

DOI: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.768-778

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1321>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 768-778



Actualización en terapias y cuidados en el manejo del dolor

Update on therapies and care in pain management

Atualização sobre terapias e cuidados no tratamento da dor

José Daniel Andrade Llerena¹; Evelin Lissette Alcívar López²; Sasha Yamiledt Ruiz Sanchez³

RECIBIDO: 10/12/2023 **ACEPTADO:** 15/01/2024 **PUBLICADO:** 03/04/2024

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; j.andrade-96@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-0396-7051>
2. Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional con Mención en Salud Ocupacional; Medicina Cirujana; Hospital Verdi Cevallos Balda; Portoviejo, Ecuador; evelina06@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-3124-7313>
3. Licenciada en Enfermería; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; ruizsasha020@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-1630-9811>

CORRESPONDENCIA

José Daniel Andrade Llerena

j.andrade-96@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

El proceso de actualización en terapias y cuidados para el manejo del dolor implica una revisión continua de nuevas técnicas y enfoques terapéuticos emergentes. Esto abarca desde avances en farmacología del dolor hasta innovaciones en terapias no farmacológicas, como la neuroestimulación y la medicina mente-cuerpo. Esta evolución constante amplía las opciones disponibles y promueve una atención más holística y centrada en el paciente, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del dolor. La presente investigación se elaboró mediante una metodología de revisión bibliográfica que incluyó una exhaustiva búsqueda de literatura a través de bases de datos indexadas y repositorios académicos pertinentes, utilizando términos controlados y estrategias de búsqueda específicas. La selección de estudios se basó en criterios predefinidos de inclusión y exclusión, considerando la calidad metodológica mediante la aplicación de herramientas de evaluación. La inclusión de enfoques integradores, como la medicina mente-cuerpo y la medicina complementaria y alternativa, también está ganando terreno, reconociendo la importancia de considerar el bienestar emocional y psicosocial del paciente en el manejo del dolor. Esta evolución constante en el arsenal terapéutico no solo amplía las opciones disponibles, sino que también promueve una atención más holística y centrada en el paciente, abordando las complejas interacciones entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del dolor.

Palabras clave: Dolor, Virtual, Crónico, Técnicas, Manejo.

ABSTRACT

The process of updating therapies and care for pain management involves continuous review of emerging techniques and therapeutic approaches. This ranges from advances in pain pharmacology to innovations in non-pharmacological therapies, such as neurostimulation and mind-body medicine. This constant evolution expands the available options and promotes a more holistic and patient-centered approach, considering the biological, psychological, and social aspects of pain. The present research was conducted using a methodology of bibliographic review that included a comprehensive literature search through indexed databases and relevant academic repositories, using controlled terms and specific search strategies. The selection of studies was based on predefined criteria for inclusion and exclusion, considering methodological quality through the application of evaluation tools. The inclusion of integrative approaches, such as mind-body medicine and complementary and alternative medicine, is also gaining ground, recognizing the importance of considering the emotional and psychosocial well-being of the patient in pain management. This constant evolution in the therapeutic arsenal not only expands the available options but also promotes a more holistic and patient-centered approach, addressing the complex interactions among the biological, psychological, and social aspects of pain.

Keywords: Pain, Virtual, Chronic, Techniques, Management.

RESUMO

O processo de atualização das terapias e dos cuidados para o tratamento da dor envolve uma revisão contínua das técnicas e abordagens terapêuticas emergentes. Isto vai desde os avanços na farmacologia da dor até às inovações nas terapias não farmacológicas, como a neuroestimulação e a medicina mente-corpo. Essa constante evolução amplia as opções disponíveis e promove uma abordagem mais holística e centrada no paciente, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da dor. A presente investigação foi realizada através de uma metodologia de revisão bibliográfica que incluiu uma pesquisa exaustiva da literatura em bases de dados indexadas e repositórios acadêmicos relevantes, utilizando termos controlados e estratégias de pesquisa específicas. A seleção dos estudos baseou-se em critérios pré-definidos de inclusão e exclusão, considerando a qualidade metodológica através da aplicação de instrumentos de avaliação. A inclusão de abordagens integrativas, como a medicina mente-corpo e a medicina complementar e alternativa, também vem ganhando espaço, reconhecendo a importância de se considerar o bem-estar emocional e psicossocial do paciente no manejo da dor. Esta constante evolução do arsenal terapêutico não só alarga as opções disponíveis, como também promove uma abordagem mais holística e centrada no doente, abordando as complexas interações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da dor.

