



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

- Tema : Semiología del dolor
- Lic.: Medicina humana
- Materia: Propedéutica, Semiología y Diagnostico
- Alumna: Yaneth Ortiz Alfaro
- Dra. Angelita Yesenia Gómez Ballardo

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

SEMIOLOGÍA DEL DOLOR

El dolor es la causa más frecuente de una consulta médica, por lo tanto la Asociación Internacional para el estudio del Dolor define el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial. Es por lo tanto subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.

Los receptores nerviosos o receptores nociceptivos, terminaciones libres de fibras nerviosas localizadas en tejido cutáneo, en articulaciones, en músculos y en las paredes de las vísceras que captan los estímulos dolorosos y los transforma en impulsos el cual existen tres tipos.

- a) Mecanorreceptores
- b) Termorreceptores
- c) Receptores pulmedales.

El dolor inicia con la activación y sensibilización periférica donde tiene lugar la transducción por la cual un estímulo nociceptivo se transforma en impulso eléctrico. La fibra estimula un impulso nervioso (potencial de acción) conducido a la segunda neurona (transmisión); posterior intervienen las proyecciones de las fibras periféricas y descendentes y por último tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros superiores del Sistema Nervioso Central (SNC) o integración.

Tipos de Dolor

a) Según la duración

1) Agudo: Limitado en el tiempo con escasos componentes psicológicos. Se debe al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue el proceso de reparación y cicatrización de la lesión.

2) Crónica: Ilimitado en su duración, más allá de la lesión que lo origina y permanece una vez que dicha lesión desaparece.

b) Según su patología

Neuropática: producido por un estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de virus nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, con parestesias y disestesias, hiperalgesia, hipertestia y alodinia.

Nociceptivo: es frecuente y se divide en somático y visceral.

Orgánico: obedece a una causa, tiene un origen y un cuadro clínico.

Psicógeno: Es aquel que interviene el ambiente psicosocial que rodea al individuo.

Según su localización.

Somática: Es aquel que afecta a la piel, músculos, articulaciones, ligamentos o huesos, es un dolor bien localizado, circunscrito a la zona dañada y caracterizado por sensaciones claras y precisas.

Visceral: Afecta a órganos internos, se localiza mal, es continuo y profundo.

Según el curso

Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece

Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes con o bien controlados con dolor de fondo estable.

Según su intensidad.

Leve: Puede realizar actividades habituales

Moderado: Interfiere con las actividades habituales

Severo: Interfiere con el descanso

Según factores pronósticos de control de dolor

El dolor difícil o complejo es el que no responde a la estrategia analgésica habitual.

Según la Farmacología.

1. Responde bien a los opiáceos
2. Parcialmente sensible a los opiáceos
3. Escasamente sensible a opiáceos

Escala analgésica de la OMS.

1. La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor
2. La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior.
3. Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia
4. Si el segundo escalón no es eficaz, no demora la subida al tercer escalón
5. La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor.
6. No mezclar los opiáceos débiles con los potentes
7. Prescribir cobertura analgésica.

Semiología del dolor.

Es importante una anamnesis cuidadosa para un correcto diagnóstico del dolor y poder instaurar los tratamientos adecuados; hay que interrogar, investigar o indagar sobre

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

Exploración Física

Debe ser integral y pormenorizada, evitando focalizaciones a causas de características evidentes del dolor y pensando siempre en la fisiopatología y la presentación atípicas.

Exploración: complementaria; orientación y la historia clínica.

Tratamiento: inicio temprano, incluso cuando se practique las pruebas complementarias.

ESCALAS

Unidimensionales

- * Escala numérica
- * Escala descriptiva simple o de valoración verbal.
- * Escala visual analógica

Multidimensionales

- * Cuestionario de McGill-Melzack
- * Test de Latineen
- * Cuestionario de Wisconsin

Fuentes de información

F. Puebla Díaz, (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico, Oncología Radioterápica Instituto Madrileño de Oncología San Francisco de Asís Madrid. Recuperado de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/94bf8cb6049139220e81ab32f795647a.pdf>

A; López, F; García, M; Clerencia; J; Ortiz(S.F). Situaciones clínicas más relevantes: Dolor. TRATADO deGERIATRÍA para residentes. Recuperado de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/9d8584e5b43c82eba8cb1b8353896a34.pdf>

Dr. J; Alberto Costa, Dra. S; Rodríguez Cuimbra, (S.F). Dolor; Cátedra Medicina I Area Semiología. Recuperado de <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/40c6af6dfcae3cec2e108145b09a1ffa.pdf>