmente, algunos estudios evaluaron confort, fatiga, trastornos del sueño, calidad de vida y capacidad de autocuidado. Las intervenciones identificadas fueron predominantemente no farmacológicas e incluyeron masaje terapéutico, musicoterapia, programas integrales de enfermería y

un programa basado en el enfoque Centrado en Soluciones. En conjunto, las intervenciones demostraron efectos favorables en la reducción de la ansiedad y la depresión, además de mejorar variables relacionadas con el bienestar emocional, el confort, la calidad de vida, el sueño y la capacidad de autocuidado.

Discusión y conclusiones: La evidencia disponible demuestra que las intervenciones de enfermería constituyen estrategias eficaces para el abordaje de las emociones durante el postoperatorio del trasplante de órgano sólido. Se identificó una evolución desde intervenciones aisladas hacia programas estructurados que integran apoyo psicológico, educación para la salud, rehabilitación física y promoción del autocuidado. Estos hallazgos respaldan la incorporación de programas de enfermería fundamentados en la evidencia dentro de los protocolos de atención al paciente trasplantado, favoreciendo un cuidado integral, humanizado y centrado en la persona. Asimismo, se evidenció la necesidad de fortalecer la investigación en otros tipos de trasplante y desarrollar estudios que permitan estandarizar este tipo de intervenciones.

Palabras clave (DeCS): Trasplante de Órganos; Atención de Enfermería; Emociones; Ansiedad; Cuidados Posoperatorios.

ABSTRACT

Nursing Interventions for Addressing Emotions in Adults Following Solid Organ Transplantation: A Scoping Systematic Review

Introduction: Patients undergoing solid organ transplantation may experience emotional disturbances during the postoperative period, particularly anxiety and depression, resulting from surgical stress, intensive care unit hospitalization, uncertainty regarding clinical outcomes, and immunosuppressive therapy. These emotional responses may negatively affect recovery, treatment adherence, and quality of life. In this context, nurses play a fundamental role by implementing interventions aimed at addressing patients' emotional needs. The objective of this scoping systematic review was to analyze the available scientific evidence on nursing interventions designed to address emotions in adults undergoing solid organ transplantation.

Methods: A scoping systematic review was conducted following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) and the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) guidelines. The literature search was performed in PubMed, Scopus, Virtual Health Library (VHL), SciELO, and the Cochrane Library, complemented by gray literature retrieved from institutional repositories. Studies published between 2015 and 2025 evaluating nursing interventions aimed at addressing emotions in adult solid organ transplant recipients were included. The methodological quality of the included studies was assessed using the Joanna Briggs Institute critical appraisal tools.

Results: Five randomized controlled trials met the inclusion criteria. Anxiety and depression were the most frequently addressed emotional outcomes, while comfort, fatigue, sleep disorders, quality of life, and self-care capacity were also evaluated as complementary indicators of emotional well-being. The identified nursing interventions were predominantly non-pharmacological and included therapeutic hand massage, music therapy, comprehensive nursing care programs, and a Solution-Focused Approach program. Overall, these interventions demonstrated

positive effects in reducing anxiety and depression and improving comfort, quality of life, sleep quality, fatigue, and self-care capacity.

Discussion and Conclusions: The available evidence indicates that nursing interventions are effective strategies for addressing emotional responses during the postoperative period following solid organ transplantation. The findings revealed an evolution from isolated interventions toward comprehensive nursing programs integrating psychological support, health education, physical rehabilitation, coping strategies, and self-care promotion. These results support the incorporation of evidence-based nursing programs into postoperative transplant care protocols to promote comprehensive, person-centered, and humanized care. Furthermore, additional research involving other types of solid organ transplantation is needed to strengthen the evidence and support the standardization of nursing interventions targeting emotional well-being.

Keywords (MeSH): Organ Transplantation; Nursing Care; Emotions; Anxiety; Postoperative Care.

Tabla de contenido

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	6
1. MARCO DE REFERENCIA.....	11
1.1. Estado del arte.....	11
1.1.1 El trasplante de órganos y la relación con los aspectos psicosociales...	16
1.2. Descripción del problema.....	20
1.3. Pregunta de investigación.....	25
1.4. Justificación.....	26
1.5. Objetivos.....	30
1.5.1 Objetivo general.....	30
1.5.2 Objetivos específicos.....	30
2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO.....	31
2.1 Trasplante de órgano sólido.....	31
2.2 Paciente trasplantado en la UCI.....	31
2.3 Emociones.....	33
2.4 Enfermería en el paciente trasplantado.....	35
2.5 Intervenciones de enfermería.....	37
3. MARCO METODOLÓGICO.....	39
3.1 Revisión de alcance.....	39
3.2 Fase 1: Identificación.....	40
3.2.1 Estrategia de búsqueda.....	40
3.2.1.1 Estrategia de búsqueda PubMed.....	41
Tabla 1. Estrategias de búsqueda de PubMed.....	41
3.2.1.2 Estrategias de búsqueda Scopus.....	42
Tabla 2. Estrategias de búsqueda Scopus.....	42
3.2.1.3 Estrategia de búsqueda SciELO.....	42
Tabla 3. Estrategias de búsqueda SciElo.....	42
3.2.1.4 Estrategia de búsqueda BVS.....	43
Tabla 4. Estrategias de búsqueda BVS.....	43
3.2.1.5 Estrategia de búsqueda Cochrane Library.....	44
Tabla 5. Estrategias de búsqueda Cochrane Library.....	44
3.2.1.6 Búsqueda de información en repositorios.....	44
Tabla 6. Búsqueda de información repositorios.....	44
3.3 Fase 2: Cribado y la elegibilidad.....	45
3.3.1 Estructura PCC.....	45
3.3.2 Criterios de inclusión:.....	46
3.3.3 Criterios de exclusión:.....	46
3.3.4 Calidad de los estudios:.....	47
3.4 Fase 3 Extracción y síntesis de los datos.....	47

3.5 Consideraciones éticas.....	47
4 RESULTADOS.....	49
4.1 Flujograma PRISMA ScR para estudios de fuentes secundarias.....	49
4.2 Características de los estudios seleccionados.....	51
4.2.1 Distribución geográfica de los estudios incluidos según el país de publicación.....	52
4.3 Calidad de los estudios:.....	52
4.3.1 Evaluación metodológica.....	52
4.3.2 Evaluación metodológica de los estudios incluidos mediante la herramienta JBI.....	53
4.3.3 Características sociodemográficas y clínicas de los estudios.....	54
4.4 Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido.....	56
4.4.1 Masaje terapéutico de manos.....	56
4.4.2 Musicoterapia.....	57
4.4.3 Programa integral de enfermería posterior al trasplante hepático.....	58
4.4.4 Intervención de enfermería basada en un enfoque centrado en soluciones.....	59
4.4.5 Cuidado integral orientado por procedimientos de enfermería.....	61
5.DISCUSIÓN.....	63
6 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	65
6.1 Conclusiones.....	65
6.2 Recomendaciones.....	66
6.2.1 Para la academia.....	66
6.2.2 Para Investigación.....	67
6.2.3 Para enfermería.....	67
6.2.4 Para enfermería de trasplantes.....	68
6.2.5 Para las guías de práctica clínicas.....	68
6.3 Fortalezas.....	69
6.4 Limitaciones.....	70
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
8. ANEXOS.....	81
Anexo 1: Acta comité de ética No. 011-26.....	82
Anexo 2: Soporte de extracción de datos en la plataforma Rayyan.....	84
Anexo 3: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2020).....	85
Anexo 4: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2021).....	86
Anexo 5: Evaluación crítica JBI del estudio de Xi et al. (2025).....	87
Anexo 6: Evaluación crítica JBI del estudio de Hu et al. (2023).....	88
Anexo 7: Evaluación crítica JBI del estudio de Wang et al. (2025).....	89
Anexo 8: Cronograma.....	90
Anexo 9: Presupuesto.....	91

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma PRISMA-ScR para estudios de fuentes secundarias.....	49
Mapa1. Distribución geográfica de los estudios incluidos según el país de publicación.....	52

Lista de tablas

Tabla 1. Estrategias de búsqueda de PubMed	40
Tabla 2. Estrategia de búsqueda Scopus	41
Tabla 3. Estrategias de búsqueda SciELO.....	42
Tabla 4. Estrategias de búsqueda BVS.....	43
Tabla 5. Estrategias de búsqueda Cochrane Library.....	43
Tabla 6. Búsqueda de información repositorios.....	44
Tabla 7. Componentes de la estrategia PCC para la formulación de la pregunta de investigación.....	45
Tabla 8. Características de los estudios seleccionados.....	50
Tabla 9. Evaluación metodológica de los estudios incluidos mediante la herramienta JBI.....	53
Tabla 10. Características sociodemográficas y clínicas de los estudios.....	54

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Estado del arte

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trasplante consiste en la sustitución de células, tejidos u órganos provenientes de un donante vivo o fallecido en una persona enferma, y en muchos casos representa la única opción de supervivencia disponible (1). De igual forma, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el trasplante de órganos, tejidos y células se ha convertido en una práctica de alcance mundial, capaz de prolongar la vida y mejorar su calidad (2). En numerosas ocasiones, este procedimiento constituye el único tratamiento posible para pacientes que padecen enfermedades agudas o crónicas, como aquellos con quemaduras graves que requieren trasplante de tejidos, pacientes con enfermedades hepáticas como la cirrosis, o personas con insuficiencia renal, para quienes el trasplante representa la mejor alternativa terapéutica y una mejora significativa en su calidad de vida.

De acuerdo con la OPS, en el año 2016 se realizaron 53 345 trasplantes de órganos sólidos —incluyendo hígado, corazón, páncreas, riñón y pulmón— en la Región de las Américas, lo que representó aproximadamente el 40 % del total mundial (3). El trasplante renal fue el procedimiento más frecuente, con 33 378 casos, seguido del trasplante hepático, con cerca de 11.000 procedimientos. Asimismo, el trasplante de córnea ocupó un lugar importante, con aproximadamente 4.000 intervenciones realizadas. Sin embargo, estas cifras continúan siendo insuficientes en relación con la demanda existente, ya que para 2016 se estimó que más de 100 000 personas permanecían en lista de espera para un trasplante renal, y solo el 10 % de los pacientes en lista de espera para trasplante hepático lograron acceder al procedimiento (3).

En Colombia de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Salud (INS), con corte a junio de 2026, 4.181 pacientes se encontraban en lista de espera para recibir un trasplante de órgano sólido, incluyendo riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas e intestino. Asimismo, entre enero de 2018 y junio de 2026 se realizaron más de 10.000 trasplantes en población pediátrica y adulta.(4). En la actualidad, 3 663

colombianos se encuentran en lista de espera para recibir un trasplante, lo que representa una tasa de 6,4 personas por millón de habitantes y el órgano con mayor demanda en el país es el riñón, con un total de 3890 personas en lista de espera, seguido de hígado pulmón y corazón (4).

El acceso al trasplante de órganos presenta importantes diferencias entre los países y continúa enfrentando múltiples desafíos que limitan su desarrollo y disponibilidad. La Organización Mundial de la Salud señala que el crecimiento de los programas de trasplante es altamente desigual a nivel mundial y está condicionado por factores como la ausencia de estrategias nacionales, marcos regulatorios insuficientes, limitaciones en la infraestructura para la donación y el trasplante, una cobertura sanitaria deficiente que restringe el acceso a estos procedimientos, el bajo nivel de conocimiento y participación de la población y de los profesionales de la salud, así como la escasez de donantes y las contraindicaciones médicas para la donación. Estas barreras generan inequidades en el acceso al trasplante y prolongan los tiempos de espera de los pacientes con falla orgánica terminal (1).

Los avances en las técnicas de procuración, preservación, trasplante e inmunosupresión han incrementado de manera significativa la supervivencia del injerto y del paciente, mejorando la efectividad clínica, la costo-efectividad y la aceptación social de los programas de trasplante. Como consecuencia, la demanda y la realización de trasplantes han aumentado progresivamente en las últimas décadas. No obstante, la capacidad para desarrollar programas de donación y trasplante continúa siendo heterogénea entre los diferentes sistemas de salud. Factores como la disponibilidad de infraestructura especializada, la existencia de políticas públicas y marcos regulatorios, el acceso a servicios de alta complejidad, la disponibilidad de equipos multidisciplinarios y las diferencias en el financiamiento sanitario generan importantes brechas en el acceso oportuno y equitativo al trasplante. Estas desigualdades se reflejan en diferencias en las tasas de donación, el número de procedimientos realizados y los tiempos de espera, limitando el acceso de muchos pacientes a un tratamiento potencialmente curativo (5).

Aunque Guerra (2012) describió la donación de órganos como un acto altruista fundamentado en la solidaridad y el beneficio hacia otras personas, estudios más recientes evidencian que en Colombia persisten barreras relacionadas con el

desconocimiento, los mitos y las creencias frente al proceso de donación (6). Guerrero Hernández et al. (2024) encontraron que, incluso entre el personal administrativo y asistencial de centros trasplantadores, persisten concepciones erróneas sobre la donación de órganos, demostrando consistentemente que la mayoría del personal de salud se encuentra a favor de la donación; igualmente menciona que entre el 30 % y el 40 % del personal mostraron indecisión respecto a este tema lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de educación y sensibilización dirigidas tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad. En este contexto, promover una cultura de donación voluntaria, informada y solidaria constituye un desafío con repercusiones sociales, políticas, académicas y científicas, al contribuir al incremento de la disponibilidad de órganos y al acceso equitativo al trasplante (7).

Duygu en 2025 menciona que las percepciones erróneas de la sociedad con respecto a la donación de órganos, las barreras religiosas y culturales, y la falta de conocimiento sobre la importancia y el proceso de donación afectan las decisiones de las personas con respecto a la donación de órganos. La tasa de donación de órganos de donantes fallecidos es de 6,87 por millón en todo el mundo, 16,85 por millón en los países europeos y sólo 3,38 por millón, en Turquía se informó que en 2023, 1840 personas perdieron la vida, y las familias de solo 305 personas fallecidas (16,6%) consintieron en la donación de órganos y tejidos. Este mismo autor refiere que factores como la susceptibilidad percibida a necesitar un órgano, los beneficios percibidos de la donación de órganos y las barreras percibidas para convertirse en donante influyen colectivamente en la disposición de las personas a donar órganos, igualmente fortalece la idea de que una baja alfabetización sanitaria contribuye a la falta de comprensión sobre la donación de órganos, perpetuando conceptos erróneos y fomentando potencialmente la aversión negativa. Por lo tanto, mejorar la alfabetización en salud es importante para aumentar la concienciación pública sobre la donación de órganos y fomentar actitudes positivas hacia ella (8).

Dentro de la actividad de donación y trasplante de órganos, cada país debe establecer un marco normativo y regulatorio que garantice su adecuada implementación, control y vigilancia. En Colombia, este proceso se inició formalmente en 1979 con la promulgación de la Ley 9ª de 1979, Código Sanitario

Nacional, la cual reguló por primera vez la obtención, conservación, transporte y utilización de órganos o partes del cuerpo humano con fines terapéuticos o investigativos, exigiendo la autorización previa del donante o de sus familiares (9).

Asimismo, esta normativa prohibió de manera expresa el comercio de órganos y tejidos, estableciendo que la donación debía realizarse como un acto voluntario, altruista y solidario. A partir de esta ley, y en consonancia con los avances científicos y tecnológicos en el ámbito de los trasplantes, la jurisprudencia colombiana ha evolucionado progresivamente, fortaleciendo el sistema nacional de donación y trasplantes mediante disposiciones reglamentarias y legales posteriores. (10,11))

En 1988, se expidió la Ley 73 de 1988, por medio de la cual se adiciona la Ley 9ª de 1979 y se establecieron disposiciones específicas en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos con fines terapéuticos, constituyéndose en un pilar normativo del sistema colombiano de trasplantes (12). Esta ley fortaleció el principio de donación presunta, al determinar que toda persona mayor de edad que no hubiera manifestado en vida su negativa a la donación sería considerada donante al momento de su fallecimiento. Asimismo, estableció que la oposición a la donación debía ser expresada de forma previa y dejar constancia de ello, garantizando el respeto por la objeción de conciencia y las creencias religiosas, siempre que estas hubieran sido manifestadas de manera expresa antes de la muerte (12). De esta forma, la Ley 73 de 1988 consolidó principios fundamentales como la solidaridad, el altruismo y la autonomía, que orientan la donación de órganos en Colombia.

A lo largo de los años, en Colombia se han expedido y derogado diversas disposiciones normativas, dando lugar a un marco legal más estructurado, coherente y riguroso en materia de donación y trasplante de órganos. En este proceso, la Ley 919 de 2004 se consolidó como un referente legal fundamental, al prohibir de manera expresa la comercialización de componentes anatómicos humanos con fines de trasplante y tipificar como delito su tráfico (13). Asimismo, esta norma estableció que la donación de órganos, tejidos y fluidos corporales debe realizarse exclusivamente por razones humanitarias, prohibiendo cualquier forma de compensación o retribución, ya sea en dinero o en especie (13). En este sentido,

toda persona que done o suministre un componente anatómico debe hacerlo a título gratuito, sin recibir ningún tipo de remuneración, reforzando los principios de altruismo, solidaridad y dignidad humana que orientan el sistema colombiano de donación y trasplantes.

El Decreto 2493 de 2004, “por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9ª de 1979 y 73 de 1988 en relación con los componentes anatómicos”, estableció un marco normativo integral para la donación y el trasplante de órganos en Colombia (14). Esta norma definió de manera clara las responsabilidades y los actores del sistema, consolidando una red nacional y redes regionales encargadas de la obtención, asignación y distribución de órganos y tejidos(14). Asimismo, reguló de forma precisa los procedimientos de consentimiento informado y los criterios diagnósticos de muerte encefálica, y prohibió cualquier forma de compensación económica o retribución, incluyendo el cobro al donante o a sus familiares (14). En conjunto, este decreto fortaleció de manera significativa la gestión técnica, ética y administrativa del sistema de donación y trasplante en Colombia, garantizando principios de equidad, transparencia y respeto por la dignidad humana.