Palavras-chave: Dor, Virtual, Crônica, Técnicas, Gestão.

Introducción

En el mundo, existen procedimientos más empleados en el control del dolor posquirúrgico, siendo el tipo de dolor más frecuente, el agudo, que es padecido por casi el 20% de los usuarios tras las 24 horas de haber sido sometido a cirugía y apareciendo como resultado de una lesión tisular y que debe culminar durante el proceso curativo que dura aproximadamente tres meses; de lo contrario, se tipificará como crónico; el cual puede ser experimentado por alrededor del 10% de pacientes. Asimismo, se ha calculado que el 70% de los pacientes posquirúrgicos padecen de dolor moderado a severo; sin embargo, resaltar la relevancia de aplicar métodos estandarizados analgésicos (1).

Un mal o inadecuado manejo del dolor postoperatorio puede implicar resultados negativos, entre ellos mayor morbimortalidad, deterioro de recuperación y calidad de vida, prolongación de la estadía y reingreso hospitalario y eventualmente dolor postoperatorio crónico, con el consecuente incremento asociado de los costes en salud (2).

En el manejo del dolor se realiza una valoración exhaustiva y constante para poder guiar el tratamiento farmacológico y no farmacológico y así evaluar la respuesta. Se debe considerar la localización, la intensidad y los factores agravantes, así mismo los mecanismos del dolor y los cambios en la evolución, por otro lado el uso de las escalas para estratificar el dolor nos permite mejorar nuestra valoración y direccionar los cuidados (3). Dado este gran impacto, es que se han propuesto a lo largo de los años distintas intervenciones farmacológicas y anestésicas para la optimización del manejo del dolor agudo perioperatorio, que hasta el día de hoy siguen siendo un tema controversial. Dentro de los conceptos que se han propuesto se encuentra el de analgesia preventiva y el de analgesia multimodal. La analgesia preventiva se refiere a la administración de un tratamiento analgésico antes

de la incisión quirúrgica o lesión tisular, y de esta manera prevenir la sensibilización tanto periférica como central, atenuando o evitando la amplificación postoperatoria de la sensación de dolor. Este concepto ha sido tema de estudio y discusión desde inicios del siglo XX (2).

Metodología

La presente investigación se elaboró mediante una metodología de revisión bibliográfica que incluyó una exhaustiva búsqueda de literatura a través de bases de datos indexadas y repositorios académicos pertinentes, utilizando términos controlados y estrategias de búsqueda específicas. La selección de estudios se basó en criterios predefinidos de inclusión y exclusión, considerando la calidad metodológica mediante la aplicación de herramientas de evaluación como la escala de Jadad o la declaración CONSORT. Posteriormente, se realizó un análisis crítico de los resultados y conclusiones de los estudios incluidos, identificando posibles sesgos y limitaciones metodológicas. Finalmente, se sintetizaron los hallazgos para elaborar las conclusiones basadas en la evidencia, que puedan orientar la práctica clínica y la toma de decisiones en el abordaje del dolor.

Resultados

Dolor

Según la Asociación Internacional para el Estudio de Dolor (IASP), es la experiencia emocional y sensorial desagradable que se asocia a daño de un tejido, ya sea real o potencial, Es la alerta que ha permitido que los seres humanos reconozcan cuando algo funciona mal en el organismo y puedan buscar ayuda. No siempre se activan sistemas de alerta como respuesta al dolor y cuando este es percibido, cada individuo lo manifiesta de manera diferente, viéndose influenciado por factores como la edad, el sexo, estado emocional, entorno, entre otros (4).

Factores que influyen en el dolor

- **Los factores cognitivos.** Dentro de ellos tenemos las creencias, así como las actitudes emocionales y las espirituales.
- **Los factores afectivos.** Son los factores que se relacionan con las emociones del paciente.
- **Factores emocionales.** Tienen que ver con los cambios en el comportamiento del paciente (4).

