



DOLOR

Dr. Jorge Alberto Costa
Dra. Silvia Rodríguez Cuimbra

Puede ser definido como una sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial

La percepción del dolor puede acompañarse, y por lo general lo hace, de un estado emocional, de manera que la experiencia global del dolor suele ser de carácter complejo.

Hay varias clases de energía capaces de provocar dolor :

Mecánica

Eléctrica

Extremos de calor y frío

Gran variedad de estímulos químicos

En consecuencia las terminaciones algógenas no están especializadas para reaccionar a un solo tipo de energía sino que reacciona a estímulos extremos de toda clase de estimulación: Al aumentar el calor, primero se estimulan los receptores para el calor, y al llegar a los 45 °C comienzan a estimularse las terminaciones dolorosas, con lesiones histológicas de la piel y liberación de sustancias de la índole de la histamina.

*Hay reconocimiento del dolor a nivel talámico (**dolor talámico**), pero se necesita la corteza cerebral para diferenciar sitios de origen, calidad y grados.*

El dolor es índice de lesión tisular, pero no nos indica la gravedad del daño

DOLOR AGUDO Y CRÓNICO:

En cualquier localización que se considere el dolor puede ser agudo o crónico

El primero es de aparición reciente y abrupta con tendencia a alcanzar pronto su máxima intensidad; suele comportarse como una señal de alarma protectora

El segundo se origina en circunstancias no precisas más o menos cercanas o como resabio de un dolor agudo previo, puede tener oscilaciones y no alcanza los niveles de intensidad del anterior. Suele ser el componente de un cuadro más complejo que configura una enfermedad determinada. Suelen despertar temores y ansiedad y depresión en un trasfondo de sufrimiento prolongado

DOLOR SUPERFICIAL Y DOLOR PROFUNDO



A- el superficial se localiza en piel y estructuras inmediatas

Habitualmente provocado por noxas físicas o mecánicas como calor, frío, cortaduras, erosiones, etc..

*Ocurre también en enfermedades dérmicas con compromiso neurológico como el herpes zoster. También en enfermedades neurológicas en las cuales se produce una disminución del umbral del dolor existiendo entonces **Hiperalgnesia** que es un estado en el cual estímulos por lo general no nocivos producen un dolor más intenso*

que el habitualmente causado.

Se han descrito dos clases de dolor superficial:

Punzante agudo, intenso, de corta duración, es muy bien localizado, se produce exactamente sobre el sitio de la agresión y es de utilidad en las reacciones de defensa.

Urente es más difuso y es continuación del anterior

B- profundo:

*A su vez puede ser **Somático** y **Visceral***



Somático

Cuando se origina en articulaciones, músculos, etc. Puede ser localizado o difuso, impreciso. Con tendencia a prolongarse.

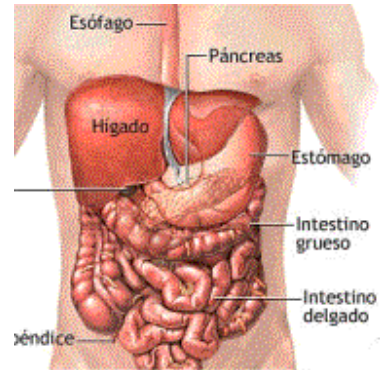
Este tipo de dolor en general inhabilita para la actividad corporal normal y los movimientos adquieren características anormales.

Visceral:

Procede de órganos internos inflamados, edematosos, congestivos, los que en esas condiciones se vuelven muy sensibles a estímulos tales como tracción, isquemia, distensión, etc.

Muy frecuentemente se acompaña de reacciones neurovegetativas (sudoración,

palidez, náuseas, p. ej)



En ocasiones tiene características bien definidas que orientan de inmediato a su origen (cólico renal, vesicular por ej.) otras veces carece de cualidades definidas y hace difícil el diagnóstico.

El dolor visceral frecuentemente es referido que es aquel que se experimenta en un sitio distinto del estimulado, alejado del mismo, con el que está relacionado metaméricamente. El dolor referido puede o no acompañarse de hiperalgesia e hiperestesia cutánea de la zona a la que se refiere el dolor.