La Ley 1805 de 2016, “por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones”, constituye la norma principal que regula la donación y el trasplante de órganos en Colombia (15). Esta ley consolidó el principio de presunción legal de donación, al establecer que toda persona mayor de edad es considerada donante presunto al momento de su fallecimiento, salvo que haya manifestado de manera expresa su negativa en vida (15). Asimismo, definió el marco legal para la utilización de órganos provenientes de donantes fallecidos, fortaleció la articulación entre las instituciones autorizadas y promovió estrategias orientadas a incrementar el número de trasplantes en el país (15). De igual forma, la Ley 1805 de 2016 impulsó el desarrollo de campañas de sensibilización y educación pública, con el fin de fomentar una cultura de donación basada en los principios de solidaridad, altruismo y responsabilidad social.

1.1.1 El trasplante de órganos y la relación con los aspectos psicosociales

Según la Sociedad Internacional de Trasplante de Corazón y Pulmón y la Sociedad Americana de Trasplante la importancia de realizar evaluaciones de salud mental, el consumo de sustancias, las redes de apoyo social y los mecanismos de afrontamiento antes del trasplante, son esenciales para obtener resultados satisfactorios posterior al trasplante, lo que garantiza una resiliencia emocional (16). En este sentido, a pesar de que se cuenta con diferentes herramientas de evaluación, aún existe dificultad de puntuar los riesgos psicosociales previos con los posteriores al procedimiento. Xiao-Qing describe que la ansiedad y la depresión constituyen las emociones negativas más frecuentes en pacientes trasplantados de órganos, con una mayor prevalencia en receptores de trasplante hepático. El estudio destaca que estos pacientes tienden a presentar sesgos cognitivos que los llevan a responder ante estímulos externos con una actitud pesimista y evasiva, lo que puede contribuir a alteraciones en el sistema nervioso central . Cuando estas emociones negativas persisten, se incrementan los síntomas relacionados con el trastorno de estrés postraumático. Los autores concluyen que el dolor, la ansiedad, la depresión y la resiliencia se asocian significativamente con la aparición de síntomas de TEPT en pacientes de cuidados intensivos (17).

Smith et al. señalan que el deterioro de la función psicológica es frecuente entre los candidatos a trasplante pulmonar y que este puede influir de manera negativa en los resultados clínicos posteriores. (18). En su estudio piloto, los autores analizaron la relación entre síntomas depresivos, calidad de vida y mortalidad a corto plazo en una serie consecutiva de receptores de trasplante de pulmón, evidenciando que una mayor intensidad de síntomas depresivos en el periodo posterior al trasplante se asocia de forma independiente con un incremento en la mortalidad temprana, incluso tras ajustar por variables clínicas relevantes. (18).

Por otro lado, Shuang Mei Xi examina los efectos de un programa de enfermería enfocado en el manejo de la ansiedad, la depresión y el insomnio en pacientes sometidos a trasplante hepático, encontrando que la prevalencia de ansiedad en los primeros 0-60 días post trasplante fue del 42,5 %. El estudio destaca que la atención psicológica continua, junto con el adecuado manejo del dolor, el apoyo en las actividades de la vida diaria y la rehabilitación reduce la ansiedad y mejora la

calidad de vida. Asimismo, resalta que factores como el estrés quirúrgico, el temor a complicaciones, la preocupación por la medicación inmunosupresora y el dolor postoperatorio contribuyen a la alta incidencia de ansiedad en estos pacientes .

Ambos estudios sugieren que los trasplantes, independientemente del órgano, generan una carga psicológica significativa influida por factores como estrés quirúrgico, dolor, incertidumbre y el uso de inmunosupresores. Estos síntomas no solo afectan el bienestar emocional, sino que pueden tener repercusiones fisiológicas graves, como peor recuperación o incluso mayor riesgo de muerte. Por ello, la evidencia acumulada apoya firmemente la implementación de programas integrales de apoyo psicológico y de enfermería como parte esencial del proceso de trasplante.

Courtwright AM , mediante un metaanálisis, examinó si los trastornos psiquiátricos en el pre-trasplante se asocia con una menor supervivencia tras el trasplante de pulmón, considerando que, a diferencia de otros factores como el tipo de enfermedad de base o el volumen espiratorio forzado en el primer segundo, estos trastornos podrían ser susceptibles de tratamiento y, por lo tanto, modificar los resultados posteriores. Aunque el estudio no encontró una asociación significativa entre ansiedad o depresión pre-trasplante y la supervivencia postrasplante, los autores aclaran que los resultados podrían diferir si se aplicaran umbrales clínicos diagnósticos para definir ansiedad o depresión relevantes, en lugar de tratarlas como variables continuas (19).

Por su parte, Deepika Biyyala, enfocándose en el trasplante hepático, señala que las comorbilidades psicológicas en el periodo postrasplante se relacionan con incumplimiento terapéutico, calidad de vida subóptima, dificultades para reintegrarse laboralmente, fallos del injerto y la necesidad de un nuevo trasplante, todos ellos factores que incrementan la mortalidad. El estudio destaca las tasas elevadas de depresión en candidatos y donantes de hígado reportadas en investigaciones previas y aporta datos que confirman una alta prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio un año después del trasplante hepático, subrayando la necesidad de un seguimiento psicológico regular, prevención, diagnóstico temprano e intervenciones oportunas para mejorar los resultados médicos y psicosociales (20).

En conjunto, los estudios sugieren que los trastornos psicológicos —antes o después del trasplante— desempeñan un papel crucial en la evolución clínica de los pacientes trasplantados. Aunque Courtwright AM. no encontró una relación directa entre ansiedad o depresión pre-trasplante y supervivencia, su análisis deja abierta la posibilidad de que dicha asociación exista bajo criterios diagnósticos más estrictos. A su vez, los hallazgos de Biyyala revelan que, en el trasplante hepático, la morbilidad psicológica postrasplante es frecuente y tiene consecuencias clínicas tangibles (19,20).

Courtwright AM , señala que entre el 15 % y el 28 % de los pacientes incluidos en la lista de espera para trasplante de pulmón presentan antecedentes o presencia activa de depresión mayor, y entre el 8 % y el 23 % tienen antecedentes o padecen activamente un trastorno de pánico. En su estudio, se analizó la asociación entre tres grupos de trastornos psiquiátricos pre-trasplante —del estado de ánimo, de ansiedad y de adaptación— y el uso de recursos durante el primer año posterior al trasplante. Los hallazgos mostraron que únicamente los trastornos de ansiedad se relacionan con una mayor utilización de recursos, evidenciada por un incremento en el número de hospitalizaciones durante el primer año tras el procedimiento (20).

Estos estudios refuerzan la idea de que la salud mental es un componente central en el proceso de trasplante, tanto antes como después del procedimiento. En el caso del trasplante pulmonar, la ansiedad pre-trasplante puede anticipar un mayor consumo de recursos médicos, probablemente por su impacto en la adherencia, la percepción del estado de salud y la respuesta fisiológica al estrés. En pacientes trasplantados y en cuidados intensivos, la persistencia de ansiedad y depresión no solo afecta la calidad de vida, sino que puede desencadenar alteraciones neurobiológicas que aumentan el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático (19,20) .

Yan Dai, reportó en su estudio que la incidencia de ansiedad pre-trasplante alcanzó el 52 %, una cifra que disminuye al 3 % después del procedimiento, aunque el trasplante continúa siendo una fuente significativa de estrés psicológico debido a la complejidad quirúrgica y a la posibilidad de complicaciones como infecciones o rechazo del órgano. Los pacientes también experimentan ansiedad relacionada con

los resultados quirúrgicos, la calidad de vida posterior, los efectos adversos de los inmunosupresores y los cambios en los roles sociales (21).

En esta misma línea, Mezei Judit, abordaron el trabajo psicológico en el posoperatorio de pacientes trasplantados, destacando que el temor al rechazo, a infecciones y a complicaciones es común, y que la intervención del psicólogo —mediante terapia cognitivo-conductual, apoyo emocional y técnicas de relajación— es clave para restaurar el equilibrio emocional y promover la adherencia al tratamiento. Señala además que los pacientes con fallos previos del injerto presentan mayor riesgo de depresión y complicaciones, y que la ansiedad y la depresión incrementan la percepción del dolor, retrasan la recuperación y duplican el riesgo de pérdida del injerto (22).

Por su parte, Flavio Epstein y colaboradores identificaron que más del 60 % de los receptores de trasplante cardíaco presentaron depresión o ansiedad en el año previo al procedimiento, encontrando una asociación entre depresión pre-trasplante, ansiedad y mortalidad hasta los tres años. El estudio plantea posibles mecanismos implicados, como la falta de adherencia a la medicación inmunosupresora y la inflamación sistémica relacionada con la depresión, incluyendo alteraciones neuroendocrinas, disfunción autonómica y activación inmunitaria proinflamatoria (23).

Finalmente, Em yal Alyaydin analizaron la prevalencia y relevancia pronóstica de la depresión y la ansiedad en pacientes sometidos a trasplante cardíaco, concluyendo que afectan a un tercio de esta población, con mayor prevalencia en personas con comorbilidades. La depresión y la ansiedad se asocian con mayor incidencia de ictus y septicemia, posiblemente por disfunción inmunitaria e inflamación, además de un mayor riesgo de recaída durante la hospitalización inicial. Aunque la mortalidad inmediata postrasplante fue algo mayor en pacientes con estas comorbilidades, no alcanzó significación estadística, lo que refuerza la importancia de una evaluación psicológica pre-trasplante exhaustiva (24).

Los desafíos psicológicos durante y después del trasplante, como la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño, son frecuentes entre los receptores. Existen mecanismos de afrontamiento basados en la religiosidad, el apoyo social y los grupos de apoyo. Los aspectos psicosociales son aspectos cruciales en los pacientes

trasplantados, ya que están directamente relacionados con la adherencia a los tratamientos de la medicación inmunosupresora y con la calidad de vida de estos pacientes, y están estrechamente ligados a resultados críticos relacionados con la salud y el bienestar.

Estos resultados justifican la necesidad de establecer protocolos psicológicos estandarizados que incluyan una evaluación antes del trasplante, una intervención continua después de la operación, el fortalecimiento de la resiliencia y un seguimiento prolongado de los síntomas psicológicos. El objetivo es mejorar la adherencia terapéutica, reducir complicaciones y optimizar la supervivencia.

En este sentido, y reconociendo el papel fundamental de los profesionales de enfermería en la atención holística de las personas trasplantadas, el presente estudio atiende a la necesidad de sintetizar las intervenciones de enfermería dirigidas a la atención emocional de adultos con trasplante de órgano sólido que se han descrito en la literatura científica.

1.2. Descripción del problema

Las complicaciones perioperatorias siguen siendo frecuentes. Se han notificado complicaciones como infección, lesión cardíaca o renal, hemorragia, tromboembolismo, insuficiencia respiratoria o necesidad de reintervención en hasta un 20 % de los pacientes sometidos a cirugía mayor, según las características propias de cada paciente y la especialidad quirúrgica. Stuardner refiere que 1.5% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica y que presentaron una complicación fallecieron a los 30 días siguientes asociándolo a una muerte temprana (25).

Tolentino Sanches et al., en un estudio publicado en 2025, analizaron los patrones de complicaciones y los resultados postoperatorios en pacientes quirúrgicos ingresados en unidades de cuidados intensivos. Los autores reportaron que el 84 % de los pacientes presentó al menos una complicación durante el posoperatorio, siendo las complicaciones cardiovasculares, infecciosas y gastrointestinales las más frecuentes en esta población (26).

Un hallazgo relevante del estudio fue que las complicaciones directamente asociadas al procedimiento quirúrgico presentaron una menor prevalencia en comparación con

otras complicaciones sistémicas; sin embargo, cuando estas se manifestaron, se asociaron con mayor gravedad clínica, evidenciada por la necesidad de reintervención quirúrgica, el requerimiento de transfusión sanguínea en el postoperatorio, la presencia de fuga o dehiscencia anastomótica y la hemorragia mayor. Estos resultados resaltan la importancia de la vigilancia intensiva, la detección temprana y el manejo oportuno de las complicaciones postoperatorias en la unidad de cuidado intensivo, debido a su impacto significativo en la evolución clínica y el pronóstico del paciente quirúrgico crítico (26).

Como se ha mencionado anteriormente, el trasplante de órgano sólido constituye, en muchos casos, la única alternativa terapéutica capaz de mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad terminal o falla irreversible de un órgano. En el caso del trasplante hepático, este procedimiento representa un tratamiento efectivo para la hepatitis fulminante y la hepatopatía crónica terminal; sin embargo, a pesar de ser una terapia ampliamente consolidada, los pacientes continúan presentando complicaciones graves durante el postoperatorio inmediato, las cuales pueden comprometer la recuperación y aumentar la morbilidad y mortalidad. Seller-Pérez et al. describieron que las complicaciones con mayor impacto clínico en estos pacientes incluyen el fracaso renal agudo, el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA), el síndrome de bajo gasto cardíaco con necesidad de soporte vasoactivo, la encefalopatía, la neumonía y la hemorragia. Asimismo, identificaron que la isquemia del injerto, la coagulopatía, el síndrome de reperfusión y la transfusión de hemoderivados durante el acto quirúrgico se asociaron con una mayor incidencia de complicaciones postoperatorias y un incremento de la mortalidad (27).

Qing et al. señalan que el dolor, la ansiedad, la depresión y la resiliencia se encuentran significativamente asociados con la presencia de síntomas de trastorno por estrés postraumático en pacientes sometidos a trasplante hepático que permanecen en la unidad de cuidados intensivos. Los autores destacan que la incertidumbre relacionada con la duración de la estancia hospitalaria constituye un factor generador de ansiedad, mientras que el uso prolongado de fármacos inmunosupresores puede favorecer la aparición de ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales que afectan negativamente la recuperación física y

psicológica de los pacientes. Asimismo, reportan una prevalencia de estos trastornos psicológicos que oscila entre el 1 % y el 45 %, dependiendo de la población estudiada y de los instrumentos de evaluación utilizados. De igual manera, identifican que diversos factores demográficos y clínicos se asocian con una mayor gravedad de los síntomas de trastorno de estrés postraumático después del trasplante, entre ellos el tipo de enfermedad hepática primaria, la gravedad de la enfermedad antes del trasplante, la duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos, el uso de corticosteroides y la presencia de efectos adversos graves relacionados con la medicación inmunosupresora (17).

Pérez-San Gregorio et al, realizaron un estudio en el que evaluaron la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en diferentes momentos del proceso de trasplante. Para ello, clasificaron a los participantes en tres grupos: pacientes en el postoperatorio inmediato ingresados en la unidad de cuidados intensivos, pacientes hospitalizados en salas de hospitalización y pacientes con un año de evolución posterior al trasplante. Los autores describen que el proceso de adaptación al trasplante transcurre por tres etapas: alerta, afrontamiento y agotamiento. Durante estas fases, especialmente en el primer año posterior al trasplante, los pacientes presentan pensamientos más negativos, mayores niveles de ansiedad y depresión y una peor percepción de su estado físico (28).

Los resultados mostraron que los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos presentan mayores síntomas de ansiedad y depresión en comparación con aquellos que se encontraban hospitalizados o que habían superado el primer año del trasplante. Los autores atribuyen este hallazgo a las características propias del entorno de cuidados intensivos, el cual puede percibirse como altamente estresante debido a la presencia constante de equipos de monitorización, la exposición continua a la luz y al ruido, la alteración del ciclo sueño-vigilia y la percepción de gravedad de la enfermedad, reforzada por la cercanía con otros pacientes críticamente enfermos. Asimismo, señalan que la atención en la UCI suele centrarse en la vigilancia clínica y el soporte de las funciones vitales, lo que puede limitar el establecimiento de una relación terapéutica estrecha entre el personal de salud y el paciente (28).

Durante el postoperatorio inmediato, las primeras horas son determinantes para el éxito del trasplante, por lo que la unidad de cuidados intensivos constituye un entorno especialmente demandante tanto desde el punto de vista clínico como emocional. En esta etapa, los pacientes refieren experimentar miedo, preocupación constante, dificultad para relajarse y nerviosismo. No obstante, estos síntomas tienden a disminuir durante la fase de hospitalización, cuando la evolución clínica es favorable, se reduce la dependencia de los dispositivos de soporte y disminuye la incertidumbre relacionada con el procedimiento y su recuperación (28).

La ansiedad y la depresión son trastornos mentales de alta prevalencia y constituyen un importante problema de salud pública debido a su creciente impacto a nivel mundial. De acuerdo con estimaciones recientes, cada uno de estos trastornos afecta aproximadamente al 4 % de la población mundial. Su frecuencia es considerablemente mayor en personas con enfermedades crónicas, especialmente en aquellas con insuficiencia cardíaca avanzada que se encuentran en lista de espera para trasplante cardíaco. Se estima que cerca de una quinta parte de estos pacientes presenta síntomas de ansiedad y depresión, como consecuencia de la carga física y emocional impuesta por la progresión de la enfermedad, la incertidumbre relacionada con el trasplante y la posibilidad de complicaciones o muerte (29).

La coexistencia de ansiedad y depresión en candidatos y receptores de trasplante cardíaco se ha asociado con un peor pronóstico clínico, una menor calidad de vida, una menor adherencia al tratamiento inmunosupresor y a las recomendaciones médicas, así como con un mayor riesgo de hospitalizaciones y complicaciones infecciosas posteriores al trasplante. Adicionalmente, el manejo farmacológico de estos trastornos representa un desafío clínico, ya que algunos antidepresivos pueden producir efectos cardiovasculares adversos, lo que limita las opciones terapéuticas y hace que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina sean, en muchos casos, la alternativa de elección (29).

