



Viviana Edith Rojas Torres

Fisiopatología

Cuadro sinoptico

2° semestre

DOLOR

Es

experiencia sensitiva y emocional molesta relacionada con daño real o potencial a los tejidos

incluye estructuras anatómicas y conductas fisiológicas, así como factores psicológicos, sociales, culturales y conductuales y no respeta edades

Tiene un origen:
nociceptivo
neuropático

Comprende receptores de dolor (nociceptores) son terminaciones nerviosas libres, se activan en respuesta a una lesión real o inminente de tejidos

surge de la lesión directa o disfunción de los axones sensitivos de los nervios periféricos o centrales y presenta síntomas como: hiperalgesia, analgesia y alodinia

Considerado como un dolor agudo que es resultado de lesiones, operaciones o procedimientos médicos que implican penetración corporal. También puede ser un síntoma de presentación de algunas infecciones (otitis)

Considerado como un dolor crónico que puede ser síntoma de una amplia variedad de problemas de salud (artritis, lesión dorsal y cáncer)

Teorías del dolor

- La especificidad
- Del patrón
- Del control de puertas
- De la neuro matriz

considera al dolor como una modalidad sensitiva independiente evocada por la actividad de receptores específicos que transmiten información a los centros o regiones del dolor en el prosencéfalo en donde se experimenta el dolor

Propone que los receptores del dolor comparten terminaciones o vías con otras modalidades sensitivas pero que se pueden utilizar diferentes patrones de actividad (espacial o temporal)

postuló la presencia de mecanismos de compuerta neurales a nivel de la médula espinal segmentaria para explicar las interacciones entre el dolor y otras modalidades sensitivas

es particularmente útil para comprender el dolor crónico y el dolor del miembro fantasma

propone que el cerebro contiene una red neural ampliamente distribuida, llamada la neuro matriz corporal

predice una lesión aguda específica. Sin embargo, esta teoría no comprende los sentimientos de la persona con respecto a cómo sintió, o cómo manejó o experimentó el dolor en el pasado

Es decir, una red de transmisión a nivel de la médula espinal o células de proyección y neuronas internunciales que inhiben a las células de transmisión, de manera que se forma un mecanismo de compuerta a nivel segmentario que podría bloquear la proyección de la información dolorosa hacia el cerebro.

conduce al patrón de neuro distinción que evoca las dimensiones sensitivas, afectivas y cognitivas de la experiencia, y conducta dolorosa

Compuestas:

Mecanismos y vías del dolor

- Neuronas de primero orden
- Neuronas de segunda orden
- Neuronas tercer orden
- Receptores y mediadores del dolor
- Estimulación de nociceptores
- Mediadores en la médula espinal

Detectan estímulos que amenazan la integridad de los tejidos inervados

Están localizadas en la medula espinal y procesan información nociceptiva

Proyectan información dolorosa al cerebro

Terminaciones nerviosas libres (piel)

Trasmitido por fibras mielínicas (dolor onda rápida) y fibras C (dolor onda lenta persistente)

mecánicos, térmicos y químicos

químicos surgen de varias fuentes, incluido traumatismo tisular, isquemia e inflamación (histamina)

mediada por neurotransmisores químicos

glutamato (neurotransmisor excitatorio) sustancia P (asta p. liberada por fibras C) sustancia E (despierta excitadores lentos, asta dorsal)

Bibliografía

Porth, S. G. (2014). *Fisiopatología* . Barcelona: Wolters Kluwer Health.