Clasificación del dolor posquirúrgico según su intensidad

- **Leve.** La puntuación esta entre 1 a 4, interviene la piel o sensación cutánea.
- **Moderados.** Si las puntuaciones son de 5 a 7, los niveles, involucran la epidermis y los tejidos celulares subcutáneos.

- **Severos.** Si las puntuaciones son de 8 a 10, se van a comprometer los músculos, la articulación, el hueso y demás tejidos como el tendón, los tejidos conectivos, etc (5).

Clasificación del dolor posquirúrgico según su duración

- **Dolor Agudo:** (DAP), dolor que aparece como efecto de toda intervención quirúrgica, cuya intensidad reduce durante un periodo máximo de 48 horas post cirugía.
- **Dolor Crónico:** (DCP), está mediado por una serie de factores pronósticos o predictivos, persiste a lo largo de períodos más allá del tiempo de cicatrización de la lesión, frecuentemente sin una causa claramente identificable (5).

Tabla 1. Escalas para la Valoración del Dolor

Tipo escala	Características	Interpretación
Escala analógica visual (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros	Sin dolor Máximo dolor
Escala numérica (EN)	Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado	0 = sin dolor 10 = máximo dolor
Escala categórica (EC)	Se utiliza si el paciente no es capaz de cuantificar los síntomas con las otras escalas; expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo. Se establece una asociación entre categorías y un equivalente numérico	0 (nada) 4 (poco) 6 (bastante) 10 (mucho)
ESAS	Evalúa el promedio de intensidad de diferentes síntomas en un periodo de tiempo determinado (24 horas, 48 horas, una semana) según la condición del enfermo (hospitalizado, ambulatorio).	0 nada/nulo 1-3 igual a leve, 4-6 igual a moderado 7-10 severa
KARNOSFKY	La escala o índice de Karnofsky es la forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer de realizar tareas rutinarias. Es un elemento predictor independiente de mortalidad, en patologías oncológicas y no oncológicas	Un Karnofsky de 50 o inferior indica elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes
ECOG	Forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente con cáncer, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días. La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o "performance status".	0 Asintomático, actividad normal 1 Sintomático, puede deambular 2 Encamado < 50 % día, asistencia mínima 3 Encamado > 50 % día, asistencia notable 4 Encamado todo el día, gravemente limitado 5 Fallecido
PAP SCORE	Permite clasificar a los pacientes en tres grupos según la probabilidad de supervivencia a 30 días. Este índice no es aplicable en enfermedades hematológicas.	Grupo A (0 - 5,5 puntos) más 70% prob. Grupo B (5,6 - 11,1 pts.) 30-70% de probabilidades Grupo C (11,1 - 17,5 puntos) menos del 30%
POS	Escala de evaluación multidimensional de la Calidad de Vida, aplicada en personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas que amenazan la vida - en Cuidados paliativos.	0 No, ninguno. 1 Leves. 2 Moderados. 3 Graves. 4 Insoportables.
BARTHEL	Evalúa la situación funcional de la persona, se miden las abvd (Actividades básicas de la vida diaria). Es la más utilizada internacionalmente y es uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional de las personas.	Se puntúa cada actividad de 5 en 5. La puntuación máxima: 100, e indica independencia para los cuidados personales; pero no quiere decir que el paciente pueda vivir solo.
ICD - PAL	Herramienta diagnóstica de la complejidad en pacientes con enfermedad en fase avanzada y terminal, que comprende aquellas situaciones o elementos de complejidad susceptibles de ser identificados tras la valoración del paciente o entorno familiar.	-No Compleja - Compleja - Altamente Compleja

Fuente: Berenguel et al (6).



- **Escalas de valoración subjetiva:** unidimensional permiten valorar una experiencia dolorosa, son de uso sencillo y útil para todo ámbito, tales como; escala analógica visual que mide la intensidad del dolor de 0 a 10 expresada en centí-

metros, así también la escala numérica verbal (ENV) que evalúa la ausencia del dolor como 0, el límite máximo de dolor como 10 y la escala descriptiva que valora ausencia o negación de dolor, leve, moderado y fuerte dolor (7).