En un estudio realizado en 2022, Kassahun evidenció que los niveles elevados de ansiedad pueden influir negativamente en los resultados del tratamiento, incrementando el sufrimiento del paciente y afectando de manera significativa su respuesta fisiológica durante el periodo posoperatorio. El autor describe que la

ansiedad excesiva se asocia con una producción aumentada de cortisol, acompañada de resistencia a la insulina y alteraciones en la regulación del sistema nervioso simpático y parasimpático (30).

El cortisol, conocido como la principal hormona del estrés, desempeña un papel esencial en la modulación de la respuesta del organismo frente a situaciones estresantes. Sin embargo, cuando el paciente continúa experimentando ansiedad persistente después de la cirugía y durante el tratamiento, los niveles elevados y sostenidos de cortisol pueden ejercer un efecto inmunosupresor, comprometiendo los mecanismos de defensa del organismo y favoreciendo la aparición de complicaciones infecciosas postoperatorias (30).

En este estudio, las complicaciones infecciosas fueron las más frecuentes y presentaron una mayor prevalencia en los pacientes con niveles elevados de ansiedad. Entre las principales complicaciones identificadas se encontraron la infección del sitio quirúrgico, las fugas anastomóticas y las complicaciones pulmonares, lo que pone de manifiesto la estrecha relación entre el estado emocional del paciente y la evolución clínica en el posoperatorio (30).

Gouin, en uno de sus artículos, reporta sobre el impacto del estrés psicológico en la cicatrización de heridas. Menciona que un mayor temor o angustia antes de la cirugía se ha asociado con peores resultados, incluyendo estancias hospitalarias más prolongadas, complicaciones postoperatorias y mayores tasas de reingreso. Un ejemplo encontrado en 111 pacientes sometidos a cirugía de extracción de cálculos biliares; aquellos que reportaron mayor estrés al tercer día del postoperatorio, tuvieron una estancia hospitalaria más prolongada, en comparación con los pacientes menos ansiosos (31).

Los factores fisiológicos generadores de estrés en los pacientes hospitalizados, particularmente en el contexto postoperatorio, se asocia con la presencia de dispositivos médicos invasivos, tales como catéteres, drenajes y heridas quirúrgicas, los cuales pueden limitar la movilidad dentro de la cama y afectar la autonomía del paciente. Esta restricción funcional suele generar sensaciones de impotencia, ansiedad e incertidumbre frente a la situación clínica actual y al proceso de recuperación (32).

En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental mediante la valoración sistemática y continua de la necesidad de mantener dichos dispositivos, así como la oportuna retirada de aquellos que ya no sean clínicamente indispensables, conforme a la evolución del paciente. Esta intervención contribuye a mejorar la percepción de control, tranquilidad y optimismo del paciente respecto a su recuperación, al favorecer la recuperación progresiva de la movilidad y la independencia funcional. Asimismo, la reducción del uso innecesario de dispositivos invasivos permite disminuir el riesgo de complicaciones, tales como infección asociada a dispositivos, traumatismos locales y sangrado secundario a retiros accidentales, fortaleciendo la seguridad del paciente y la calidad del cuidado de enfermería (32).

Por lo tanto, el problema específico a identificar sobre qué intervenciones se les realizó a los pacientes que presentaron algún tipo de emoción conociendo que la presencia de estas puede generar complicaciones fisiológicas en la población de pacientes durante el postoperatorio de trasplante de órgano sólido que se encuentren en el ámbito hospitalario. Condición que afecta el bienestar psicológico de los pacientes, debido a que puede tener implicaciones negativas en su recuperación física, prolongando así mismo, su estadía hospitalaria y un posible aumento a riesgos y complicaciones vitales.

Analizando la literatura encontrada inicialmente se puede inferir que si bien hay una asociación entre la presencia de emociones como la ansiedad y depresión con las complicaciones en pacientes que se encuentran en un postoperatorio de trasplante de órgano sólido, se hace importante sintetizar cuáles fueron las intervenciones por parte del profesional de enfermería para mitigar estos síntomas.

1.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido reportados en la literatura científica?

1.4. Justificación

El trasplante de órgano sólido constituye una de las intervenciones terapéuticas más complejas en la medicina contemporánea, no solo por sus implicaciones quirúrgicas e inmunológicas, sino también por las repercusiones psicológicas que pueden presentarse durante el periodo posoperatorio inmediato (16).

En la unidad de cuidados intensivos, los pacientes trasplantados pueden manifestar síntomas de ansiedad, depresión, estrés postraumático y demás síntomas psicológicos negativos, ya sea que fueran identificados previamente en la valoración pretrasplante o que sean emergentes tras el procedimiento. Estas alteraciones psicológicas interfieren en la adherencia terapéutica, la participación en la rehabilitación temprana y el proceso de recuperación integral (16).

La presencia de emociones como la ansiedad en este contexto se asocia con mayor riesgo de eventos adversos como retiro accidental de dispositivos médicos, caídas, pérdida de accesos vasculares y necesidad de reintervenciones, lo que puede prolongar la estancia hospitalaria y aumentar los costos institucionales. Dichos desenlaces impactan no solo la seguridad del paciente y el éxito del injerto, sino también el bienestar familiar y la sostenibilidad del sistema de salud (33).

La realización de la presente revisión sistemática representa una oportunidad para aportar evidencia científica que fortalezca el cuidado de enfermería dirigido a pacientes adultos sometidos a trasplante de órgano sólido durante el periodo posoperatorio inmediato. Al identificar, analizar y sintetizar el conocimiento disponible sobre las intervenciones de enfermería orientadas a disminuir las emociones experimentadas por esta población, el estudio contribuirá al fortalecimiento de la práctica clínica basada en la evidencia, favoreciendo la toma de decisiones y la implementación de estrategias de cuidado centradas en las necesidades emocionales del paciente. Asimismo, sus hallazgos podrán servir como fundamento para el desarrollo y la actualización de protocolos, guías institucionales y planes de cuidado en los servicios de trasplante, hospitalización y unidades de cuidado intensivo, promoviendo intervenciones estandarizadas y sustentadas en la mejor evidencia científica disponible. De igual manera, esta revisión sistemática de alcance permitirá ampliar el cuerpo de conocimiento existente, identificar vacíos en la literatura y orientar futuras investigaciones que contribuyan al mejoramiento

continuo de la atención de esta población. En consecuencia, la relevancia de esta investigación se sustenta en sus significancias disciplinar, social y teórica.

Significancia disciplinar

Desde la perspectiva disciplinar, enfermería desempeña un rol fundamental en el cuidado del paciente trasplantado. Visintini define los resultados sensibles a enfermería como aquellos atribuibles a la atención proporcionada por el profesional, entendidos como comportamientos, condiciones medibles o percepciones del paciente o su familia que se ven significativamente influenciadas por dicha atención (34). No obstante, uno de los principales desafíos radica en su medición, ya que con frecuencia se integran dentro de los resultados globales del equipo multidisciplinario (34).

Given clasifica los resultados sensibles a enfermería en cinco dominios: experiencia de síntomas, estado funcional, seguridad, angustia psicológica y resultados económicos (35). En este marco, la ansiedad y la depresión se ubican dentro del dominio de angustia psicológica, evidenciando que su abordaje forma parte del ámbito propio del cuidado enfermero (35).

Las intervenciones de enfermería se definen como tratamientos basados en el conocimiento científico y el juicio clínico orientados a mejorar los resultados en salud, dirigidos al individuo, la familia o la comunidad, y articulados con diagnósticos previamente establecidos (36). En una revisión sistemática, Alotaibi clasifica estas intervenciones en clínicas, educativas, psicosociales y tecnológicas, destacando el impacto de las intervenciones psicosociales y holísticas en el bienestar emocional del paciente (37).

Asimismo, en la obra *Tópicos en Donación y Trasplante*, se resalta la importancia del actuar de enfermería en un rol integral que incluye no solo la atención directa al paciente y su familia, sino también la gestión del cuidado, la educación, la investigación y la coordinación de programas de donación y trasplante, dimensiones que influyen de manera decisiva en el éxito del procedimiento y en la recuperación a largo plazo (38).

A pesar de lo anterior, la evidencia sobre las intervenciones de enfermería orientadas a disminuir las emociones en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido permanece dispersa, con diferencias en las estrategias implementadas, el momento de aplicación y los resultados evaluados.

En este contexto, el principal aporte de la presente revisión sistemática de alcance consiste en identificar, analizar y sintetizar las intervenciones de enfermería que han demostrado efectividad en la reducción de emociones durante el periodo postoperatorio, permitiendo reconocer cuáles estrategias cuentan con mayor respaldo científico y cuáles presentan resultados que pueden ser aplicados en el ámbito hospitalario y en el contexto de la unidad de cuidado intensivo. Este documento facilitará la incorporación de intervenciones basadas en evidencia en la práctica asistencial, apoyará el desarrollo de planes de cuidado, protocolos y guías institucionales para las unidades de cuidado intensivo y los programas de trasplante, y contribuirá a fortalecer la toma de decisiones clínicas del profesional de enfermería frente al abordaje integral de las necesidades emocionales de esta población. Asimismo, permitirá identificar vacíos de conocimiento que orienten futuras investigaciones y favorezcan el desarrollo de nuevas estrategias de cuidado dirigidas a optimizar la recuperación y la calidad de vida de las personas sometidas a trasplante de órgano sólido.

Significancia social

La presente revisión sistemática de alcance permitirá reconocer y sintetizar las intervenciones de enfermería que han demostrado ser efectivas para el manejo de las emociones presentadas en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido durante el periodo posoperatorio. La disponibilidad de esta evidencia favorecerá la implementación de estrategias de cuidado fundamentadas en la mejor evidencia científica, contribuyendo a optimizar el proceso de recuperación física y emocional del paciente, fortalecer la adherencia al tratamiento inmunosupresor y promover la participación activa del paciente y su familia en el autocuidado. De igual manera, la disminución de síntomas como la ansiedad y la depresión puede facilitar la adaptación al proceso de trasplante, mejorar la calidad de vida y favorecer una reintegración más temprana a los ámbitos familiar, social y laboral.

Desde la perspectiva institucional, la síntesis de la evidencia podrá servir como insumo para el diseño, actualización e implementación de protocolos, guías clínicas y programas de atención orientados al cuidado emocional del paciente trasplantado en los servicios de hospitalización y unidades de cuidado intensivo. Asimismo, los hallazgos podrán apoyar a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los programas de trasplante en el fortalecimiento de modelos de atención integral, humanizados y centrados en la persona. Finalmente, esta evidencia podrá ser de utilidad para los tomadores de decisiones y entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, al proporcionar información que contribuya al fortalecimiento de las políticas, estrategias y lineamientos relacionados con la atención integral de las personas sometidas a trasplante de órgano sólido.

Significancia teórica.

Los hallazgos de la presente revisión sistemática de alcance contribuirán al fortalecimiento del cuerpo de conocimiento relacionado con las intervenciones de enfermería dirigidas al manejo de las emociones en pacientes adultos sometidos a trasplante de órgano sólido durante el periodo posoperatorio. Las revisiones sistemáticas de alcance permiten mapear de manera sistemática la evidencia disponible sobre un tema, describir las características de la literatura existente, identificar conceptos clave y reconocer vacíos de conocimiento que orienten el desarrollo de futuras investigaciones y la toma de decisiones basada en la evidencia (39,40).

Al identificar, analizar, organizar y sintetizar las intervenciones de enfermería reportadas en la literatura, esta investigación permitirá integrar en un solo documento el conocimiento que actualmente se encuentra disperso, facilitando la comprensión de las diferentes estrategias implementadas, sus características, los contextos de aplicación y los resultados reportados en relación con el manejo de las emociones durante el periodo postoperatorio del trasplante de órgano sólido. Esta síntesis de la evidencia constituirá un referente para investigadores, docentes y profesionales de enfermería interesados en el cuidado del paciente trasplantado, al

proporcionar una visión integral del estado actual del conocimiento y favorecer la transferencia de la evidencia hacia la práctica clínica (39,41).

Asimismo, la revisión permitirá identificar las áreas en las que existe mayor producción científica y aquellas en las que persisten vacíos de conocimiento, aportando una base teórica para el diseño de futuras intervenciones de enfermería, el desarrollo de protocolos y guías de cuidado, la formulación de nuevas líneas de investigación y el fortalecimiento de la práctica basada en la evidencia en escenarios de cuidado crítico (39,41). De esta manera, contribuirá a consolidar el conocimiento disciplinar sobre los resultados sensibles a enfermería relacionados con la esfera emocional de las personas sometidas a trasplante de órgano sólido y favorecerá el desarrollo de modelos de atención integral centrados en las necesidades de esta población.

1.5. Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Analizar la evidencia científica disponible sobre las intervenciones de enfermería orientadas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar las emociones reportadas por los estudios en inicio y duración.
2. Describir las intervenciones de enfermería reportadas en la literatura científica orientadas al abordaje de las emociones en los adultos incluidos en los estudios.

2. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

2.1 Trasplante de órgano sólido

El trasplante de órganos es un procedimiento médico mediante en el cual tejidos, órganos y células son reemplazadas por las de un donante vivo o cadavérico como única opción de tratamiento a una enfermedad, permitiendo así salvar la vida del paciente, mejorando así su calidad de vida y que si este no se realiza el desenlace es la muerte (42).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el trasplante puede involucrar tanto tejidos como órganos sólidos. Dentro de los tejidos susceptibles de trasplante se encuentran los tejidos oculares como la córnea y la esclerótica; los tejidos cutáneos, representados principalmente por la piel; los tejidos músculo esqueléticos que incluyen huesos, cartílagos y ligamentos; los tejidos cardiovasculares, tales como válvulas cardíacas y conductos vasculares; así como tejidos asociados al proceso reproductivo, entre los que se destaca la membrana corioamniótica (42) .

En cuanto a los órganos sólidos, los que pueden ser objeto de trasplante son el hígado, los pulmones, los riñones, el corazón y el intestino, procedimientos que se constituyen como una opción terapéutica a ciertas enfermedades (42).

Según lo que indica el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) (2020), los tejidos que se están trasplantando en Colombia en la actualidad son los siguientes: osteomuscular, piel, cardiovascular, membranas fetales y ocular (43).

2.2 Paciente trasplantado en la UCI

Los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido presentan un elevado riesgo de complicaciones durante el periodo postoperatorio inmediato, entre las que se destacan las complicaciones quirúrgicas, las infecciones oportunistas, el rechazo del injerto y la lesión renal aguda, condiciones que pueden comprometer la supervivencia del paciente y del órgano trasplantado (44). Debido a esta

complejidad clínica, el manejo en la unidad de cuidados intensivos requiere un abordaje multidisciplinario en el que participan intensivistas, cirujanos, profesionales de enfermería, farmacéuticos y especialistas en trasplante, con el fin de garantizar una vigilancia estrecha, la detección temprana de complicaciones y el tratamiento oportuno (44). Además, cada tipo de trasplante presenta consideraciones específicas durante el cuidado postoperatorio. Por ejemplo, los receptores de trasplante cardíaco pueden requerir estimulación cardíaca temporal y vigilancia para la detección del rechazo; los pacientes con trasplante pulmonar demandan estrategias orientadas a prevenir la aspiración, las infecciones y el rechazo crónico; en el trasplante hepático es prioritario el control de la hemorragia, la coagulopatía y la función del injerto; mientras que en el trasplante renal es fundamental monitorizar la función renal, la aparición de disfunción tardía del injerto y las complicaciones cardiovasculares (44).

Aunque no existe una guía única basada en evidencia que estandarice el manejo posoperatorio de todos los receptores de trasplante de órgano sólido en la unidad de cuidados intensivos, la mayoría de los centros especializados implementan protocolos institucionales adaptados al órgano trasplantado y a las características clínicas del paciente. De manera general, estos protocolos incluyen seis áreas prioritarias de atención: 1) manejo de la ventilación mecánica; 2) manejo de fluidos y optimización hemodinámica; 3) terapia inmunosupresora; 4) prevención y manejo de las complicaciones neurológicas; 5) prevención y tratamiento de las infecciones mediante terapia antimicrobiana; y 6) soporte nutricional y manejo de las complicaciones abdominales (45).

El manejo de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido en la unidad de cuidados intensivos ha adquirido una importancia creciente debido al incremento de receptores de mayor edad y con múltiples comorbilidades, condiciones que incrementan el riesgo de complicaciones durante el periodo postoperatorio. Asimismo, el pronóstico de estos pacientes está determinado por una compleja interacción entre las características del donante, las condiciones clínicas del receptor y la función inicial del injerto, lo que hace indispensable una vigilancia estrecha y un abordaje multidisciplinario en la unidad de cuidados intensivos (46).

2.3 Emociones

Las emociones constituyen experiencias subjetivas que surgen como respuesta a estímulos internos o externos y cuya expresión está influenciada por factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (47). Durante la hospitalización, emociones como el miedo, la tristeza, la incertidumbre o la esperanza desempeñan un papel fundamental en la forma en que el paciente afronta la enfermedad y el proceso de recuperación. No obstante, en la práctica clínica persiste una tendencia a priorizar el componente biológico de la atención, relegando la dimensión emocional del paciente, lo que puede incrementar el sufrimiento y afectar su bienestar y recuperación integral (47).

Según Galvez, el ingreso a la unidad de cuidados intensivos provoca un alto nivel de estrés y dificultades emocionales en los pacientes. Las condiciones del entorno como el ruido constante y las alarmas, sumado a problemas de sueño y descanso, afectan su bienestar. Además, el dolor y las limitaciones en la comunicación, ya sea por la enfermedad o por los tratamientos, complican aún más la situación. El temor a perder la salud o la vida, junto con la falta de autonomía, influyen de manera negativa en su estado emocional tanto durante los días en el hospital como en el período posterior (48).

Este mismo autor refiere que el trastorno de estrés postraumático, puede surgir tras experiencias traumáticas, como una enfermedad crítica y la estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos. Los pacientes en esta situación enfrentan diversos factores estresantes, tanto físicos como psicológicos, que pueden aumentar el riesgo de desarrollar este tipo de estrés. Este mismo se manifiesta a través de síntomas como intrusión, evitación, alteraciones fisiológicas y cambios en el estado de ánimo (48).

