



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

Resumen(Unidad 1) (Semiología del dolor)

Propedéutica, Semiología y Diagnostico Clínico.

Dra. Angelita Yessenia Gómez Gallardo

Erick José Villatoro Verdugo

Cuarto semestre, grupo A, Turno matutino.

Viernes 04 de Septiembre del 2020.

Neurología del Dolor

¿Cómo percibimos el dolor?

El dolor es una experiencia sensorial y emocional, la cual es desagradable y se encuentra asociada a una lesión tisular potenciada.

Para que pueda propagarse su percepción, es fundamental saber que existen receptores específicos como lo son Mecanoreceptores, que se estimulan por la presión en la piel; Termorreceptores, que se estimulan por temperaturas extremas; Polimodales, que responden a distintas estimulaciones (nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos).

Para que el proceso se complemente es necesario la actuación y la sensibilización periférica, donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en un impulso eléctrico. La fibra nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción el cual es conducido hasta la 1^{da} neurona (que se encuentra en el Asta dorsal de la médula).

Tipos de dolor según su:

● Duración:

Agudo → Se limita en tiempo, escaso componente psicológico.

Crónico → Ilimitado en su duración, se acompaña de componentes psicológicos.

● Patogenia:

Neuropático → Estímulo producido directamente al SNC o por lesión de vías nerviosas periféricas.

Nociceptivo → (Es el más frecuente.) Se divide en somático y visceral.

Psicosgeno → Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo.

● Localización:

Somático → Se produce por la percepción anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos.

Visceral → Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales.

● Curso:

Continuo → Persistente a lo largo del día y no desaparece.

Irregular → Exacerbación transitoria del dolor, en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable.

● Intensidad:

Leve → Puede realizar actividades habituales.

Moderado → Interfiere con actividades habituales precisa tratamiento con opioides med.

Severo → Interfiere con el descanso y es necesario prescribir opioides mayores.

● Farmacología:

Responde bien a los opioides → Dolores viscerales y somáticos.

Parcialmente sensible a los opioides → dolor óseo y dolor por compresión de nervios periféricos.

Escasamente sensible a opiáceos → dolor por espasmo de la musculatura estriada.

¿Qué preguntas debemos de retomar?

- Alcance:
 - ¿Hace cuánto comenzó con su dolor?
 - ¿Recuerda la fecha exacta y su hora aproximada?
- Continuidad o periodicidad:
 - ¿Cada cuánto le dan sensaciones dolorosas?
 - ¿Tienen un ritmo o aparecen discontinuamente?
- Frecuencia:
 - ¿Había experimentado antes algo así?
 - ¿Hace cuánto fue el último dolor similar?
- Localización y propagación:
 - ¿Podría señalarle con su dedo, el lugar exacto?
 - ¿En dónde le comenzó?
 - ¿En dónde terminó? (En caso de haber irradiación)
 - ¿Ha sentido cambios en la manifestación?
 - ¿Le duele alguna otra parte del cuerpo?
- Carácter:
 - ¿Cómo siente que es el dolor?
 - (Se le mencionan los siguientes caracteres:
 - Opresivo: Como si le apretaran
 - Cólico: Como que aparece y desaparece
 - Punzante: Como si le apuncharan con algo
 - Quemante o Oricante: Como si le quemara
 - Gravativo: Como si le pesara algo
 - Pulsátil: Como si tuviera ritmo
 - Candicante: Como si se le desgarrara algo
 - Tercibante: Como si taladrara
 - Sordo: No es muy intenso, pero es continuo.

• Intensidad:

• Podría decirme en una escala del 1 al 10; donde 1 es el dolor mínimo que ha sentido en su vida y 10 el máximo. (En donde se considera ahora? Cabe destacar que tienen importante influencia los factores psicológicos.)

• Inicio:

- ¿Cuándo comenzó el dolor?
- ¿Recuerdo como inicio?
- ¿Fue repentino o progresivo?
- ¿Fue intenso desde el comienzo o aumento?

• Circunstancias de aparición:

- ¿Qué estaba haciendo cuando inició?
- ¿Estaba en reposo o había actividades físicas?
- ¿Fue antes o después de su comida?
- ¿Ha presentado cuadros de stress?

• Evolución:

- ¿Sintió en algún momento que disminuyó?
- ¿Sintió en algún momento que aumentó?
- ¿Siente mejoría con alguna posición en específico?

• Síntomas concomitantes:

- ¿Presenta algún otro dolor en el cuerpo?
- ¿Ha presentado vómitos?
- ¿Ha presentado cuadros diarréicos?
- ¿Ha presentado sudoración excesiva?

Nota: Existe otro tipo de clasificación del dolor:

Orgánico: Obedece una causa, tiene un origen y puede ser incorporado al cuadro clínico general.
Psicógeno: No es posible encontrar una causa y en cambio pueden observarse alteraciones en la personalidad del enfermo (PSICOLOGÍA)

Escalas unidimensionales:

Numerica → Valora el dolor mediante números que van de menor a mayor en relación a la intensidad del dolor (0 a 10) 0 = ausencia del dolor, 10 = máximo dolor sentido.

Descripciones simples → Expresa el paciente, su dolor mediante una escala convencional, Valora la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable:

(Ninguno, ligero, moderado, severo, insoportable.)

Escala visual analgésica → (Más utilizada) Consiste en una línea de 10 cm, a extremos se señalan mínimo y máximo y el paciente marca su situación.

Escalas multidimensionales:

Cuestionario de McGill-Melzack → Se le presenta al paciente una serie de palabras agrupadas que describen las 2 dimensiones que integran la experiencia dolorosa: sensorial y afectiva.

Cuestionario de Wisconsin → Autoadministrable, fácil y breve, mide los antecedentes del dolor, la intensidad y las interferencias en el estado de ánimo y en la capacidad funcional.

Test de Latimer → Es mucho más fácil de comprender y de elaborar así como de aplicar, tiene en cuenta la incapacidad que produce el dolor, intensidad e interferencia analgésica que se debe tomar.

Principales Síndromes dolorosos

- 1) Dolor osteo-articular
- 2) Dolor neuropático
- 3) Dolor vascular

"Escala analgésica de la OMS"

El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y opioides, según la escala analgésica de la OMS. Obteniendo resultados hasta en un 80% de todos los casos. Las normas para su uso son las siguientes:

- 1) Cuantificación de la intensidad del dolor
- 2) La subida de escalón depende del escalón anterior (Fallido.)
En el primer escalón se prescriben sus fármacos analgésicos y si no mejora se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primero, más coadyuvantes si es necesario. Si no mejora, se inician opioides potentes, combinados con los del primer escalón.
- 3) Si hay fallo en un escalón, el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia.
- 4) Si el 2º escalón no es eficaz, no demorar la subida al 3º escalón.
- 5) La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube al otro escalón.
- 6) No mezclar los opioides débiles con los más potentes.
- 7) Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

Escala analgésica OMS (Diagrama)