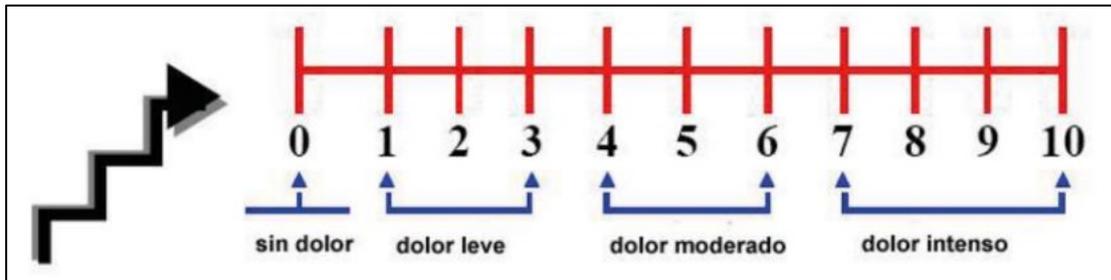


Figura 1. Escala numérica del dolor

Fuente: Esteban (8).

- Escalas de valoración objetiva-multidimensional son aquellas obtenidas a través de la observación expresadas en el paciente tales como; las expresiones faciales, tensión muscular, diaforesis, alteración de frecuencia cardiaca, tensión arterial, posturas, etc. En este sentido,

la escala más utilizada en el postoperatorio es la escala EVA, ENV en pacientes pediátricos y la escala de Andersen y la más adecuada a aplicarse tanto en adultos como niños, además de la escala Wong – Baker (7).

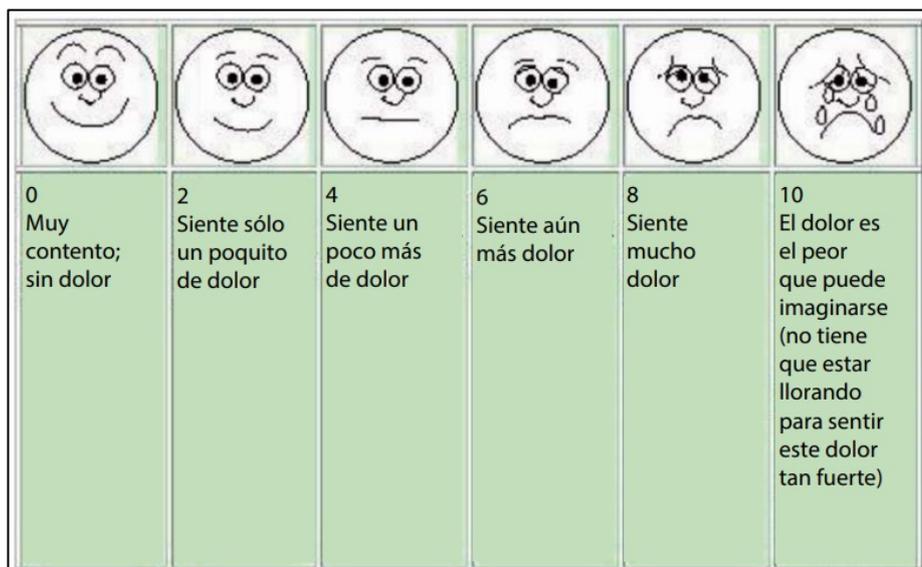


Figura 2. Escala análoga visual (EVA)

Fuente: Esteban (8).