Las emociones constituyen experiencias subjetivas que surgen como respuesta a estímulos internos o externos y se manifiestan a través de sentimientos como la alegría, el miedo, la tristeza, la ira o la sorpresa, entre otros. Se consideran experiencias de carácter personal e íntimo, cuya expresión puede inferirse mediante manifestaciones observables como las expresiones faciales, la postura corporal, el comportamiento y el tono de la voz. La forma en que cada persona experimenta y expresa sus emociones está influenciada por múltiples factores, entre ellos las

características individuales, las experiencias previas, el aprendizaje social y el contexto cultural en el que se desarrolla (49).

Durante la hospitalización, las emociones adquieren una especial relevancia, ya que influyen en la manera en que las personas interpretan, afrontan y se adaptan al proceso de enfermedad y recuperación. Emociones como el miedo, la tristeza, la incertidumbre, la esperanza o la resiliencia modifican la percepción de la experiencia de salud y condicionan la respuesta del paciente frente a los tratamientos, la recuperación y el proceso de rehabilitación (50,47). No obstante, en la práctica clínica persiste una tendencia a priorizar los aspectos biológicos de la enfermedad, relegando en ocasiones la dimensión emocional del paciente, situación que puede incrementar el sufrimiento y afectar negativamente su bienestar y recuperación integral (47).

La ansiedad constituye una respuesta emocional y fisiológica normal frente a situaciones percibidas como amenazantes o de incertidumbre, actuando inicialmente como un mecanismo adaptativo que prepara al organismo para responder al estrés. Se caracteriza por manifestaciones como preocupación, inquietud, irritabilidad, hipervigilancia y sensación de amenaza; sin embargo, cuando esta respuesta es desproporcionada, persistente o interfiere con el funcionamiento cotidiano, puede evolucionar hacia un trastorno de ansiedad (47).

En el contexto de las unidades de cuidados intensivos, la ansiedad puede intensificarse como consecuencia de la gravedad de la enfermedad, la incertidumbre frente al pronóstico, el dolor, la ventilación mecánica, la privación del sueño, el aislamiento, la pérdida de autonomía y la exposición continua a procedimientos invasivos. Estas condiciones favorecen la aparición de alteraciones emocionales y psicológicas que pueden persistir incluso después del alta hospitalaria (47).

Diversos estudios han demostrado que las experiencias vividas durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos pueden contribuir al desarrollo de secuelas psicológicas que actualmente se agrupan dentro del síndrome post-cuidados intensivos, el cual incluye manifestaciones como ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y deterioro de la calidad de vida. La aparición de estas alteraciones depende de una compleja interacción entre las características previas del paciente, la gravedad de la enfermedad, las intervenciones realizadas y los

factores ambientales propios de la unidad de cuidados intensivos, pudiendo prolongar la recuperación y afectar la reintegración social y funcional del paciente (47).

Gomez. Identifica 5 tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal: una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo (alarmas de los monitores, equipos de aspiración y teléfonos) , aislamiento físico y social y restricciones de movimiento, factores que contribuyen al malestar de los pacientes. Además las conversaciones del equipo de la UCI también se han considerado una fuente de ruido y confusión, ya que como no es posible valorar adecuadamente su nivel de conciencia, puede que lleguen a entender parcialmente esas conversaciones y les producen miedo y ansiedad. este mismo autor refiere que la ausencia de ciertos ruidos asumidos como normales , como la televisión, la radio, el tráfico, conversaciones con amigos, etc., pueden ser identificados como causa de estrés por algunos pacientes. Estos niveles de ruido pueden tener un impacto significativo en la cantidad y calidad del sueño de los pacientes, que puede convertirse en otro tipo de estresor (47).

2.4 Enfermería en el paciente trasplantado

El acto de cuidado de enfermería es la persona y esencia de la profesión. La enfermería se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos actualizados de ciencias biológicas sociales y de humanidades, Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación, así lo cita el código deontológico en la Ley 911 de 2004 (51).

A lo largo de la evolución de la disciplina, la esencia de la enfermería ha permanecido centrada en el cuidado de la persona, orientado a preservar la vida, promover la recuperación de la salud y aliviar el sufrimiento. Desde la perspectiva de Florence Nightingale, considerada la precursora de la enfermería moderna, el cuidado implica una práctica fundamentada en la observación, el juicio clínico y la

reflexión permanente sobre las necesidades del paciente, con el propósito de favorecer las mejores condiciones posibles para su recuperación (52). En este sentido, la enfermería se concibe actualmente como una disciplina científica y una profesión centrada en la persona, cuyo propósito es promover la salud, prevenir la enfermedad, aliviar el sufrimiento y proporcionar cuidados integrales mediante intervenciones sustentadas en el conocimiento científico, el juicio clínico y el respeto por las dimensiones físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales de las personas (53).

Según la Asociación Americana de Enfermeras (American Nurses Association) define la enfermería como “la protección, promoción y mejora de la salud y habilidades, prevención de enfermedades y lesiones, el alivio del sufrimiento por medio de diagnóstico y tratamiento, y la promoción de la asistencia a los individuos, familias, comunidades y poblaciones” (54).

La enfermería constituye un componente esencial en la calidad de la atención en salud, al influir de manera significativa en los resultados obtenidos por los pacientes, los profesionales y las organizaciones. En este contexto, los resultados sensibles a enfermería se definen como los cambios en el estado de salud, el comportamiento o las percepciones del individuo, la familia o la comunidad que pueden ser medidos y que son atribuibles, total o parcialmente, a las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería (55,56). Estos resultados permiten evaluar el impacto del cuidado enfermero y constituyen una herramienta fundamental para demostrar la contribución de la enfermería a la calidad y seguridad de la atención.

Uno de los principales desafíos en la investigación sobre resultados sensibles a enfermería radica en la identificación de indicadores válidos y comparables, debido a la ausencia de definiciones completamente estandarizadas y a la limitada recopilación sistemática de estos resultados en muchas organizaciones de salud. Asimismo, la evaluación del impacto del cuidado enfermero resulta compleja, ya que los desenlaces clínicos suelen ser consecuencia de la interacción entre múltiples profesionales dentro del equipo multidisciplinario, lo que dificulta atribuirlos exclusivamente a una sola disciplina (56).

Uno de los mayores problemas en la investigación y evaluación de resultados que se ha establecido es la identificación de indicadores relevantes, dadas sus definiciones no estandarizadas y la falta de recopilación sistemática por parte de las organizaciones de atención médica. La atención de enfermería es difícil de medir, y los resultados a menudo son el resultado de un equipo multidisciplinario más que de una sola profesión(34).

Como se ha mencionado anteriormente la ansiedad es una respuesta emocional que abarca una serie de comportamientos conductuales, cognitivos y fisiológicos. En ella se ve involucrado el sistema nervioso central, el cual responde de forma amplia a diversos estímulos externos e internos del entorno del paciente que son entendidos como inquietantes, amenazantes o peligrosos. Estos estímulos son considerados factores desencadenantes de la ansiedad. Es importante tener en cuenta que esta respuesta varía según el sujeto y se manifiesta de manera particular en cada individuo.

2.5 Intervenciones de enfermería

Una práctica de enfermería adecuada y de calidad no se limita únicamente a la aplicación de la mejor evidencia científica disponible en beneficio del paciente, especialmente en escenarios de alta complejidad como la Unidad de Cuidados Intensivos. También implica una gestión integral y eficiente del cuidado, donde confluyen factores organizacionales, profesionales y éticos que impactan directamente los resultados en salud.

Una práctica de enfermería de calidad no se limita únicamente a la aplicación de la mejor evidencia científica disponible, especialmente en escenarios de alta complejidad como las unidades de cuidados intensivos , sino que también requiere una gestión integral del cuidado en la que confluyen factores organizacionales, profesionales y éticos que impactan directamente la seguridad del paciente y los resultados en salud (57,58). González Nahuelquín et al. identificaron que la calidad de los cuidados de enfermería en las unidades de cuidados intensivos está determinada por factores extrínsecos e intrínsecos. Entre los factores extrínsecos destacan la carga laboral, las jornadas prolongadas, la alta complejidad clínica de

los pacientes y la disponibilidad de recursos humanos y materiales, condiciones que pueden comprometer la vigilancia continua, la oportunidad de las intervenciones y la seguridad del paciente. Por su parte, los factores intrínsecos comprenden la competencia clínica, la fatiga moral, el desgaste psicológico y el estrés laboral del profesional de enfermería, los cuales influyen en el juicio clínico, la toma de decisiones y la calidad del cuidado humanizado. En conjunto, estos factores repercuten tanto en los resultados clínicos del paciente como en el bienestar del personal de enfermería (57).

En concordancia con estos hallazgos, Copanitsanou et al. evidenciaron que el ambiente de trabajo constituye un determinante importante de la calidad de la atención. Los pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos reportaron mayores niveles de satisfacción con los cuidados de enfermería cuando el personal percibía un entorno laboral favorable; de igual manera, las enfermeras que se desempeñan en ambientes organizacionales positivos manifiestan mayor satisfacción laboral y mejores resultados en la atención brindada. Estos hallazgos respaldan que la calidad del cuidado no depende exclusivamente de la competencia técnica ni de la aplicación de la evidencia científica, sino también de factores organizacionales, del clima laboral y de una adecuada gestión del talento humano, elementos indispensables para proporcionar una atención segura, ética y centrada en la persona (58).

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Revisión de alcance

Este trabajo investigativo corresponde a una revisión sistemática de alcance. Según Joanna Briggs Institute (JBI) las revisiones sistemáticas de alcance tienen como objetivo proporcionar una síntesis exhaustiva e imparcial de muchos estudios

relevantes en un único documento utilizando métodos rigurosos y transparentes. Una revisión sistemática tiene como objetivo sintetizar y resumir los conocimientos existentes. Intenta descubrir toda la evidencia relevante para una pregunta de investigación (59).

La calidad de una revisión sistemática de alcance depende en gran medida del rigor metodológico con el que se desarrolla, así como de la implementación de estrategias orientadas a minimizar el riesgo de errores y sesgos durante cada una de sus etapas. Estas características distinguen a las revisiones sistemáticas de alcance de las revisiones tradicionales de la literatura, ya que permiten generar una síntesis de la evidencia más confiable y útil para la toma de decisiones en salud. En consecuencia, el reporte explícito, transparente y completo de los métodos empleados constituye un requisito fundamental y una de las principales características de una revisión sistemática de alcance de alta calidad, la cual debe realizarse con el mismo rigor científico exigido para cualquier estudio de investigación (59).

En este contexto, resulta indispensable que los autores describan de manera clara y detallada la justificación de la revisión, la metodología empleada, la estrategia utilizada para identificar y seleccionar los estudios, las características de la evidencia incluida y los principales hallazgos obtenidos. Con el propósito de estandarizar la presentación de esta información y mejorar la transparencia en la comunicación de los resultados, se desarrolló la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-ScR), actualizada en 2020. Esta guía está conformada por una lista de verificación de 27 ítems y un documento explicativo que orienta el reporte de cada uno de los componentes de una revisión sistemática, favoreciendo su reproducibilidad, calidad metodológica y adecuada interpretación por parte de los lectores (60).

Basado en lo anterior el siguiente trabajo de investigación siendo una revisión sistemática de alcance se desarrolló bajo los criterios PRISMA-ScR dando como resultado un trabajo transparente con resultados de alta calidad científica.

Los pasos a desarrollar fueron son los siguientes:

- Identificación
- Cribado y elegibilidad
- Extracción y síntesis de datos

3.2 Fase 1: Identificación

Para la identificación de la literatura, se realizaron búsquedas de información en las bases de datos Cochrane Library, Biblioteca Virtual en Salud (BVS), PubMed, SciELO y Scopus. Asimismo, se consultó literatura gris en OpenGrey y en los repositorios institucionales de la Universidad Nacional de Colombia, Universidad de La Sabana, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad de Antioquia. La estrategia de búsqueda se estructuró mediante la combinación de términos Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), utilizando ecuaciones de búsqueda adaptadas a las características de cada base de datos.

- Enfermería de cuidados críticos (Critical Care Nursing)
- Atención de Enfermería (Nursing Care).
- Trasplante de órganos (Organ Transplantation).
- Terapia centrada en las emociones (Emotion-Focused Therapy)
- Emociones (Emotions)
- Cuidados Posoperatorios (Postoperative Care)

3.2.1 Estrategia de búsqueda

La búsqueda de información se realizó en las diferentes bases de datos propuestas y en los repositorios institucionales, mediante ecuaciones de búsqueda estructuradas elaboradas a partir de términos MeSH y DeCS relacionados con la temática del estudio.

Se estableció un periodo de búsqueda comprendido entre los años 2015 y 2025, incluyendo publicaciones en cualquier idioma. Como criterio de exclusión, se descartaron los estudios enfocados en población pediátrica.

La búsqueda en los repositorios universitarios se orientó a la identificación de trabajos de pregrado y posgrado en enfermería relacionados con la estructura PCC

definida para la investigación: adultos con trasplante de órgano sólido, emociones negativas y unidades de cuidado intensivo.

3.2.1.1 Estrategia de búsqueda PubMed

Tabla 1. Estrategias de búsqueda de PubMed

Estrategia
((((Emotions[Title/Abstract]) AND (Emotions[MeSH Terms])) OR (Organ Transplantation[Title/Abstract])) AND (Organ Transplantation[Other Term])
(((((Nursing Care[Title/Abstract]) AND (Nursing Care[MeSH Terms])) OR (Emotions[Title/Abstract])) AND (emotions[MeSH Terms])) AND (Organ Transplantation[Title/Abstract])) OR (Organ Transplantation[MeSH Terms])
((((((((Organ Transplantation[Title/Abstract]) OR (Organ Transplantation[MeSH Terms])) AND (Emotions[Title/Abstract])) OR (emotions[MeSH Terms])) AND (Nursing Care[Title/Abstract])) OR (Nursing Care[MeSH Terms])) OR (Critical Care Nursing[Title/Abstract])) OR (Critical Care Nursing[MeSH Terms])

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.2 Estrategias de búsqueda Scopus

Tabla 2. Estrategias de búsqueda Scopus

Estrategia
(TITLE-ABS-KEY (emotions) AND TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) OR TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) AND TITLE-ABS-KEY (Nursing Care) OR TITLE-ABS-KEY (Nursing Care))

((TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) AND TITLE-ABS-KEY (Emotions))
(TITLE-ABS-KEY (Emotions) OR TITLE-ABS-KEY (Emotion-Focused Therapy) AND TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) OR TITLE-ABS-KEY (Postoperative Care) AND TITLE-ABS-KEY (Nursing Care) OR TITLE-ABS-KEY (Critical Care Nursing))
(TITLE-ABS-KEY (Emotion-Focused Therapy) AND TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) OR TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) AND TITLE-ABS-KEY (Nursing Care))
(TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) AND TITLE-ABS-KEY (Emotion-Focused Therapy) OR TITLE-ABS-KEY (Emotion-Focused Therapy))
(TITLE-ABS-KEY (Postoperative Care) AND TITLE-ABS-KEY (Organ Transplantation) AND TITLE-ABS-KEY (Emotions) OR TITLE-ABS-KEY (Emotion-Focused Therapy))

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.3 Estrategia de búsqueda SciELO

Tabla 3. Estrategias de búsqueda SciElo

Estrategia de búsqueda
((Organ Transplantation) AND (Emotions)))
(Emotions) AND (Nursing Care) OR (Postoperative Care) OR (Organ Transplantation) AND (Organ Transplantation)
(Organ Transplantation) AND (Nursing Care)
(Nursing Care) AND (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotions) AND (Organ Transplantation)

(Nursing Care) AND (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotions) AND (Organ Transplantation)
(Nursing Care) AND (Emotions) AND (Postoperative Care)

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.4 Estrategia de búsqueda BVS

Tabla 4. Estrategias de búsqueda BVS

Estrategia de búsqueda
(Organ Transplantation) AND (Emotions) OR (Emotions) AND (Nursing Care) OR (Nursing Care)
(Nursing Care) AND (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotion-Focused Therapy) AND (Organ Transplantation)
(Emotions) AND (Emotion-Focused Therapy) OR (Emotion-Focused Therapy) AND (Organ Transplantation)

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.5 Estrategia de búsqueda Cochrane Library

Tabla 5. Estrategias de búsqueda Cochrane Library

Estrategia de búsqueda
Organ Transplantation en Título Resumen Palabra clave AND Critical Care Nursing en Título Resumen Palabra clave OR Critical Care Nursing en Título Resumen Palabra clave AND Emotions en Título Resumen Palabra clave - (Se han buscado variaciones de la palabra)

Organ Transplantation en Título Resumen Palabra clave AND Emotion-Focused Therapy en Título Resumen Palabra clave OR Emotion-Focused Therapy en Título Resumen Palabra clave - (Se han buscado variaciones de la palabra)

Fuente: Elaboración propia

3.2.1.6 Búsqueda de información en repositorios

Tabla 6. Búsqueda de información repositorios

Estrategia de búsqueda	Universidad
Trasplante de órganos	Universidad Nacional
Trasplante de órganos	Universidad de Antioquia
Trasplante de órganos	Universidad de la Sabana
Trasplante de órganos	Universidad Javeriana
(Todos los Campos:trasplante de organos Y Todos los Campos:cuidados de enfermería)	Universidad Nacional
"(Todos los Campos:Cuidados de enfermeria Y Todos los Campos:Emociones)"	Universidad Nacional

"(Todos los Campos:Cuidados de enfermería Y Todos los Campos:Emociones)"	Universidad de la Sabana
"(Todos los Campos:Cuidados de enfermería Y Todos los Campos:Emociones)"	Universidad Javeriana
"(Todos los Campos:Cuidados de enfermería Y Todos los Campos:Emociones)"	Universidad de Antioquia

Fuente: Elaboración Propia

3.3 Fase 2: Cribado y la elegibilidad

La revisión siguió la pregunta de investigación, estructurada con Población; Concepto; Contexto, así:

3.3.1 Estructura PCC

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido reportadas en la literatura científica?