Por ejemplo

El dolor de hombro debido a un proceso diafragmático

El dolor retroesternal en el caso de cardiopatía isquémica



Dolor orgánico y dolor psicógeno

El dolor orgánico incluye a los que acabamos de describir, los que obedecen a una causa, que tienen un origen y que pueden ser incorporados al cuadro clínico general de paciente.

Por el contrario el dolor psicógeno no es posible encontrar una causa y en cambio pueden observarse alteraciones en la personalidad del enfermo

Debemos aceptar que en la percepción del dolor orgánico existe un componente psicógeno.

Psicología del dolor:



El carácter y la intensidad del estímulo nocivo pueden ser semejantes pero la reacción al mismo (sufrimiento) difiere de un sujeto a otro y aún en el mismo sujeto en distintas circunstancias.

Así adquieren importancia

- el estado de conciencia,
- adiestramiento (por educación, raza o ambiente),
- experiencias previas (odontalgias p. ej),
- conocimiento y comprensión (pueden atenuar o aumentar el grado de sufrimiento según las circunstancias)
- Ansiedad, tensión y temor (el paciente en el sillón)

- odontológico, la atención puesta en una punción venosa)
- Sugestión
- Estados mentales religiosos, etc.

SEMILOGIA DEL DOLOR

Debe investigarse (indagarse)

- Antigüedad
- Continuidad o periodicidad
- Frecuencia
- Localización e irradiación
- Carácter
- Intensidad
- Iniciación
- Circunstancias de aparición
- Evolución
- Factores que lo modifican
- Síntomas concomitantes

Antigüedad:

Dependiendo del tiempo que hace que lo padezca podremos orientarnos acerca de su importancia y gravedad

Continuidad o periodicidad

Existen dolores que presentan una periodicidad temporal, por el de la úlcera gastroduodenal



Frecuencia:

se interrogará en lo referente a si ya lo experimentó muchas veces y en cuanto tiempo o si es la primera vez

Localización y propagación

Debe precisarse con la mayor exactitud posible donde se ubica el dolor, dónde comenzó, si permanece en el mismo lugar o si por el contrario fue irradiándose, propagándose. Por ej. el dolor del cólico renal que se inicia en fosa lumbar, y que luego se propaga hacia la región anterior y lateral del abdomen, para luego ir hacia ingle y genitales

El dolor anginoso que iniciado en región precordial puede propagarse o irradiarse a hombros (especialmente el izquierdo)

Carácter

Se refiere a las características intrínsecas del mismo, a cómo es, desde este punto de vista puede ser:

Opresivo, constrictivo: Como si alguien apretara (angina de pecho)

Cólico: con exacerbaciones, es característico de vísceras huecas

Punzante: sensación de puñalada Dolor pleurítico (puntada de costado)

Quemante o urente: sensación de ardor que quema (herpes zoster)

Gravativo: Sensación de pesadez (derrame pleural)

Pulsátil: Es rítmico, asociado al pulso, algunas cefaleas, abscesos

Lancinante, el de la neuralgia (p. ej. trigémino)

Terebrante: como si se taladrara (odontalgia)

Sordo, no muy intenso, continuo (algún período de alguna neoplasia)

etc...

Intensidad

Se refiere a la magnitud del dolor, Se solicita al paciente que lo refiera en una escala de 10 puntos, donde 10 es el máximo de intensidad.

Los factores psicológicos comentados tienen importante influencia en este sentido

Inicio

Cuándo comenzó y cómo se inició, lo hizo progresivamente, fue intenso desde el comienzo

Circunstancias de aparición

Estaba en reposo, en actividad física, antes o después de la ingesta de alimentos, sin relación con la ingesta, frente a un estado de stress, etc...

Evolución:

Se mantuvo inalterable ¿, después de alcanzar un máximo, disminuyó ¿aumentó?, disminuyó y luego aumentó, etc. Posibles relaciones de estas variaciones con posiciones, actividad,

Factores que lo modifican:

Está relacionado con la evolución, las modificaciones se relacionan con posiciones (posiciones antálgicas)?, con la ingesta de alimentos?, de medicamentos?, después de cuanto tiempo?, con el vómito?, con la evacuación intestinal?,... ..

Síntomas concomitantes:

Palidez, sudoración, vómitos, etc. Pueden estar relacionados con la causa del dolor o ser provocados por el dolor mismo