Manejo farmacológico dolor

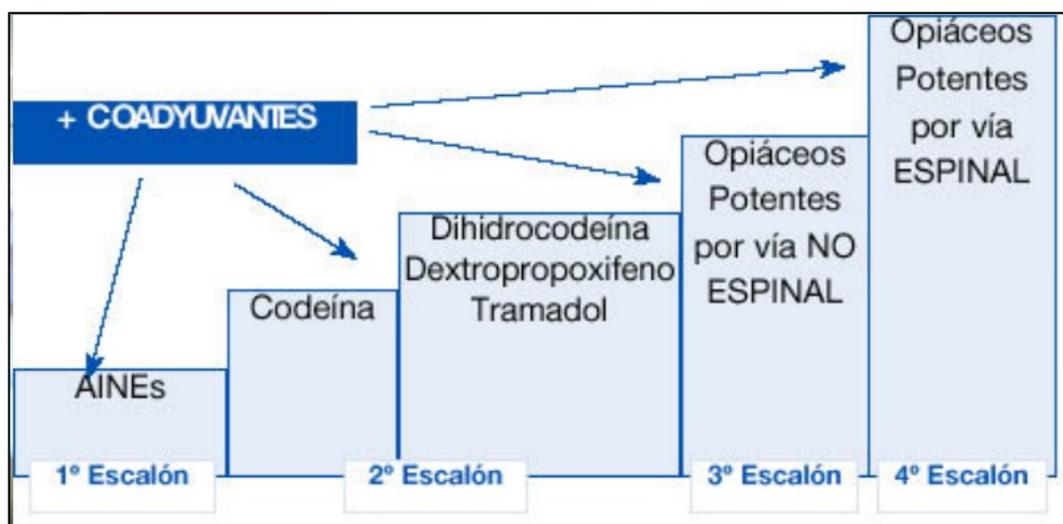


Figura 3. Escalera analgésica de la OMS

Fuente: González Escalada Castellón (9).

Las distintas modalidades de tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio disponibles incluyen analgésicos por vía intramuscular, subcutánea, intravenosa, oral, rectal y transdérmica, perfusión continua y administración controlada por el paciente de opioides y/o AINEs, y bolos intermitentes y/o perfusión continua de opioides intratecales.

A los métodos farmacológicos hay que añadir una serie de terapias alternativas:

- La estimulación eléctrica transcutánea o TENS.
- El bloqueo nervioso por congelación o crioanalgesia.
- Los métodos psicológicos (8).

Recomendaciones del dolor postoperatorio

El médico responsable del paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente. Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico, irruptivo, nocicep-

tivo, neuropático,...), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual, los costes para el paciente, la familia y el lugar donde se realizan los cuidados.

Aconsejar el uso del programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos y las modalidades de manejo del dolor menos invasivas:

- La vía oral es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- Tras una cirugía mayor suele elegirse la administración parenteral por vía intravenosa, ya sea en bolo o mediante infusión continua. Grado de recomendación = C.
- La vía intramuscular no es recomendable en adultos, es dolorosa y poco fiable. Grado de recomendación = B.
- Asegurarse de que se han prescrito vías alternativas de administración cuando no pueda hacerse a través de la vía oral,

teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como la vía más eficaz y menos invasiva. Grado de recomendación = C.

La Asociación Americana del Dolor (American Pain Society APS) ha publicado la nueva guía de práctica clínica basada en la evidencia, que incluye 32 recomendaciones relacionadas con el manejo del dolor postoperatorio en niños y adultos. Cada recomendación del panel se clasifica en “fuerte”, “moderada” o “débil” en función de la calidad de la evidencia científica encontrada. Así tenemos como “fuertes”:

- Uso de paracetamol y/o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como parte de la analgesia multimodal para el manejo del dolor postoperatorio en adultos y niños sin contraindicaciones.
- Consideración de técnicas de anestesia regional periférica específicas en adultos y niños basadas en pruebas que indiquen su eficacia.
- Ofrecer la analgesia neuroaxial para los principales procedimientos torácicos y abdominales, especialmente en pacientes con riesgo de complicaciones cardíacas o íleo prolongado (8).

Las recomendaciones “moderadas” incluyen las siguientes:

- Administración por vía oral de los opioides en los pacientes que pueden utilizar la vía oral.
- Evitar la vía intramuscular para la administración de analgésicos.
- Elegir la analgesia vía intravenosa (i.v.) controlada por el paciente cuando se necesite la vía parenteral.
- No usar la infusión basal de opiáceos por vía intravenosa controlada por el paciente en adultos naive a opioides.

- Considerar una dosis preoperatoria de celecoxib oral en adultos sin contraindicaciones.
- Considerar gabapentina o pregabalina como un componente de la analgesia multimodal.
- Uso de analgésicos tópicos locales en combinación con el bloqueo de nervios antes de la circuncisión.
- Evitar la analgesia intrapleurales con anestésicos locales para el control del dolor después de la cirugía torácica.
- Uso continuo de técnicas de analgesia regionales periféricas con anestésicos locales cuando es probable que la necesidad de analgesia supere la duración del efecto de una sola inyección.
- Evitar la administración neuroaxial de magnesio, benzodiazepinas, neostigmina, tramadol y ketamina (8).