Tabla 7 .Componentes de la estrategia PCC para la formulación de la pregunta de investigación

P	Adultos con trasplante de órgano sólido
C	Emociones.
C	Unidades de cuidado intensivo.

Fuente: Elaboración propia

3.3.2 Criterios de inclusión:

- Estudios que aborden a adultos con trasplante de órgano sólido hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Estudios con diseños experimentales de tipo ensayos clínicos aleatorizados; y observacionales como: Cohorte, casos y controles y transversales.
- Estudios cualitativos.
- Estudios publicados entre 2015 y 2025
- Literatura gris (tesis de grado)
- Intervenciones aplicadas o dirigidas por enfermería para reducir emociones negativas.

3.3.3 Criterios de exclusión:

- Estudios centrados en cuidadores.
- Series de caso y reportes de casos.
- Pacientes diagnosticados con trastorno psicótico o trastorno bipolar agudizado.

El proceso de identificación, cribado, evaluación de elegibilidad e inclusión final de los estudios se presenta mediante el diagrama de flujo PRISMA ScR. Se reportan los estudios identificados, los eliminados por duplicados, los excluidos por título y resumen, los evaluados en texto completo y el total de estudios incluidos. Para el proceso se hizo uso del software de acceso libre Rayyan.

3.3.4 Calidad de los estudios:

Para evaluar críticamente la calidad metodológica de los estudios seleccionados se utilizaron las herramientas del Joanna Briggs Institute según el tipo de estudio. Estas herramientas permiten valorar la validez interna, la precisión y la aplicabilidad clínica de cada estudio, determinando si se mantiene o se excluye en función de su calidad metodológica (59).

3.4 Fase 3 Extracción y síntesis de los datos

Se diseñó una matriz de extracción de datos en Microsoft Excel, donde fueron registrados y agrupados los artículos incluidos en la revisión, permitiendo la comparación y síntesis de la evidencia relacionada con la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

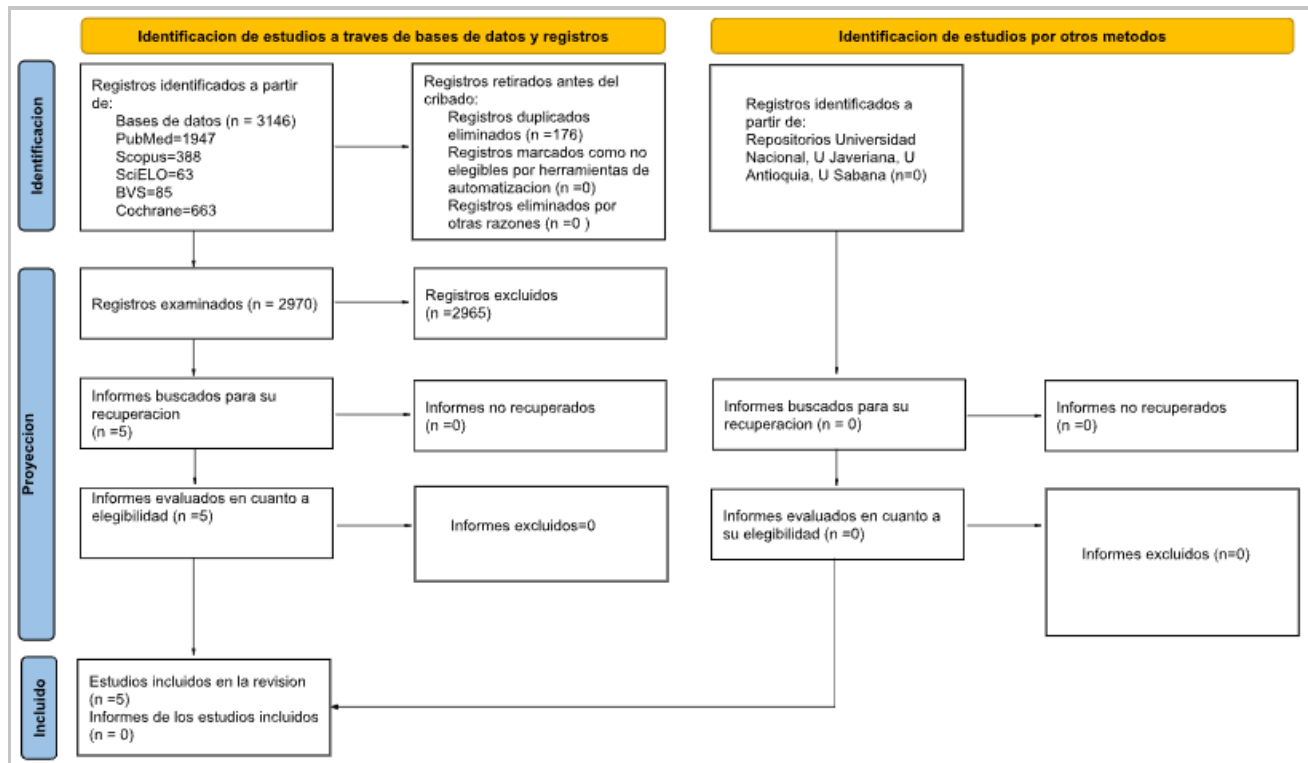
3.5 Consideraciones éticas.

- La presente investigación corresponde a una revisión sistemática de alcance, por lo que no implicó la participación directa de seres humanos, la realización de intervenciones sobre individuos, ni la recolección, almacenamiento o tratamiento de datos personales. El estudio se desarrolló a partir de la identificación, selección, análisis y síntesis de información previamente publicada en la literatura científica, garantizando el cumplimiento de los principios de integridad científica, transparencia, objetividad y rigor metodológico durante todas las etapas del proceso investigativo.
- De acuerdo con lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, la presente investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, dado que empleó exclusivamente fuentes secundarias de información y no contempló procedimientos que modifican variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de seres humanos.
- Asimismo, la investigación respetó los principios relacionados con la protección de la propiedad intelectual y los derechos de autor, mediante la adecuada citación y referenciación de las fuentes consultadas, conforme a lo dispuesto en la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. Aunque el estudio no implicó el tratamiento de datos personales, el manejo de la información se realizó de acuerdo con los principios de legalidad, finalidad, confidencialidad y uso responsable establecidos en la Ley 1581 de 2012, garantizando el adecuado manejo de la información consultada.

- Con el fin de asegurar el cumplimiento de los principios éticos y metodológicos de la investigación, el proyecto fue evaluado y avalado por el Comité de Investigación y Ética de la Fundación Universitaria Sanitas, el cual verificó la pertinencia científica, metodológica y ética del estudio antes del inicio de su ejecución (Anexo 1).
- Finalmente, el desarrollo de la revisión se llevó a cabo siguiendo los principios de transparencia, reproducibilidad y rigor metodológico propios de las revisiones de alcance, mediante la aplicación de la guía PRISMA-ScR, favoreciendo la calidad del reporte y la confiabilidad de los resultados obtenidos.
- Durante el desarrollo de la investigación se mantuvieron los principios de honestidad académica, transparencia, reproducibilidad y responsabilidad científica, procurando que la búsqueda, selección, extracción, análisis y síntesis de la evidencia se realizará de manera objetiva y libre de conflictos de interés.

4 RESULTADOS

4.1 Flujoograma PRISMA ScR para estudios de fuentes secundarias.



Fuente: Tomado y adaptado de Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. Disponible en: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>

Posterior a la búsqueda en las bases de datos se importaron las referencias a la plataforma Rayyan con el objetivo de eliminar duplicados, realizar un tamizaje por título y resumen y clasificar los artículos en; incluidos, excluidos o tal vez.

De la búsqueda inicial en las bases de datos propuestas, mediante las diferentes estrategias de búsqueda, se identificaron 3.146 artículos donde se detectaron 338 registros duplicados, quedando un total de 2.970 artículos para evaluación.

Posteriormente, se excluyeron 2.925 estudios por no cumplir con los criterios de búsqueda e inclusión. Se seleccionaron 29 artículos en categoría de duda, los cuales

fueron sometidos a una segunda revisión, tras la cual se excluyeron 28 en su totalidad y se incluyó 1 adicional.

Finalmente, se obtuvo un total de 17 artículos a los cuales se realiza una tercera revisión descartando 12 artículos dando como resultado final 5 artículos que cumplieron con los criterios establecidos para la revisión, a estos artículos incluidos se les realiza lectura completa de documento y sintetiza la información en una matriz de datos creada en el programa excel. La búsqueda de información de la literatura gris en los diferentes repositorios de las universidades incluidas en el presente trabajo no se obtuvieron resultados de trabajos que cumplieran con los diferentes criterios de inclusión propuestos (Anexo 2).

4.2 Características de los estudios seleccionados.

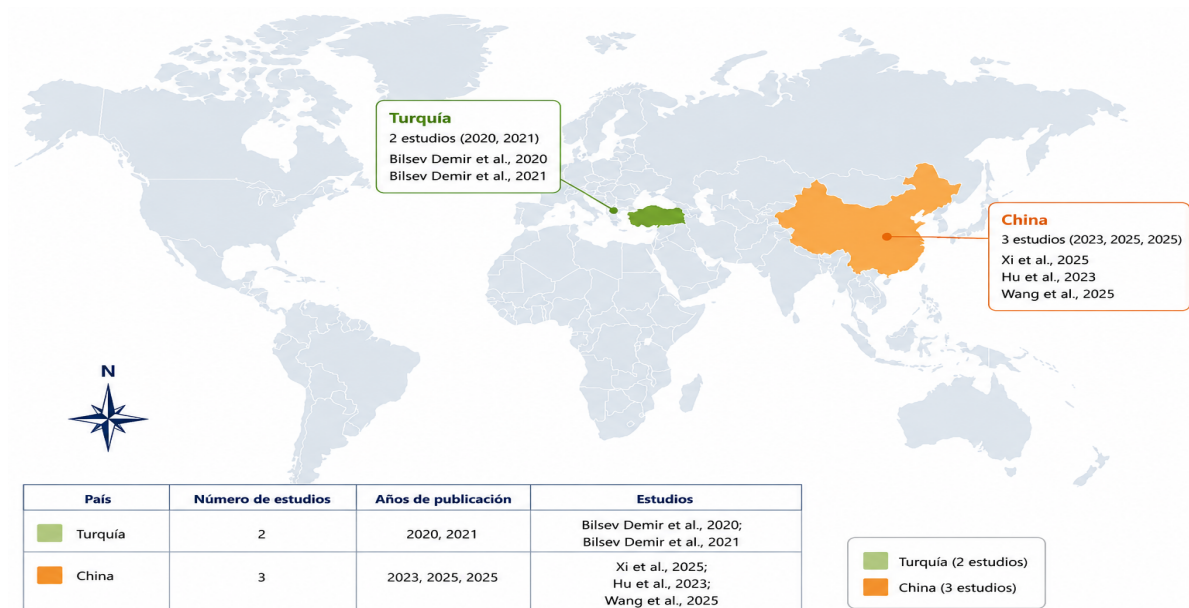
Tabla 8. Características de los estudios seleccionados.

Autor	Año	Tipo de estudio	Base de datos	País
Bilsev Demir et al.(61)	2020	Ensayo clínico aleatorizado	PubMed	Turquía
Bilsev Demir et al. (62)	2021	Ensayo clínico aleatorizado	PubMed	Turquía
Xi et al.(63)	2025	Ensayo clínico aleatorizado	PubMed	China
Hu et al (64)	2023	Ensayo clínico aleatorizado	PubMed	China
Wang et al.(65)	2025	Cuasi experimental comparativo	PubMed	China

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos.

4.2.1 Distribución geográfica de los estudios incluidos según el país de publicación.

Mapa 1. Distribución geográfica de los estudios incluidos según el país de publicación.



Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios incluidos

4.3 Calidad de los estudios:

Para evaluar críticamente la calidad metodológica de los estudios seleccionados se utilizaron las herramientas del Joanna Briggs Institute (JBI) según el tipo de estudio

4.3.1 Evaluación metodológica

Para la valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos se empleó la herramienta de evaluación crítica del Joanna Briggs Institute (JBI), seleccionada de acuerdo con el diseño metodológico de cada estudio. La aplicación de este instrumento permitió identificar el riesgo de sesgo, la rigurosidad metodológica y el cumplimiento de los criterios de calidad establecidos para cada tipo de investigación.

- Anexo 3: Evaluación crítica JBI del estudio de **Demir et al. (2020)**.
- Anexo 4 : Evaluación crítica JBI del estudio de **Demir et al. (2021)**.
- Anexo 5 : Evaluación crítica JBI del estudio de **Xi et al. (2025)**.
- Anexo 6 : Evaluación crítica JBI del estudio de **Hu et al. (2023)**.
- Anexo 7: Evaluación crítica JBI del estudio de **Wang et al. (2025)**.

4.3.2 Evaluación metodológica de los estudios incluidos mediante la herramienta JBI.

Tabla 9: Evaluación metodológica de los estudios incluidos mediante la herramienta JBI.

Autor y año	Tipo de estudio	Intervención	Variables evaluadas	Principales resultados	Calidad metodológica JBI
Demir & Saritas, 2020 (61)	Ensayo clínico aleatorizado	Masaje terapéutico de manos	Dolor y ansiedad	Reducción significativa del dolor y ansiedad postoperatoria	Moderada
Demir et al 2021 (62)	Ensayo clínico aleatorizado	Musicoterapia con sonidos de la naturaleza	Fatiga, confort y signos vitales	Disminución de fatiga, mejoría del confort y estabilidad hemodinámica	Moderada-Alta
Xi et al., 2025 (63)	Ensayo clínico aleatorizado	Programa integral de enfermería post trasplante	Ansiedad, depresión e insomnio	Disminución significativa de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en el grupo intervención	Moderada-Alta
Hu et al 2023 (64)	Ensayo clínico aleatorizado	Intervención de enfermería basada en	Ansiedad, depresión y calidad de vida	Disminución de ansiedad, depresión y mejoría significativa de la calidad de vida	Alta

Wang et al 2025 (65)	Cuasi experimental	Cuidados integrales orientados por proceso	Mejoría emocional, autocuidado y satisfacción	La enfermería integral orientada por procesos redujo ansiedad y depresión, y mejoró significativamente el autocuidado y satisfacción de pacientes post trasplante renal.	Moderada
-------------------------	-----------------------	--	---	---	----------

Fuente: Elaboración propia

Los estudios revisados demuestran que las intervenciones de enfermería tienen un papel fundamental en la recuperación integral de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido. Los estudios muestran efectos positivos sobre variables psicológicas, físicas y de calidad de vida, destacando la reducción de la ansiedad, la depresión, el dolor, la fatiga y el trastorno del sueño, así como mejoras en el confort, el autocuidado, la satisfacción y la calidad de vida.

Desde el punto de vista metodológico predominaron los ensayos clínicos aleatorizados, que aportan un nivel elevado de evidencia para valorar la efectividad de las intervenciones implementadas. Asimismo, la evaluación de calidad mediante la herramienta JBI mostró que los estudios presentados poseen una calidad metodológica entre moderada y alta, lo que aumenta la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Las intervenciones identificadas fueron diversas e incluyen programas integrales de enfermería, cuidados orientados por procesos, masaje terapeutico y musicoterapia, los resultados fueron consistentes a pesar de las diferencias de las intervenciones en cada estudio al demostrar beneficios significativos en la adaptación física y emocional de los pacientes trasplantados.

4.3.3 Características sociodemográficas y clínicas de los estudios

Tabla 10: Características sociodemográficas y clínicas de los estudios.

Variables sociodemográficas					Variables Clínicas		
Artículos	Población	Sexo	Edad promedio	Nivel educativo	Tipo de trasplante	Tipo de donante	Tipo de intervención

Demir et al. (61)	80	M=77.5% F=22.5%	45.9 años	Alfabetizado 33.8% Primaria 22.5% Secundaria 30% Universidad 13.8%	Trasplante hepático	Vivo 92.5% Cadavérico 7.5%	Masaje de manos
Demir et al. (62)	120	M=55.8% F=44.2%	46.3 años	Alfabetizado 16.7% Primaria 20% Secundaria 15.8% Técnico 20% Universidad 27.5%	Trasplante hepático	Vivo 88.3% Cadavérico 11.7	Musicoterapia con sonidos de la naturaleza por 30 minutos
Xi et al. (63)	80	M=45% F=55%	58 años	Escuela secundaria básica y media 78.7% Licenciatura y nivel superior 21.25%	Trasplante hepático	No reporta	Programa de enfermería posterior al trasplante hepático que incluye capacitación en psicología, manejo del dolor, estrategias de vida y rehabilitación
Hu et al. (64)	75*	M=63.4% F=36.6%	39.5 años	Primaria/inferior 12.7% Secundaria básica 32.4% Secundaria 7colegi o universitario 28.2% Licenciatura o superior 35.2%	Trasplante renal	No reporta	Programa de enfoque centrado en soluciones (describir el problema, desarrollo de objetivos bien definidos, exploración de excepciones, retroalimentación positiva y evaluación del progreso)
Wang et al. (65)	80	M=58.8% F=41.2%	40.2 años	No reporta	Trasplante renal	No reporta	Cuidados integrales orientados por proceso

Fuente: Elaboración propia

Los estudios incluidos evidenciaron que las intervenciones de enfermería fueron aplicadas principalmente en adultos de mediana edad, con predominio del sexo masculino. La población analizada estuvo conformada principalmente por pacientes sometidos a trasplante renal y hepático, hallazgo que coincide con la evidencia disponible, la cual señala que estos tipos de trasplante representan los

procedimientos de órgano sólido más frecuentes a nivel mundial. Estos resultados sugieren que las estrategias de cuidado identificadas se han desarrollado y evaluado principalmente en los grupos poblacionales con mayor prevalencia de trasplante.

4.4 Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido.

Como resultado final del proceso de búsqueda, selección y análisis de la evidencia científica disponible y en base a los objetivos planteados en el presente trabajo investigativo se incluyeron 5 estudios los cuales permitieron identificar las diferentes intervenciones realizadas por el personal de enfermería en los pacientes que se encontraban en postoperatorio de trasplante de órgano sólido y que presentaban algún tipo de emoción asociado a su procedimiento reciente.

