



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina
Humana



SEMESTRE:

4º A

MATERIA:

PROPEDÉUTICA, SEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO FÍSICO.

CLAVE:

1.

DOCENTE:

DRA. ANGELITA YESENIA GÓMEZ.

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 04 DE SEPTIEMBRE DEL 2020.

Analisis Semiologia del dolor

Desde mi punto de vista el dolor es como una expresion de un malestar fisico o mental ya sea por una causa externa o interna.

El dolor es una de las fuentes de la que mayor informacion podemos obtener. Asi tambien lo que nos orienta al oriente del dolor en general es la ubicacion irradiacion.

Cuando hablamos de la intensidad del dolor es otro parametro subjetiva difícil de objetivar.

El dolor como interaccion de mecanismos internos e externos al paciente, es una experiencia individual el dolor es debe ser postoperatorio y tratado adecuadamente.

Los analgesicos ya sea naturales, sintéticos, o semisintéticos, actúan através de receptores específicos del SNC son muy utiles en el tratamiento de dolor agudo.

Es muy importante que como medio seamos la semiologia del dolor ya que en un futuro es lo que pondremos en practica.

Dolor

El dolor es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en terminos de tal daño.

El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele. El dolor esta asociado a daño tisular pero evita decir claramente que el dolor es producido por el mismo.

Anatomia y fisiologia elementales del dolor =

Receptores nerviosos o receptores nociceptivos, terminaciones libres de fibra nerviosa localizadas en tejido cutaneo.

Existen tres tipos =

- Mecanorreceptores = Estimulados por presión de la piel.
- Termorreceptores = Estimulados por temperaturas extremas.
- Receptores polimodales = Responden indistintamente a estímulos nociceptivos, mecanicos, termicos y quimicos.

El proceso de dolor se inicia con la activación y sensibilidad periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico.

Dolor agudo y dolor cronico =

Se considera dolor agudo la consecuencia sensorial inmediata de la activación de sistemas nociceptivos, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo.

Dolor crónico es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que lo origina y que permanece una vez dicha lesión desaparece.

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.

Tipos de dolor =

Según su duración =

> Agudo = limitado en el tiempo, en escasas ocasiones psicológica ejemplo la perforación de vísceras huecas, el dolor neuropático y dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

> Crónico = Ilimitado en su duración se acompaña de componentes psicológicos.

Según su patogenia =

> Neuropático = Esta producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por sección de vías nerviosas periféricas.

> Nociceptivo = Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral.

> Psicógeno = Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo

Según su localización =

> Somático = Se produce por la excitación anormal de receptores somáticos superficiales o profundos.

> Visceral = Se produce por la excitación anormal de receptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundos.

Según su curso =

> Continuo = Persistente a lo largo del día y no desaparece.

> Intermitente = Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo.

Según la intensidad =

> Leve = Puede realizar actividades habituales

> Moderado = Interfiere con las actividades habituales

> Severo = Interfiere con el descanso.

Según factores pronósticos de control del dolor.

> Dolor difícil (Cocapleso) = Es el que no responden a la estrategia analgésica habitual.

Según la farmacología =

> Responde bien los opiáceos = Dolores viscerales y somáticos.

> Parcialmente sensible a los opiáceos = Dolor espasmodico y el dolor por compresión de nervios periféricos.

> Es casi siempre sensible a opiáceos = Dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración - desinervación de nervios periféricos.

Escala analgésica de la OMS = El tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésico y co-analgésicos, según la escala analgésica de la OMS.

> Escalón I = Analgésicos no opiáceos + Coanalgésicos - AINE metamizol.

> Escalón II = Opiáceos débiles + coanalgésicos Escalón I - - - codina tramadol.

> Escalón III = Opiáceos potentes + coanalgésicos + Escalón I - - - morfina, oxiacodona, fentano.

> Escalón IV = Métodos invasivos + coanalgésicos

Dolor iatrogénico = El dolor oncológico causado por los tratamientos puede estar originado por la cirugía, la radioterapia y quimioterapia.

Para un correcto tratamiento del dolor, se debe identificar y evaluar los síndromes dolorosos más comunes en pacientes oncológicos. La formación adecuada capacita para realizar el tratamiento satisfactorio.

El dolor viene a complicar la situación ya de por sí complicada para muchos ancianos, se ha establecido asilo y dolor crónico y se sabe que el suicidio en una persona.

La valoración del dolor se basa en:

Historia clínica parmenizada =

- Patología que presenta
- Medicamentos que toma
- Anamnesis de síntomas
- Evaluación geriátrica integral.

La exploración debe enfocarse desde el punto de vista de la relación funcional, considerando las capacidades del sujeto, explorando para la realización de actividades y funcionalmente de libre dolor si bien toda la información es importante.

Las exploraciones complementarias dependerán de la orientación diagnóstica que la historia clínica y la exploración nos permitan realizar.

El tratamiento deberá tener siempre un inicio temprano, incluso cuando se practican las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico, tranquilizado y con confianza al paciente.

Escala unidimensional =

Escala numérica - Valora el dolor mediante números que van de menor a mayor en relación con la intensidad de dolor.

> Escalas descriptivas simples o escalas de valoración verbal = Mediante estas escalas se pide al paciente que exprese la intensidad de su dolor mediante un sistema conceptual unidimensional donde se valore desde la ausencia del dolor hasta el dolor insoportable.

> Escala visual analésica = El método subjetivo más empleado por tener una mayor sensibilidad de medición.

> Escala multidimensional = Este tipo de cuestionarios o escala solo mide la intensidad de dolor sino otros aspectos, tales como la incapacidad o alteración de la efectividad.

> Cuestionario de mc Gill-Melzack se le presenta al paciente una serie de palabras agrupadas que describen bien las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa.

> Test de latineen = más limitado que el anterior, más fácil de comprender y más rápido de aplicar tiene en cuenta la incapacidad que produce el dolor.

Principales Síndromes dolorosos =

- > Dolor osteo-articular
- > Dolor neuropático
- > Dolor vascular
- > Dolor oncológico
- > El trastorno por dolor psicógeno.

Tratamiento no farmacológico de 2 dolor crónico

- > Deposo
- > calor
- > masaje

Tratamientos neurolesivos =

- > Rizotomía
- > Cordotomía antero-lateral
- > Neurectomía
- > Tractotomía del tronco cerebral
- > metodos quirurgicos
- > metodos quimicos
- > Neopantura
- > tecnica psicologica

> Analgésicos no opioides = Son fármacos suficientemente probados y se utilizan para el dolor leve y moderado.

> Analgésicos opioides = Son fármacos suficientemente probados y se utilizan para el dolor leve y moderado.

Clases de energía capaces de generar dolor =

- Mecánica
- eléctrica
- extremos de calor y frío
- Gran variedad de estímulos químicos.