A pesar de la evidencia de calidad “débil”, el panel recomienda:

- Proporcionar a los pacientes educación, incluyendo la información sobre las opciones de tratamiento.
- Llevar a cabo una evaluación preoperatoria, incluyendo la evaluación de las comorbilidades médicas y psiquiátricas, medicamentos concomitantes, historia de dolor crónico y abuso de sustancias.
- Ajustar el plan de manejo del dolor sobre la base de la adecuación del alivio del dolor y la presencia de eventos adversos.
- Utilizar una herramienta de evaluación del dolor validada para realizar un seguimiento de la respuesta a los tratamientos del dolor postoperatorio y ajustar los planes de tratamiento en consecuencia.
- Controlar adecuadamente la sedación, el estado respiratorio y otros eventos adversos en pacientes que reciben opioides sistémicos.

- Proporcionar un adecuado seguimiento de los pacientes que han recibido intervenciones neuroaxiales para la analgesia perioperatoria (8).

Manejo no farmacológico

• Aplicación de frío:

- Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor.
- El frío puede ser húmedo (compresas) ó seco (bolsa de hielo)
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación.
- En aplicaciones secas nunca se pone directamente sobre la piel (envolver en una toalla o sábana).
- Colocarlo durante 15-20 min. de forma discontinua cada 2 horas.
- Al terminar secar la piel con cuidado y por presión, nunca frotando.
- Registrar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción (Agrupación de cuidados. Necesidad: Seguridad. Manejo del dolor: Tratamiento no farmacológico del dolor) (10).

• Aplicación de calor

- Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares.
- El calor puede ser húmedo (compresas, baño de agua) o seco (botellas de agua caliente)
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación Colocarlo durante 15-20 min de forma discontinua cada 2 horas.
- Anotar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción (10).

• Cambios posturales

Los cambios posturales son necesarios en muchas ocasiones para conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor. Los movimientos pueden modificar la intensidad del dolor (Ej: peritonitis) en los que el paciente tiende a la inmovilidad. Algunas posturas como:

- Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
- Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático (10).

• Medidas ambientales confortables

Temperatura de la habitación confortable, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia (10).

• Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual

- Aliviar y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor (10).

- **Fisioterapia:** Disciplina indispensable en la recuperación física y emocional del paciente postoperado. El tratamiento fisioterapéutico supone además una ayuda fundamental para mitigar los efectos dolorosos propios de las intervenciones quirúrgicas, ya sea con la realización de ejercicios, movilizaciones suaves o técnicas de

masoterapia, así como tratamientos encaminados a disminuir y paliar el dolor (11).

- **Estimulación eléctrica transcutánea (TENS):** Se trata de una técnica no invasiva que emplea para su aplicación electrodos cutáneos, conectados con una unidad central que proporciona energía eléctrica regulable en intensidad y duración (11).
- **Acupuntura:** La acupuntura es un antiguo método de tratamiento. Consiste en la inserción de agujas en puntos específicos del organismo (11).

- **Terapias de manejo de energía:** Reiki: Se lleva a cabo por posicionamiento de las manos sobre diferentes áreas del cuerpo (11).
- **Musicoterapia:** En la actualidad, la musicoterapia se está empleando para reducir la ansiedad y el miedo en aquellas situaciones en las que el dolor es un síntoma importante como la cirugía (antes, durante y después de una intervención quirúrgica) (11).