4.4.1 Masaje terapéutico de manos.

Demir et al. (61) tuvo como objetivo determinar el efecto del masaje de manos sobre el dolor y los niveles de ansiedad en pacientes sometidos a trasplante hepático durante el periodo posoperatorio. El estudio incluyó 80 pacientes adultos (40 en el grupo intervención y 40 en el grupo control), quienes recibieron la intervención durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, una vez presentaban una intensidad de dolor igual o superior a 4 puntos en la Escala Visual Analógica (VAS). La principal emoción evaluada fue la ansiedad, mientras que el dolor postoperatorio se consideró una variable clínica complementaria. La intervención de enfermería consistió en la aplicación de masaje terapéutico en ambas manos durante 10 minutos, mediante técnicas de petrissage, fricción y amasamiento, como complemento al manejo analgésico convencional; el grupo control recibió únicamente tratamiento farmacológico. Para la evaluación de las variables se utilizaron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI-S) para medir la ansiedad y la Visual Analogue Scale (VAS) para valorar el dolor. Los resultados mostraron una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad en el grupo intervención en comparación con el grupo control ($p < 0,001$), con una reducción del puntaje promedio de ansiedad de $50,10 \pm 2,28$ a $46,57 \pm 2,60$. De igual forma, el dolor postoperatorio disminuyó significativamente en los pacientes que recibieron

el masaje de manos ($p < 0,001$). Como hallazgo relevante, los autores concluyeron que el masaje de manos constituye una intervención de enfermería segura, sencilla y de bajo costo, capaz de reducir simultáneamente la ansiedad y el dolor postoperatorio en pacientes sometidos a trasplante hepático, por lo que puede incorporarse como terapia complementaria al tratamiento farmacológico para favorecer la recuperación y fortalecer la calidad del cuidado de enfermería.

4.4.2 Musicoterapia.

Demir et al. (62) determinó el efecto de la musicoterapia sobre la fatiga, el confort y los signos vitales en pacientes sometidos a trasplante hepático durante el periodo posoperatorio. El estudio correspondió a un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 120 pacientes adultos receptores de trasplante hepático, distribuidos en un grupo intervención ($n = 60$) y un grupo control ($n = 60$). La intervención se llevó a cabo durante la hospitalización en el periodo posoperatorio inmediato, una vez los pacientes se encontraban clínicamente estables. Aunque el estudio no evaluó directamente emociones específicas como ansiedad o depresión, analizó el confort como un indicador del bienestar emocional y la fatiga como uno de los principales síntomas presentes durante el posoperatorio, además de los signos vitales como variables fisiológicas complementarias. La intervención de enfermería consistió en la aplicación de musicoterapia mediante la reproducción de sonidos de la naturaleza a través de audífonos durante 30 minutos, en una habitación individual, tranquila y confortable; el grupo control recibió únicamente el cuidado convencional. Para la evaluación de los resultados se utilizaron el Perianesthesia Comfort Questionnaire (PCQ) para valorar el nivel de confort y el Brief Fatigue Inventory (BFI) para medir la fatiga, mientras que la presión arterial, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria fueron registradas mediante una hoja de control clínico. Los resultados evidenciaron que la musicoterapia produjo un incremento estadísticamente significativo del confort ($p < 0,001$) en comparación con el grupo control. Asimismo, se observó una disminución significativa de la fatiga ($p < 0,001$) y una mejoría en la estabilidad de los signos vitales, reflejada por la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria. Como

hallazgo relevante, los autores concluyeron que la musicoterapia constituye una intervención de enfermería segura, económica, no invasiva y de fácil implementación, capaz de favorecer el confort, disminuir la fatiga y contribuir a la estabilidad fisiológica de los pacientes durante el periodo postoperatorio del trasplante hepático, por lo que recomiendan incorporar como terapia complementaria dentro del cuidado integral de enfermería.

4.4.3 Programa integral de enfermería posterior al trasplante hepático.

Xi et al.(63) evaluaron la efectividad de un programa integral de enfermería dirigido a disminuir la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño en pacientes sometidos a trasplante hepático mediante intervenciones de cuidado psicológico, orientación sobre estilos de vida, manejo del dolor y entrenamiento en rehabilitación. El estudio correspondió a un ensayo clínico aleatorizado realizado con 80 pacientes adultos sometidos a trasplante hepático, distribuidos en un grupo intervención (n = 40) y un grupo control (n = 40). La intervención inició durante el periodo posoperatorio y se mantuvo mediante seguimiento durante un año, con evaluaciones realizadas entre los 0-60, 61-120, 121-180 y 181-360 días posteriores al trasplante. Las emociones evaluadas fueron la ansiedad y la depresión; adicionalmente, se analizaron los trastornos del sueño (insomnio) como una variable clínica estrechamente relacionada con el bienestar emocional de los pacientes.

La intervención de enfermería consistió en la implementación de un programa integral conformado por cuatro componentes: 1) cuidado psicológico mediante apoyo emocional, educación y fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento; 2) manejo del dolor mediante medidas preventivas y vigilancia continua; 3) orientación sobre hábitos de vida saludables, alimentación, descanso y actividad física; y 4) entrenamiento en rehabilitación a través de ejercicios respiratorios, movilización progresiva, masajes, ejercicios pasivos y asesoramiento psicológico. El grupo control recibió únicamente los cuidados convencionales posteriores al trasplante (63).

Para la evaluación de las variables se utilizaron la Hamilton Anxiety Scale (HAMA) para medir la ansiedad, la Self-Rating Depression Scale (SDS) para evaluar la depresión y el Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) para valorar la calidad del

sueño. Los resultados demostraron que, tras la implementación del programa de enfermería, el grupo intervención presentó una disminución estadísticamente significativa de los puntajes de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en comparación con el grupo control ($p < 0,001$). Asimismo, los puntajes disminuyeron progresivamente durante el año de seguimiento, evidenciando un efecto sostenido de la intervención. La incidencia de ansiedad se redujo del 42,5 % en los primeros 60 días al 30 % entre los 181 y 360 días posteriores al trasplante; la depresión disminuyó del 14,5 % al 1,2 %, mientras que los trastornos del sueño pasaron del 15,8 % al 6,5 % (63).

Como hallazgo relevante, los autores concluyeron que un programa integral de enfermería, basado en el cuidado psicológico, el manejo del dolor, la promoción de estilos de vida saludables y la rehabilitación, constituye una intervención eficaz para disminuir la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño en pacientes sometidos a trasplante hepático. Además, señalaron que este enfoque favorece la recuperación integral, mejora la calidad de vida y puede incorporarse como parte del cuidado estándar brindado por enfermería a esta población (63).

4.4.4 Intervención de enfermería basada en un enfoque centrado en soluciones.

Hu et al.(64) evaluaron los efectos de una intervención de enfermería basada en el Enfoque Centrado en Soluciones (Solution-Focused Approach, SFA) sobre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en receptores de trasplante renal. El estudio correspondió a un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 75 pacientes sometidos a trasplante renal, asignados a un grupo intervención ($n = 38$) y un grupo control ($n = 37$). Tras las pérdidas durante el seguimiento, el análisis final incluyó 71 participantes. La intervención inició un día antes del trasplante, continuó durante la hospitalización (día 1, día 3 y día 7 posteriores a la cirugía) y finalizó antes del alta hospitalaria, con seguimiento al primer, tercer y sexto mes posterior al trasplante. Las emociones evaluadas fueron la ansiedad y la depresión; adicionalmente, se analizó la calidad de vida como un resultado complementario relacionado con el bienestar físico, psicológico y social de los pacientes.

La intervención de enfermería consistió en la implementación de un programa basado en el Enfoque Centrado en Soluciones, desarrollado en cinco etapas: 1) descripción del problema; 2) establecimiento de objetivos realistas; 3) identificación de excepciones y fortalezas del paciente; 4) retroalimentación positiva y refuerzo de logros; y 5) evaluación del progreso mediante preguntas de escala. El programa incorporó estrategias de empoderamiento, preguntas milagro, establecimiento de metas, participación familiar y educación individualizada, desarrolladas en cinco sesiones presenciales con una duración de 30 a 60 minutos. El grupo control recibió los cuidados habituales y apoyo psicológico convencional (64).

Para la evaluación de las variables se utilizaron la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para medir la ansiedad y la depresión, y la Quality of Life Scale for Patients of Renal Transplantation (QOL-RT) para valorar la calidad de vida. Los resultados demostraron que, tras la intervención, el grupo experimental presentó una disminución significativa de la ansiedad durante el primer mes, evidenciada por menores puntuaciones en la subescala HADS-A y en la puntuación total del HADS ($p < 0,05$). Asimismo, la depresión disminuyó significativamente a los tres y seis meses posteriores al trasplante en comparación con el grupo control ($p < 0,05$). De igual forma, la calidad de vida mejoró significativamente en el grupo de intervención durante todo el periodo de seguimiento, observándose incrementos en las dimensiones física, psicológica, social y de tratamiento ($p < 0,05$)(64).

Como hallazgo relevante, los autores concluyeron que una intervención de enfermería basada en el Enfoque Centrado en Soluciones favorece la participación activa del paciente, fortalece la autoconfianza y las estrategias de afrontamiento, disminuye la ansiedad y la depresión, y mejora significativamente la calidad de vida de los receptores de trasplante renal. Además, señalaron que este modelo constituye una estrategia innovadora, estructurada y fácilmente aplicable para optimizar el cuidado integral de enfermería durante el proceso de recuperación posterior al trasplante (64).

4.4.5 Cuidado integral orientado por procedimientos de enfermería.

Wang et al.(65) tuvieron como objetivo evaluar el efecto de un programa de enfermería integral orientado por el proceso de atención de enfermería sobre las emociones negativas y la capacidad de autocuidado en pacientes sometidos a trasplante renal durante el periodo posoperatorio. El estudio correspondió a un diseño comparativo que incluyó 80 pacientes adultos sometidos a trasplante renal, distribuidos en un grupo control (n = 40), que recibió cuidados convencionales, y un grupo intervención (n = 40), que recibió cuidados convencionales complementados con un programa de enfermería integral orientado por el proceso de atención de enfermería. La intervención se desarrolló durante el periodo posoperatorio inmediato y los resultados fueron evaluados dos semanas después de su implementación. Las emociones evaluadas fueron la ansiedad y la depresión; adicionalmente, se analizaron la capacidad de autocuidado y la satisfacción con los cuidados de enfermería como variables complementarias relacionadas con la recuperación del paciente.

La intervención de enfermería estuvo estructurada en las etapas del proceso de atención de enfermería: valoración, planificación, ejecución y evaluación. Incluyó actividades de educación para la salud, apoyo psicológico, rehabilitación física individualizada, orientación sobre hábitos de vida saludables, seguimiento de signos vitales, educación para el autocuidado y evaluación continua de las necesidades físicas y emocionales del paciente. El grupo control recibió únicamente los cuidados convencionales establecidos por la institución (65).

Para la evaluación de las variables se utilizaron la Hamilton Anxiety Scale (HAMA) para medir la ansiedad y la Hamilton Depression Scale (HAMD) para evaluar la depresión. La capacidad de autocuidado fue medida mediante la Exercise of Self-Care Agency Scale (ESCA) y la satisfacción con los cuidados de enfermería mediante la Newcastle Satisfaction with Nursing Scale (NSNS)(65).

Los resultados demostraron que, tras la intervención, el grupo experimental presentó una disminución significativa de la ansiedad y la depresión en comparación con el grupo control ($p < 0,001$). El puntaje promedio de ansiedad (HAMA) disminuyó de $27,75 \pm 4,65$ a $12,11 \pm 2,07$, mientras que en el grupo control pasó

de $28,07 \pm 5,01$ a $16,85 \pm 3,06$. De igual forma, los puntajes de depresión (HAMD) disminuyeron de $26,12 \pm 3,46$ a $10,77 \pm 2,01$ en el grupo intervención, comparados con $25,96 \pm 3,38$ a $15,85 \pm 2,52$ en el grupo control ($p < 0,001$). Además, los pacientes del grupo intervención obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en conocimiento, autoconcepto, autorresponsabilidad, capacidad de autocuidado y satisfacción con los cuidados de enfermería ($p < 0,001$)(65).

Como hallazgo relevante, los autores concluyeron que la implementación de un programa de enfermería integral orientado por el proceso de atención de enfermería permite reducir significativamente la ansiedad y la depresión, fortalecer la capacidad de autocuidado, promover hábitos de vida saludables e incrementar la satisfacción con la atención de enfermería en pacientes sometidos a trasplante renal. Asimismo, señalaron que esta estrategia favorece la recuperación postoperatoria y constituye un modelo de cuidado estructurado con potencial para incorporarse a la práctica clínica habitual(65).

En conjunto, los estudios incluidos evidencian una tendencia hacia la implementación de intervenciones de enfermería de carácter multimodal e integral para el abordaje de las emociones en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido. Mientras dos de los estudios evaluaron intervenciones específicas, como el masaje terapéutico y la musicoterapia, los tres restantes implementaron programas estructurados que combinan apoyo psicológico, educación, rehabilitación, promoción del autocuidado y seguimiento continuo. Estos hallazgos sugieren que el abordaje integral liderado por enfermería puede favorecer el bienestar emocional y contribuir positivamente al proceso de recuperación de esta población (65).

5.DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática de alcance permitió identificar que las emociones abordadas con mayor frecuencia en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido durante el periodo posoperatorio fueron la ansiedad y la depresión, este hallazgo coincide con Gómez-Carretero et al., quienes describen que la ansiedad y la depresión constituyen algunas de las alteraciones emocionales más frecuentes en pacientes hospitalizados en UCI, debido al ambiente crítico, la incertidumbre y la gravedad de la enfermedad (47). De manera similar, Canzonieri et al. describen que el paciente sometido a trasplante de órgano sólido presenta una elevada vulnerabilidad física y emocional durante el periodo posoperatorio, debido al estrés quirúrgico, el riesgo de complicaciones tempranas, la inmunosupresión y la incertidumbre frente a la evolución del injerto, factores que justifican la necesidad de intervenciones dirigidas al bienestar emocional (44). Estos hallazgos permiten inferir que las emociones identificadas no constituyen eventos aislados, sino respuestas esperadas frente a un proceso clínico altamente complejo, razón por la cual su valoración debe incorporarse como parte del cuidado integral proporcionado por enfermería desde el ingreso del paciente a la unidad de cuidado intensivo, las cuales se relacionan con el proceso de adaptación a la cirugía, la incertidumbre frente a la evolución clínica, el riesgo de rechazo del injerto y los cambios derivados del tratamiento inmunosupresor. La evidencia analizada muestra que estas emociones pueden influir negativamente en el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente, razón por la cual su identificación y abordaje oportuno constituyen un componente esencial del cuidado de enfermería. De manera complementaria, algunos estudios evaluaron variables estrechamente relacionadas con el bienestar emocional, como el confort, la fatiga, los trastornos del sueño, la calidad de vida y la capacidad de autocuidado, evidenciando que el impacto emocional del trasplante trasciende la presencia de síntomas psicológicos aislados y requiere un abordaje integral.

Uno de los principales hallazgos de esta revisión fue identificar que las intervenciones dirigidas al abordaje de las emociones fueron predominantemente no farmacológicas y lideradas por profesionales de enfermería. Aunque los estudios

emplearon estrategias diferentes, todas estuvieron orientadas hacia la disminución de la ansiedad y la depresión mediante acciones educativas, psicológicas, rehabilitadoras y de fortalecimiento del autocuidado. Este resultado coincide con las recomendaciones de Devlin et al (33)., quienes resaltan que el manejo integral del paciente crítico debe incorporar intervenciones no farmacológicas orientadas a disminuir el estrés, favorecer el confort, optimizar el sueño y reducir el riesgo de delirium, reconociendo el papel fundamental de enfermería en la implementación de estas estrategias. A diferencia de intervenciones aisladas centradas exclusivamente en una técnica específica, los estudios más recientes desarrollaron programas estructurados que combinan múltiples componentes de cuidado, evidenciando una evolución hacia modelos integrales de atención.

La comparación entre los estudios permitió identificar una evolución progresiva en el diseño de las intervenciones de enfermería. Mientras las investigaciones iniciales evaluaron estrategias específicas como el masaje terapéutico y la musicoterapia, los estudios publicados más recientemente desarrollaron programas integrales de cuidado fundamentados en la valoración continua, el apoyo psicológico, la educación para la salud, el fortalecimiento del afrontamiento y la promoción del autocuidado. Este enfoque es coherente con la tendencia actual del cuidado de enfermería centrado en resultados sensibles, donde las intervenciones buscan generar beneficios no solo sobre variables clínicas, sino también sobre el bienestar emocional, la calidad de vida y la experiencia del paciente (34) .

Los estudios incluidos demostraron efectos favorables sobre ansiedad, depresión, confort, calidad de vida, sueño y autocuidado. Estos resultados respaldan lo descrito por Copanitsanou et al (58), quienes evidenciaron que un entorno favorable de enfermería mejora la satisfacción del paciente y los resultados asistenciales. Asimismo, González Nahuelquín et al. destacan que la calidad del cuidado de enfermería depende no solo de la aplicación de la mejor evidencia científica disponible, sino también de factores relacionados con la organización del cuidado, la competencia profesional y la humanización de la atención. En este contexto, las intervenciones identificadas en la presente revisión no solo disminuyeron síntomas emocionales, sino que fortalecieron dimensiones fundamentales para la

recuperación, como el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Una de las principales contribuciones de esta revisión fue identificar que, pese a la heterogeneidad de las intervenciones, los programas más efectivos comparten componentes comunes como el apoyo psicológico, la educación para la salud, la rehabilitación física, la promoción del autocuidado y el seguimiento continuo del paciente. La síntesis de estos componentes constituye un insumo relevante para el diseño de protocolos institucionales y programas de enfermería dirigidos al abordaje de las emociones en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido, particularmente en escenarios de cuidado crítico donde este tipo de intervenciones aún no se encuentran estandarizadas.

6 CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, FORTALEZAS Y LIMITACIONES

6.1 Conclusiones

La presente revisión sistemática de alcance permitió identificar que las intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido reportadas en la literatura científica corresponden principalmente a estrategias no farmacológicas, entre las que se incluyen el masaje terapéutico, la musicoterapia y programas integrales de enfermería basados en apoyo psicológico, educación para la salud, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, rehabilitación física y promoción del autocuidado. En conjunto, estas intervenciones estuvieron orientadas a favorecer el bienestar emocional y la recuperación integral de los pacientes durante el periodo posoperatorio.

La evidencia analizada mostró que la ansiedad y la depresión fueron las emociones abordadas con mayor frecuencia en los estudios incluidos. Asimismo, se

identificaron otras dimensiones relacionadas con el bienestar emocional, como el confort, la fatiga, los trastornos del sueño, la calidad de vida y la capacidad de autocuidado, lo que evidencia que el cuidado emocional del paciente trasplantado requiere un enfoque integral.

La revisión permitió identificar una tendencia hacia el desarrollo de programas integrales de enfermería, en los que las intervenciones dejan de centrarse en acciones aisladas para incorporar componentes educativos, psicológicos, rehabilitadores y de promoción del autocuidado. Esta evolución refleja un modelo de atención más estructurado y centrado en las necesidades del paciente durante el proceso de recuperación.

Los hallazgos respaldan el papel del profesional de enfermería en el abordaje de las emociones durante el postrasplante de órgano sólido y constituyen un insumo para fortalecer la práctica basada en la evidencia. Los componentes comunes identificados en las intervenciones pueden orientar el diseño de protocolos institucionales y programas de cuidado dirigidos a favorecer la recuperación emocional y la atención integral de esta población.

6.2 Recomendaciones

6.2.1 Para la academia

Se recomienda fortalecer la incorporación de contenidos relacionados con el abordaje de las emociones en pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido dentro de los programas de formación de pregrado en enfermería, con el fin de promover el desarrollo de competencias orientadas a la identificación, valoración e implementación de intervenciones dirigidas al bienestar emocional de esta población. Asimismo, se sugiere ampliar estos contenidos en programas de posgrado, especialmente en aquellas áreas de enfermería no relacionadas directamente con la salud mental, favoreciendo la comprensión de que el apoyo psicológico y el abordaje de las emociones constituyen componentes esenciales del cuidado integral brindado por el profesional de enfermería. Finalmente, los hallazgos de la presente revisión pueden ser utilizados como material de consulta para

fortalecer la formación en práctica basada en la evidencia y apoyar el diseño de estrategias de cuidado dirigidas a pacientes con postrasplante de órgano sólido, especialmente en programas de formación relacionados con el cuidado crítico donde el abordaje de las emociones constituye un componente fundamental para la recuperación integral del paciente.

6.2.2 Para Investigación

Se recomienda desarrollar estudios con diseños metodológicos robustos a nivel nacional que permitan evaluar la efectividad de las intervenciones y programas de enfermería dirigidos al abordaje de las emociones en pacientes con postrasplante de órgano sólido, considerando las características clínicas, sociales y culturales de la población colombiana. Asimismo, es necesario fortalecer la producción científica en otros tipos de trasplante, además del hepático y renal, con el propósito de ampliar la evidencia disponible y favorecer la generalización de los resultados. De igual manera, se recomienda emplear instrumentos validados y estandarizados para la evaluación de las emociones, lo que facilitará la comparación entre estudios y contribuirá al fortalecimiento de la evidencia científica que sustenta la práctica de enfermería.

6.2.3 Para enfermería

Se recomienda fortalecer la valoración sistemática de las emociones en pacientes que cursan el periodo posoperatorio de un trasplante de órgano sólido, incorporando la valoración de las emociones como un componente rutinario del proceso de atención de enfermería desde el ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos y durante el seguimiento del periodo posoperatorio. reconociendo que la ansiedad, la depresión y otras alteraciones relacionadas con el bienestar emocional pueden influir en el proceso de recuperación y adaptación al trasplante. Asimismo, se recomienda implementar intervenciones de enfermería no farmacológicas

fundamentadas en la mejor evidencia científica disponible, orientadas al apoyo psicológico, la educación para la salud, el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y la promoción del autocuidado. Estas estrategias favorecen un cuidado integral, humanizado y centrado en la persona, contribuyendo al bienestar emocional y a una recuperación más favorable de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido.

6.2.4 Para enfermería de trasplantes.

Se recomienda que las instituciones prestadoras de servicios de salud que cuenten con programas de trasplante incorporen programas estructurados de enfermería dirigidos al abordaje de las emociones durante el periodo posoperatorio de los pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido. Estos programas deberían integrar estrategias de apoyo psicológico, educación para la salud, fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, rehabilitación física, promoción del autocuidado y seguimiento continuo del paciente. Asimismo, se recomienda que estas intervenciones se desarrollen dentro de un modelo de atención interdisciplinario, con la participación de enfermería, psicología, medicina, rehabilitación y trabajo social, con el propósito de brindar una atención integral que responda de manera oportuna a las necesidades clínicas, emocionales y sociales de esta población, esto permitiría estandarizar el abordaje de las emociones en el postrasplante de órgano sólido, disminuir la variabilidad en la práctica clínica y fortalecer el cuidado de enfermería basado en la evidencia.

6.2.5 Para las guías de práctica clínicas.

Se recomienda que las futuras actualizaciones de las guías de práctica clínica y los profesionales responsables de la elaboración de protocolos de atención para pacientes en el periodo postoperatorio de trasplante de órgano sólido incorporen recomendaciones específicas relacionadas con la valoración y el abordaje de las emociones desde enfermería. Estas recomendaciones deberían contemplar la evaluación sistemática de la ansiedad, la depresión y otras dimensiones relacionadas con el bienestar emocional, así como la implementación de

intervenciones no farmacológicas y programas integrales de enfermería fundamentados en la mejor evidencia científica disponible. La incorporación de estos componentes favorece la estandarización del cuidado, disminuiría la variabilidad en la práctica clínica y fortalecería la atención integral centrada en la persona durante el proceso de recuperación posterior al trasplante.

6.3 Fortalezas.

La presente revisión sistemática de alcance permitió identificar y sintetizar las intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido, consolidando en un único documento la evidencia científica disponible sobre esta temática, la cual hasta el momento se encontraba dispersa en la literatura.

Se logró identificar que la ansiedad y la depresión fueron las emociones abordadas con mayor frecuencia en los estudios incluidos. Asimismo, se reconocieron otras dimensiones relacionadas con el bienestar emocional, como el confort, la fatiga, los trastornos del sueño, la calidad de vida y la capacidad de autocuidado, proporcionando una visión más amplia del impacto emocional que experimentan los pacientes durante el periodo postoperatorio del trasplante de órgano sólido.

Otra fortaleza de la revisión fue la caracterización de las intervenciones implementadas por enfermería, identificando no solo estrategias específicas, como el masaje terapéutico y la musicoterapia, sino también programas integrales que incorporaron apoyo psicológico, educación para la salud, rehabilitación física, fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento y promoción del autocuidado, evidenciando una evolución hacia modelos de cuidado más estructurados e integrales.

La revisión aporta evidencia que puede orientar la práctica clínica de enfermería, al identificar intervenciones con resultados favorables sobre el bienestar emocional de los pacientes, constituyendo un insumo para el diseño e implementación de programas y protocolos dirigidos al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido.

El desarrollo de la revisión sistemática de alcance mediante una metodología estructurada, fundamentada en las recomendaciones del Joanna Briggs Institute (JBI) y en los lineamientos de la guía PRISMA-ScR, fortaleció la transparencia, el rigor metodológico y la reproducibilidad del proceso de búsqueda, selección, evaluación crítica y síntesis de la evidencia científica.

6.4 Limitaciones

Se encontró escasa evidencia sobre emociones diferentes a la ansiedad y la depresión que pueden presentarse durante el periodo postoperatorio del trasplante de órgano sólido, lo que limitó una comprensión más amplia del espectro emocional experimentado por esta población y restringe la identificación de intervenciones dirigidas a otras respuestas emocionales.

Aunque fue posible identificar diferentes intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones, estas presentaron una importante heterogeneidad en cuanto a sus componentes, duración, frecuencia, momento de aplicación y tiempo de seguimiento, lo que dificulta establecer comparaciones directas entre ellas e identificar un modelo de intervención estandarizado.

Los estudios incluidos utilizaron diferentes instrumentos para evaluar las emociones y otras variables relacionadas con el bienestar emocional, como la calidad de vida, el confort, la fatiga, los trastornos del sueño y la capacidad de autocuidado. Esta variabilidad metodológica limitó la comparación homogénea de los resultados entre las diferentes investigaciones.

La mayoría de los estudios incluidos fueron realizados en pacientes sometidos a trasplante hepático y renal, evidenciándose una limitada producción científica en receptores de trasplante cardíaco, pulmonar e intestinal, lo que restringe la extrapolación de los hallazgos a todos los tipos de trasplante de órgano sólido.

El reducido número de estudios que cumplieron con los criterios de inclusión evidencia que el abordaje de las emociones en pacientes con postrasplante de órgano sólido continúa siendo un campo poco explorado dentro de la investigación en enfermería, limitando la disponibilidad de evidencia para sustentar recomendaciones más robustas y generalizables para la práctica clínica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Transplantation [Internet]. Geneva: WHO; s.f. [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/health-topics/transplantation>
2. Pan American Health Organization. Organ donation and transplants [Internet]. Washington (DC): PAHO; s.f. [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/organ-donation-and-transplants>.
3. Pan American Health Organization. Organ donation and transplantation in the Americas [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2016 [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org>
4. Instituto Nacional de Salud. Balance de trasplantes en Colombia 2022 [Internet]. Bogotá: INS; 2023 [citado 12 ene 2026]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Balance-de-trasplantes.aspx>
5. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* [Internet]. Washington (DC): OPS; 2019 [citado 29 jun 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/>.
6. Guerra-García YM, Cárdenas P. El impacto social de la donación de órganos en Colombia. *Rev Colomb Bioét.* 2012;7(1):151-64.
7. Guerrero Hernández RJ, Cárdenas JA, Herrera B, Parra CV, Gutiérrez D, Cifuentes MV, et al. Percepción de la donación de órganos en personal administrativo y personal asistencial en dos centros trasplantadores en Colombia. *Rev Colomb Nefrol* [Internet]. 2024;11(3). [citado 2026 jun 29]. Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/781>
8. Öztaş D, Türkmen Keskin S, Uğurlu Y, Akgün Ş. Evaluation of organ donation attitudes in the context of health literacy and fatalism: a cross-sectional

correlational study. *Health Sci Rep.* 2025;8(5):e70650. doi:10.1002/hsr2.70650.

9. Congreso de la República de Colombia. Ley 9 de 1979, por la cual se dictan medidas sanitarias. *Código Sanitario Nacional*. Diario Oficial No. 35308; 1979.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamentan la obtención, donación, preservación, almacenamiento, transporte y destino de componentes anatómicos. Diario Oficial No. 45631; 2004.
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1805 de 2016, por medio de la cual se adoptan medidas para ampliar la cobertura de la donación de órganos y tejidos en Colombia. Diario Oficial No. 50020; 2016.
12. Congreso de la República de Colombia. Ley 73 de 1988, por la cual se adiciona la Ley 9 de 1979 y se dictan otras disposiciones en materia de donación y trasplante de órganos y componentes anatómicos para fines terapéuticos. Diario Oficial No. 38377; 1988.
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 919 de 2004, por medio de la cual se prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico. Diario Oficial No. 45564; 2004.
14. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2493 de 2004, por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988 en relación con los componentes anatómicos. Diario Oficial No. 45631; 2004.
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1805 de 2016, por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 919 de 2004 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 50020; 2016.
16. Dew MA, DiMartini AF, Dobbels F, Grady KL, Jowsey-Gregoire SG, Kaan A, et al. The 2018 ISHLT/APM/AST/ICCAC/STSW recommendations for the

- psychosocial evaluation of adult cardiothoracic transplant candidates and candidates for long-term mechanical circulatory support. *J Heart Lung Transplant*. 2018;37(7):803-823. doi:10.1016/j.healun.2018.03.005.
- 17.Sun X-Q, Xu Y, Wu X-L, Zhi J-J, Gu Y-M. Factors influencing stress disorders in Intensive Care Unit (ICU) patients after liver transplantation: A cross-sectional study. *Ann Transplant* [Internet]. 2024;29:e944320. DOI.org/10.12659/AOT.944320.
 - 18.Smith PJ, Blumenthal JA, Snyder LD, Mathew JP, Durham MT, Hoffman BM, et al. Depressive symptoms and early mortality following lung transplantation: a pilot study. *Clin Transplant*. 2017;31(1):e12877.
 - 19.Courtwright AM, Salomon S, Lehmann LS, Wolfe DJ, Goldberg HJ. The effect of pretransplant depression and anxiety on survival following lung transplant: a meta-analysis. *Psychosomatics*. 2016;57(3):238-45.
 - 20.Biyyala D, Joseph R, Varadharajan N, Krishnamoorthy Y, Menon V. Incidence and prevalence of depressive, anxiety, and insomnia symptoms among adult liver transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2023;80:26–34.
 - 21.Courtwright AM, Salomon S, Lehmann LS, Brettler T, Divo M, Camp P, et al. The association between mood, anxiety and adjustment disorders and hospitalization following lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:1-5. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.04.002
 - 22.Dai Y, Li L, Guan S. Meta-analysis of anxiety and depression in liver transplant patients before and after transplantation. *Transplant Proc*. 2025;57(5):891–904.doi:10.1016/j.transproceed.2025.03.030.
 - 23.Mezei J, Bircher J. A szervtranszplantált betegekkel folytatott pszichológiai munka szempontjai. *Orv Hetil*. 2025;166(36):1420-30. :10.1556/650.2025.33376.

24. Epstein F, Parker MM, Lucero A, Chaudhary R, Song E, Weisshaar D. Association of depression and anxiety before heart transplant with mortality after transplant: a single-center experience. *Transpl Res Risk Manag.* 2017;9:31-8 .doi:10.2147/TRRM.S132400.
25. Stundner O, Myles PS. The 'long shadow' of perioperative complications: association with increased risk of death up to 1 year after surgery. *Br J Anaesth.* 2022;129(4):471-3. doi:10.1016/j.bja.2022.03.014.
26. Tolentino Sanches C, Ribeiro Albanese SP, Robuste ME, Gomes da Silva G, Tanita MT, Grion C. Complication patterns and postoperative outcomes in surgical patients admitted to intensive care units. *J Crit Care Med (Targu Mures).* 2025;11(4):367-75. doi:10.2478/jccm-2025-0044.
27. Sellar-Pérez G, Aragonés Manzanares R, González Correa JA, Herrera Gutiérrez ME, Muñoz-López A, Lebrón Gallardo M. Complicaciones postoperatorias en el trasplante hepático: relación con la mortalidad. *Med Clin (Barc).* 2004;123(9):321-7.
28. Pérez-San Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Borda-Mas M, Pérez-Bernal J. Symptoms of anxiety and depression in different stages of the organ transplantation process. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2007;7(1):51-63.
29. Alyaydin E, Sindermann JR, Köppe J, Gerss J, Dröge P, Ruhnke T, et al. Depression and anxiety in heart transplant recipients: prevalence and impact on post-transplant outcomes. *J Pers Med.* 2023;13(5):844.doi:10.3390/jpm13050844.
30. Kassahun WT, Mehdorn M, Wagner TC, Babel J, Danker H, Gockel I. The effect of preoperative patient-reported anxiety on morbidity and mortality outcomes in patients undergoing major general surgery. *Sci Rep.* 2022;12:6312. doi:10.1038/s41598-022-10302-z.
31. Gouin JP, Kiecolt-Glaser JK. The impact of psychological stress on wound healing: methods and mechanisms. *Immunol Allergy Clin North Am.*

2011;31(1):81–93. PMID:21094925. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3052954>.

- 32.Ray-Barruel G. I-DECIDED® — a decision tool for assessment and management of invasive devices in the hospital setting. *Br J Nurs*. 2022;31(8):S37–S43.
- 33.Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-e73. doi:10.1097/CCM.0000000000003299.
- 34.Visintini C, Palese A. What nursing-sensitive outcomes have been investigated to date among patients with solid and hematological malignancies? A scoping review. *Nurs Rep*. 2023;13(3):1101-25. doi:10.3390/nursrep13030096.
- 35.Given B, Beck S, Etland C, Gobel BH, Lamkin L, Marsee VD. Oncology nursing-sensitive patient outcomes: description and framework [Internet]. Pittsburgh (PA): Oncology Nursing Society; 2004 [citado 2021 nov 12]. Disponible en: <http://www.ons.org/Research/NursingSensitive/Description>.
- 36.Howard Karl Butcher, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7th ed. Barcelona: Elsevier,2019.
- 37.Alotaibi AN, Alanazi EM, Alsubaie HS, Alotaibey MH. The impact of nursing interventions on patient care outcomes: a systematic review of evidence-based practices and holistic approaches. *J Posthumanism*. 2024;4(3):1606-16. doi:10.63332/joph.v4i3.3354.
- 38.Gamboa Bernal GA. Tópicos en donación y trasplantes. Bogotá: Distribuna; 2023.

39. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI; 2024. doi:10.46658/JBIMES-24-09.
40. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth*. 2020;18(10):2119-26. doi:10.11124/JBIES-20-00167.
41. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2023.
42. Organización Mundial de la Salud. Trasplante de órganos y tejidos humanos: informe del Director General. 75.^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Documento A75/41.
43. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Listado actualizado de bancos de tejidos humanos certificados en Colombia al 30 de septiembre de 2020 [Internet]. Bogotá: INVIMA; 2020 [citado 2026 ene 12]. Disponible en: <https://www.invima.gov.co/biblioteca/bancos-tejidos-certificados-colombia-20-103355>.
44. Canzonieri CN, Nicholson SE, Abrams D. Care for the organ transplant recipient in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(6):624-31. doi:10.1097/MCC.0000000000000879.
45. Di Nardo M, Tikkanen J, Husain S, Singer LG, Cypel M, Ferguson ND, et al. Postoperative management of lung transplant recipients in the intensive care unit. *Anesthesiology*. 2022;136(3):482-99. doi:10.1097/ALN.0000000000004054.
46. Van den Hoogen MWF, Seghers L, Manintveld OC, Roest S, Bekkers JA, den Hoed CM, et al. Care for the organ transplant recipient on the intensive care unit. *J Crit Care*. 2021;64:37-44. doi:10.1016/j.jcrc.2021.03.003.

47. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31(6):318-325. doi:10.1016/S0210-5691(07)74830-1.
48. Gálvez-Vila RM, Ramos-Paret CC, Gómez-Pérez EA. Impacto del estrés postraumático en pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Cient Estud Cienc Med Matanzas*. 2025;5(1):e317.
49. González-Arias M. Evolución del concepto de emoción en el contexto científico: desde la biología y la cultura, hasta el construccionismo psicológico. *Logos (La Serena)*. 2023;33(2):264-286. doi:10.15443/RL3315.
50. Viera Soto MF, Loaiza Marulanda LX, Montoya Pérez LM, García Sánchez JJ. Vivencias y significados emocionales asociados a la estancia hospitalaria durante y después del proceso de rehabilitación intestinal: historia de vida desde la perspectiva de cuerpo, mente y emoción [Internet]. Medellín: Tecnológico de Antioquia; 2025 [citado 2026 jul].
51. Colombia. Congreso de la República. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia. *Diario Oficial No. 45 693*, 5 de octubre de 2004.
52. Nightingale F. *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
53. White J, Gunn M, Chiarella M, Catton H, Stewart D. *Renewing the definitions of "Nursing" and "a Nurse": Final project report*. Geneva: International Council of Nurses; 2025
54. American Nurses Association. Nursing scope of practice [Internet]. Silver Spring (MD): American Nurses Association; 2021 [citado 2026 ene 19]. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice>.

- 55.Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 6th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2018.
- 56.Doran DM, Harrison MB, Laschinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S, et al. Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term care settings. En: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20600/>
- 57.González Nahuelquin C, Fuenzalida Rodríguez J, Fuster Olguin M, García Mejías C, Lobos Ugarte C, Pacheco Espinoza J, et al. Calidad de los cuidados de enfermería en unidades de pacientes críticos: una revisión de literatura. Rev Ene Enferm. 2023;17(2). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/2445>. [citado 2026 ene 15]
- 58.Copanitsanou P, Fotos N, Brokalaki H. Effects of work environment on patient and nurse outcomes. Br J Nurs. 2017;26(3):172-6. doi:10.12968/bjon.2017.26.3.172.
- 59.Aromataris E, Munn Z editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide:Joanna Briggs Institute; 2020.
- 60.Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.doi:10.7326/M18-0850.
- 61.Demir B, Kapıkıran G, Özkan M. Effect of Music on Fatigue, Comfort, and Vital Signs in Patients After Liver Transplant Surgery: A Randomized Controlled Trial. *Holist Nurs Pract*. 2021;35(3):150-7 . doi:10.1097/HNP.0000000000000444.

- 62.Demir B, Saritas S. Effect of hand massage on pain and anxiety in patients after liver transplantation: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;39:101152. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101152.
- 63.Xi SM, Gu YM, Guo HM, Liu X, Zheng YL, Li GM, et al. Effect of a Nursing Program on Anxiety, Depression, and Insomnia in Patients After Liver Transplantation: A Randomized Controlled Trial. *Ann Transplant*. 2025;30:e947351. doi:10.12659/AOT.947351.
- 64.Hu S, Yuan C, Lu Q, Yan X, Huang Y, Chen M, et al. Effects of a nursing intervention based on a solution-focused approach on renal transplant recipients' anxiety, depression, and quality of life. *J Nurs Manag*. 2023;2023:4920799. doi:10.1155/2023/4920799.
- 65.Yan M, Chen J, Zhou M, Li Y, Wang X. Effect of nursing procedure-oriented comprehensive nursing on negative emotion and self-care ability of renal transplant recipients after operation. *Am J Transl Res*. 2024;16(7):3623-31 .

8. ANEXOS

Anexo 1: Acta comité de ética No. 011-26

Anexo 2: Soporte de extracción datos plataforma Rayyan

Anexo 3: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2020).

Anexo 4: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2021).

Anexo 5: Evaluación crítica JBI del estudio de Xi et al. (2025).

Anexo 6: Evaluación crítica JBI del estudio de Hu et al. (2023).

Anexo 7 :Evaluación crítica JBI del estudio de Wang et al. (2025).

Anexo 8: Cronograma.

Anexo 9: Presupuesto.

Anexo 1: Acta comité de ética No. 011-26.



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

CEIFUS 790-26

Bogotá D.C., 27 de marzo de 2026

Doctores:

Juan Vicente Cardona Cely
Investigador Principal
Daira Vanesa Burbano Rivera
Co- Investigador
Bogotá

Ref: Concepto ético de la solicitud vinculada al protocolo (069-26 UNV) Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión sistemática de alcance.

Doctores

El día 17/03/2026, en la sesión registrada en el acta No. 011-26, se reunió el Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas, donde se deja constancia de la recepción del comunicado de 12/03/2026 y evaluación de la siguiente información relacionada con el protocolo en referencia que se desarrolla bajo su dirección en Clínica Universitaria Colombia.

- Listado de documentos sometidos: Evaluación inicial protocolo.

Concepto CEI: Exoneración

El Comité de Ética en Investigación (CEI) ha revisado el protocolo presentado y lo clasifica como un estudio secundario. En consecuencia, se determina que no requiere evaluación adicional ni aprobación ética, dado que:

- No implica intervención ni interacción con seres humanos o animales.
- Se basa en datos previamente recolectados y publicados, sin riesgo de identificación de los participantes.
- No compromete la confidencialidad, privacidad o integridad de los participantes de estudio.
- No representa riesgos adicionales para los participantes, en cumplimiento de la Resolución 8430 de 1993 y demás normativas vigentes.

Por lo anterior, el Comité Exonera este estudio del proceso de evaluación ética formal. No obstante, recomienda a los investigadores garantizar el cumplimiento de los principios éticos en el manejo de datos y la protección de la información.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas está conformado por doce (12) miembros principales y tres (03) miembros suplentes y se requiere la presencia de siete (07) de ellos para cumplir con el quorum. (asistieron: 11).

En el análisis y evaluación del protocolo participaron los siguientes miembros del Comité de Ética en Investigación, y se certifica que ninguno de ellos presenta conflictos de interés con respecto al estudio en referencia.

Eduardo Low Padilla	Presidente	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Farmacología Clínica
Miryam Consuelo Neira Corredor	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación de posgrado en Bioética.
Ingrid Milena Rodríguez Bedoya	Secretaria Ejecutiva	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas

Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901

E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co

Bogotá D. C, Colombia



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Héctor Ricardo Jiménez	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias Humanas y sociales con formación en Bioética.
Giovanna De Silvestri Torres	Miembro Deliberativo	Representante de la comunidad con formación en control de calidad y auditoría de calidad.
Sofía Muñoz Medina	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Epidemiología.
Betsy Valle Velasco	Miembro Deliberativo	Químico Farmacéutico
Melissa Bazante Escobar	Miembro suplente	Profesional del área de Ciencias Humanas y Sociales con formación en Derecho
David Alberto Rincón Valenzuela	Miembro Deliberativo	Profesional del área de Ciencias de la Salud con formación en Epidemiología
Andrea Juliana Uribe Rodríguez	Miembro Deliberativo	Profesional en Ciencias Económicas, Administrativas y Contables.
Angela Patricia Bijaído Villamizar	Miembro Deliberativo	Profesional del área de ciencias de la salud con formación en Biología Molecular y Biotecnología.

El Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas declara que el desarrollo de sus actividades se rige bajo la normatividad vigente en temas relacionados con investigación en salud, (Ley Colombiana Resolución No 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, Resolución 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social, Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales). Las Normas de Buenas Prácticas de Investigación Clínica (Good Clinical Practice-GCP), la Declaración de Helsinki, Finlandia octubre 2024 y la normativa Internacional vigente.

Cordialmente,

Eduardo Low Padilla
Presidente CEI
Comité de Ética en Investigación
Fundación Universitaria Sanitas

Comité de Ética en Investigación de la Fundación Universitaria Sanitas
Calle 23 # 66-46 Sede Salitre – Teléfono: 5895377 Ext: 5719901
E-mail: comiteetica@unisanitas.edu.co
Bogotá D. C, Colombia

Anexo 2: Soporte de extracción datos en la plataforma Rayyan.

Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión sistemática de alcan...

Descripción general Revisar datos Cribado Examen de texto completo **Extracción de datos** Riesgo de sesgo

Mantente al día con las actualizaciones de reseñas. Editar información Invitar a los miembros PRISMA

Referencias importadas: 3.146 Agregar referencias

Duplicados totales: 338 Detectar duplicados

Irresoluto: 0 Continuar resolviendo

Resuelto	162
No duplicado	0
Eliminado	176

Intervenciones de enfermería dirigidas al abordaje de las emociones en adultos con postrasplante de órgano sólido: Una revisión sistemática de alcan...

Descripción general Revisar datos Cribado Examen de texto completo Extracción de datos Riesgo de sesgo

Mantente al día con las actualizaciones de reseñas. Editar información Invitar a los miembros PRISMA

Tu progreso

Resumen de la evaluación

0 conflictos 100% Alineado

Progreso del equipo

¡Buen trabajo! ¡Ya terminaste!

100% ¡Has revisado todos los artículos!

0 Artículos que quedan por mostrar

Ir a la pantalla

Excluidos : 2965 Tal vez : 0 Incluido : 5

Gula rápida 4/5

Anexo 3: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2020).

Autor del estudio: - Bilsev Demir a - Serdar Saritas		Título del estudio: Effect of hand massage on pain and anxiety in patients after liver transplantation: A randomised controlled trial	Año de estudio: 2020			
Validez interna		Opción - Comentarios/Justificación	Sí	No	No claro	N / A
Sesgo relacionado con la selección y asignación						
1	¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?		☒	☐	☐	☐
2	¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?		☐	☐	☒	☐
3	¿Eran similares los grupos de tratamiento al inicio del estudio?		☒	☐	☐	☐

		Sí	No	No claro	N / A
13	¿Fue apropiado el diseño del ensayo y se tuvieron en cuenta las desviaciones del diseño estándar de los ensayos clínicos aleatorizados (aleatorización individual, grupos paralelos) en la realización y el análisis del ensayo?	☒	☐	☐	☐
Evaluación general: Incluir: ☒ Excluir: ☐ Para obtener más información: ☐					
Comentarios: El estudio va acorde con la pregunta de investigación con un resultado de moderado-alto, puede presentar algunas limitaciones con el cegamiento.					

Tabla 3 – Herramienta de evaluación crítica de JBI para ensayos clínicos aleatorizados

Anexo 4: Evaluación crítica JBI del estudio de Demir et al. (2021).

Autor del estudio: • Bilsev Demir. • Gürkan Kapıkıran- • Meral Özkan		Título del estudio: Effect of Music on Fatigue, Comfort, and Vital Signs in Patients After Liver Transplant Surgery A Randomized Controlled Trial	Año de estudio: 2021			
---	--	--	-----------------------------	--	--	--

Validez interna		Opción - Comentarios/Justificación	Sí	No	No claro	N / A
Sesgo relacionado con la selección y asignación						
1	¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?		☒	☐	☐	☐
2	¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?		☐	☐	☒	☐
3	¿Eran similares los grupos de tratamiento al inicio del estudio?	Sin diferencias significativas en los participantes	☒	☐	☐	☐

		Sí	No	No claro	N / A
13	¿Fue apropiado el diseño del ensayo y se tuvieron en cuenta las desviaciones del diseño estándar de los ensayos clínicos aleatorizados (aleatorización individual, grupos paralelos) en la realización y el análisis del ensayo?	☒	☐	☐	☐

Evaluación general: Incluir: ☒ Excluir: ☐ Para obtener más información: ☐

Comentarios: Responde la pregunta de investigación, aporta evidencia para la práctica clínica

Tabla 3 – Herramienta de evaluación crítica de JBI para ensayos clínicos aleatorizados

Anexo 5: Evaluación crítica JBI del estudio de Xi et al. (2025)

Autor del estudio: • Shuang-Mei Xi • Yan-Mei Gu* • Hui-Min Guo • Xin Liu • Yu-Lin Zheng • Guang-Ming Li • Li-Li Zhang	Título del estudio: Effect of a Nursing Program on Anxiety, Depression, and Insomnia in Patients After Liver Transplantation: A Randomized Controlled Trial	Año de estudio: 2024
--	---	--------------------------------

Validez interna	Opción - Comentarios/Justificación	Sí	No	No claro	N / A
Sesgo relacionado con la selección y asignación					
1	¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?	☒	☐	☐	☐
2	¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	☐	☐	☒	☐
3	¿Eran similares los grupos de tratamiento al inicio del estudio?	☒	☐	☐	☐

		Sí	No	No claro	N / A
13	¿Fue apropiado el diseño del ensayo y se tuvieron en cuenta las desviaciones del diseño estándar de los ensayos clínicos aleatorizados (aleatorización individual, grupos paralelos) en la realización y el análisis del ensayo?	☒	☐	☐	☐

Evaluación general: Incluir:☒ Excluir:☐ Para obtener más información:☐

Comentarios: El estudio presenta aleatorización adecuada, grupos comparables, seguimiento completo, análisis estadístico correcto, instrumentos válidos y confiables

Tabla 3 – Herramienta de evaluación crítica de JBI para ensayos clínicos aleatorizados

Anexo 6: Evaluación crítica JBI del estudio de Hu et al. (2023).

Autor del estudio: • Shimin Hu. • Chunyu Yuan. • Qingzhu Lu. • Xiaoyong Yan. • Yan Huang. • Minzhu Chen. • Yong Liu. • Zhouke Tanand. • Mingtao Quan.		Título del estudio: Effects of a Nursing Intervention Based on a Solution-Focused Approach on Renal Transplant Recipients Anxiety, Depression, and Quality of Life	Año de estudio: 2023			
--	--	--	-----------------------------	--	--	--

Validez interna		Opción - Comentarios/Justificación	Sí	No	No claro	N / A
Sesgo relacionado con la selección y asignación						
1	¿Se utilizó una verdadera aleatorización para la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento?		☒	☐	☐	☐
2	¿Se ocultó la asignación a los grupos de tratamiento?	Se pusieron los numeros en sobres opacos por una enfermera independiente	☒	☐	☐	☐
3	¿Eran similares los grupos de tratamiento al inicio del estudio?	Sin diferencias significativas dentro de los participantes	☒	☐	☐	☐

		Sí	No	No claro	N / A
13	¿Fue apropiado el diseño del ensayo y se tuvieron en cuenta las desviaciones del diseño estándar de los ensayos clínicos aleatorizados (aleatorización individual, grupos paralelos) en la realización y el análisis del ensayo?	☒	☐	☐	☐

Evaluación general: Incluir: ☒ Excluir: ☐ Para obtener más información: ☐

Comentarios:

Tabla 3 – Herramienta de evaluación crítica de JBI para ensayos clínicos aleatorizados

Anexo 7: Evaluación crítica JBI del estudio de Wang et al. (2025).

Autor del estudio: • Yan Wang. • Ping Ding • Qiaolan Yang • Min Xia2 • Na Li2 • Lihua Zhou1		Título del estudio: Effect of nursing procedure-oriented comprehensive nursing on negative emotion and self-care ability of renal transplant recipients after operation.	Año de estudio: 2025			
Validez interna		Opción - Comentarios/Justificación	Sí	No	No claro	N / A
Sesgo relacionado con la precedencia temporal						
1	¿Queda claro en el estudio cuál es la "causa" y cuál es el "efecto" (es decir, no hay confusión sobre qué variable aparece primero)?		☒	☐	☐	☐
Sesgo relacionado con la selección y asignación						
2	¿Había un grupo de control?	Grupo de control con cuidados de enfermería habituales	☒	☐	☐	☐

Evaluación general: Incluir: ☒ Excluir: ☐ Para obtener más información: ☐
Comentarios: Se realiza una intervención estructurada, se utilizaron herramientas validadas
Lista de verificación de JBI para estudios cuasiexperimentales - 10

Anexo 8: Cronograma.

CRONOGRAMA			
ACTIVIDAD	MES INICIAL	MES FINAL	DURACIÓN EN MESES
Desarrollo de propuesta investigativa	Sep 2024	Jun 2025	8 meses
Ajuste metodológico	Ago 2025	Dic 2025	5 meses
Revisión de bases de datos	Abr 2026	May 2026	2 meses
Selección de estudios	Jun 2026	Jun 2026	1 mes
Organización de datos	Jul 2026	Jul 2026	1 mes
Redacción de resultados y discusión	Jul 2026	Jul 2026	1 mes
Conclusiones y recomendaciones	Ago 2026	Ago 2026	1 mes
Revisión, corrección y entrega final	Ago 2026	Ago 2026	1 mes
Total	20 Meses		

Anexo 9: Presupuesto

PRESUPUESTO ESTIMADO				
RUBROS	FINANCIADO	CONTRAPARTIDA		TOTAL AÑO
		EN ESPECIE	DINERO	
Persona- Servicios tecnicos de persona		\$7000000		\$7000000
Equipos – Software		\$3000000		\$3000000
Gastos de viaje		\$1500000		\$1500000
Materiales – Suministros y servicios técnicos		\$2000000		\$2000000
Material bibliográfico		\$1000000		\$1000000
Publicaciones y patentes		\$0		\$0
TOTAL		\$14500000		\$14500000