Nuevas estrategias

Dolor neuropático

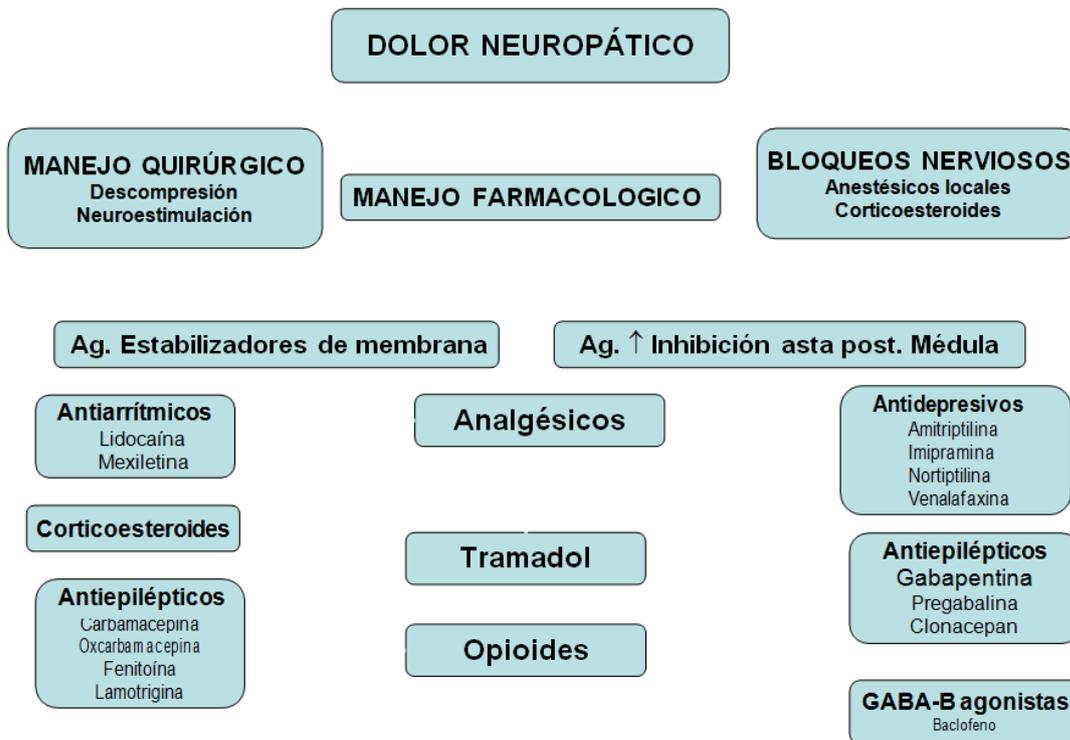


Figura 4. Manejo del dolor neuropático

Fuente: González Escalada Castellón (9).

Protocolo con Opioides Mayores

- Dolor severo-grave o no controlado con Tramadol.
- **Titulación inicial:** (opiáceos de liberación rápida)

- **Vía transdérmica:** titular con dosis bajas (cortar parche)
 - Indicación de la vía transdérmica:
 - Dificultad para la vía oral mecánica
 - Astenia Náusea y vómitos Polifarmacia oral

- Ansiedad (anticipatoria al dolor)
- Evaluar dolor basal en incidental
- Fármacos más activos (D.N.) oxicodona, buprenorfina
- Utilizar de rescate tramadol/opioide (ag. Mu)
- **En dolor continuo:** formas retardadas/transdérmica En dolor discontinuo: pausar según ritmo del dolor (9).

Realidad virtual

Pese a que la RV se desarrolló en un contexto lúdico, en las últimas décadas su aplicación se ha extendido a un área de uso clínico, especialmente en el manejo del dolor. Los hallazgos e innovaciones en esta área han permitido comprender mejor los procesos subyacentes a la experiencia dolorosa y el papel analgésico que puede jugar este tipo de estrategias. Se ha sugerido que la RV podría disminuir la atención sobre el estímulo doloroso, lo que a su vez podría tener un efecto sobre la interpretación emocional asociado al mismo, lo que podría disminuir su intensidad (12).

Respecto a la intensidad del dolor durante la cura de las quemaduras, esta intensidad fue medida mediante la Escala Visual Analógica (EVA). La mayoría de los estudios mostraron una menor intensidad del dolor en el grupo RV (GRV) respecto al grupo control (GC). Únicamente los estudios de Chan et al (2007); Kipping et al (2012) no mostraron diferencias significativas entre el GRV y el GC, aunque sí se observó una disminución en la intensidad del dolor en el GRV (12).

Otros estudios realizaron otro tipo de comparaciones: la investigación de Jeffs et al (2014) comparó tres grupos distintos, RV, cura habitual o distracción pasiva, obteniéndose una diferencia significativa en el GRV respecto al grupo placebo. Resultados similares se obtienen en el estudio de Maani et al (2011) en el cual se compararon dos grupos, uno con dolor mayor o igual a 7 en

una escala EVA y otro con un dolor menor a 7. Únicamente en el grupo de mayor dolor se observó una disminución significativa en la intensidad del dolor (12).

Conclusión

La actualización continua en terapias y cuidados para el manejo del dolor implica la exploración profunda y la incorporación activa de las últimas técnicas y enfoques terapéuticos emergentes. Esto podría abarcar avances significativos en la farmacología del dolor, como la introducción de medicamentos más específicos que actúen sobre los receptores del dolor de manera selectiva o la aplicación de terapias génicas y celulares para modular las vías del dolor. Además, se destacan las innovaciones en terapias no farmacológicas, como la neuroestimulación, la realidad virtual y la biofeedback, que ofrecen nuevas formas de abordar el dolor crónico refractario. La inclusión de enfoques integradores, como la medicina mente-cuerpo y la medicina complementaria y alternativa, también está ganando terreno, reconociendo la importancia de considerar el bienestar emocional y psicosocial del paciente en el manejo del dolor. Esta evolución constante en el arsenal terapéutico no solo amplía las opciones disponibles, sino que también promueve una atención más holística y centrada en el paciente, abordando las complejas interacciones entre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del dolor.

Bibliografía

- Gallegos Romani FDM. Manejo del dolor del paciente post quirúrgico y la satisfacción en la atención del enfermero en los servicios de especialidades quirúrgicas del Hospital Nacional Hipólito Unzué, 2023 [Internet]. Universidad Noberth Wiener; 2023. Available from: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8856/T061_42940790_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sepúlveda Schuler T, Contreras-Domínguez V, Carbonell-Bellolio P. Actualización en analgesia preventiva y analgesia multimodal. *Rev El Dolor*. 2023;(76):24-8.

Coila Apaza LM, Acosta Cárdenas S. Efectividad de las intervenciones mixtas para el manejo del dolor en pacientes adultos quemados en la unidad de emergencia [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2020. Available from: https://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3803/T061_40989903_44164022_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tone Mamani SY. Manejo del dolor por el profesional de enfermería en una unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2020 [Internet]. UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN; 2020. Available from: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/4303/Sujhey_Trabajo_Especialidad_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Callacna Sanchez GI. Manejo del dolor del paciente post quirúrgico y su Relación con la satisfacción en la atención del Enfermero en la unidad de traumatología y ortopedia del hass-Callao 2021 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2022. Available from: https://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/6189/T061_32981696_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berenguel M, Buendía D, Tejada P, Manrique M, Pérez L, Gil-Olivares F, et al. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Dolor en pacientes Oncológicos de una Red de Clínicas Privadas, Lima Perú. Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almazor Aguinaga Asenjo. 2022;15(1):118–25.

Jacobo Zapana YO. Manejo del dolor y su relación con el cuidado de enfermería en pacientes posquirúrgicos ginecológicos en un Hospital público, Arequipa 2023 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2023. Available from: https://repositorio.uwienner.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/8580/T061_44829190_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Esteban MÁC. 5. Dolor postoperatorio. Actualización enfermera. NPunto. 2021;4(35).

9. González Escalada Castellón JR. Actualización en el tratamiento del dolor [Internet]. Available from: [https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr. Gonzalez-Escalada.pdf](https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xxix-congreso-semi/Dr._Gonzalez-Escalada.pdf)

Ruiz García MV, Gómez Tomás A, Córcoles Jiménez MP, Herreros Sáez L, Segovia Gil MI, López Simón J, et al. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados [Internet]. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete; 2013. Available from: https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf

Nina Mamani CE. Conocimiento y aplicación del profesional de enfermería en la valoración y manejo del dolor agudo postoperatorio, Caja Bancaria Estatal de Salud, Gestión 2018 [Internet]. UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS; 2020. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/24255/TE-1610.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ivars Crespo M del M, Suso Martí L. Efectividad de la realidad virtual inmersiva en el manejo del dolor del paciente quemado: una revisión sistemática. J MOVE Ther Sci [Internet]. 2020 Dec 28;2(2). Available from: <http://www.jomts.com/index.php/MOVE/article/view/29>



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

CITAR ESTE ARTICULO:

Andrade Llerena, J. D., Alcívar López, E. L., & Ruiz Sanchez, S. Y. (2024). Actualización en terapias y cuidados en el manejo del dolor. RECIAMUC, 8(1), 768-778. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(1\).ene.2024.768-778](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.768-778)