

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Propedéutica, semiología y diagnóstico.

Trabajo:

Resumen de semiología del dolor.

Docente:

Angelita Yesenia Gómez Gallardo.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

4º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas al 04 de Septiembre del 2020.

SEMIOLOGIA DEL DOLOR:

Semiología del dolor:

El dolor puede ser definido como una sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial, y 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.

Existen diversas clases de energía capaces de provocar dolor:

- Mecánica:
- Eléctrica:
- Extremos de calor y frío:
- Gran variedad de estímulos químicos:

Anatomía y fisiología elementales del dolor:

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 transforman en impulsos; existen 3 tipos:

- Mecanoreceptores: Estimulados por presión de la piel.
- Termoreceptores: Estimulados por temperaturas externas.
- Receptores polimodales: Responden indistintamente a estímulos nociceptivos, mecánicos, térmicos y químicos.

El proceso de 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 nerviosa estimulada inicia un impulso nervioso denominado potencial de acción que es conducido hasta la segunda neurona localizada en el asta dorsal de la médula, estamos hablando de la transmisión. En el proceso de modulación, en el asta dorsal de la médula, intervienen

Neurofisiología del dolor

Las proyecciones de las fibras periféricas y descendentes de centros superiores. La transmisión de los impulsos depende de la acción de los neurotransmisores. Por último, tiene lugar el reconocimiento por parte de los centros del SNC (sistema nervioso central) o integración.

Tipos de dolor

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

→ Según su duración:

- **Agudo:** Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Se considera dolor agudo a la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo; una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. Se debe generalmente al daño tisular somático o visceral y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó.

- **Dolor crónico:** Es aquel dolor que persiste más allá de la lesión que originó y que permanece una vez que dicha lesión desaparece. Generalmente, el dolor crónico es un síntoma de una enfermedad persistente cuya evolución, continua en brotes, conlleva la presencia de dolor aún en ausencia de lesión periférica.

La distinción entre ambos tipos de dolor es importante debido a que el dolor crónico es el resultado del agudo, el crónico es el resultado de mecanismos psicopatológicos distintos.

a los del agudo. **Diferencias entre dolor agudo y crónico:**

	Dolor agudo:	Dolor crónico:
Mecanismo de producción:	Lesión súbita y concreta	Lesión tisular crónica
Temporalidad:	Menor de 6 meses	Mayor de 6 meses
Señalización:	Describle	Debe evitarse
Duración de la analgesia:	Hasta que pase el episodio	Todo el tiempo posible
Administración de fármacos:	Pautada	Pautada
Dosis y vía:	Estándar y parenteral	Individualizada
Medicación coadyuvante:	No suele requerir	Necesario
Dependencia y tolerancia:	Rara	Frecuente
Componente psicológico:	No importante	Determinante
Estado emocional:	Ansiedad	Depresión

→ Según su patogenia:

- **Neuropático:** Esta producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.

- **Nociceptivo:** Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en: Somático y visceral.

Dolor somático: Es aquel que afecta a la piel, los músculos, tendones, articulaciones, ligamentos o huesos. Se trata de un dolor bien localizado, circunscrito a la zona dañada y caracterizado por sensaciones claras y precisas.

Dolor visceral: Esta producido por lesiones que afectan a órganos internos, por lo que es la forma de dolor que aparece más frecuentemente como consecuencia

de enfermedades y es síntoma habitual en la mayor parte de síndromes dolorosos agudos y crónicos de interés clínico. El dolor visceral posee una serie de características y propiedades que lo diferenciarán del dolor somático:

- No todas las vísceras son sensibles al dolor.
- Puede parecer sin tener relación directa con lesiones. Por otro lado, algunos tipos de daños viscerales no causan dolor.
- A menudo se refiere a la superficie del organismo en zonas distintas de la víscera que lo origina.
- Va acompañado de intensas reacciones reflejas motoras y vegetativas.
- **Dolor psicógeno:** Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de la dosis de analgésicos con escasa eficacia.

→ Según la localización:

- **Somático:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc.).
- **Visceral:** Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo.

→ Según el 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.

El dolor incidental es un subtipo del dolor intractable inducido por el momento o alguna acción voluntaria del paciente.

→ Según la intensidad:

Leve: puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales.

Severo: Interfiere en el descanso. Precisa opiodes mayores.

→ Según factores pronósticos de control del dolor:

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS).

El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control.

→ Según la farmacología:

o Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.

o Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esterode).

o Escasamente sensible a opiáceos: dolor de espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anti convulsivos).

Dolor superficial y dolor profundo:

Superficial: Se localiza en piel y estructuras inmediatas. Habitualmente provocado por noxas físicas o mecánicas como: calor, frío, cortaduras, erosiones, etc.

Se han descrito dos clases de dolor superficial:

- **Punzante:** Agudo, intenso, de corta duración, es muy 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.

Profundo: A su vez puede ser somático y visceral.

Dolor iatrogénico: El dolor oncológico causado por los tratamientos puede estar originado por la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. Es difícil determinar la intensidad real del dolor debido a los tratamientos de irradiación.

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual. El dolor oncológico puede ser somático o visceral. El dolor somático puede ser agudo o crónico. El dolor visceral puede ser agudo o crónico. El dolor agudo puede ser somático o visceral. El dolor crónico puede ser somático o visceral. El dolor somático agudo puede ser punzante o urente. El dolor somático crónico puede ser punzante o urente. El dolor visceral puede ser agudo o crónico. El dolor visceral agudo puede ser punzante o urente. El dolor visceral crónico puede ser punzante o urente.

Fuentes de información:

Jorge; C. (s. a). Dolor. Recuperado de <file:///C:/Users/pc/Documents/CUARTO%20SEMESTRE/PROPEDEUTICA,%20SEMIOLOGIA%20Y%20DIAGNOSTICO/PDF/DOLOR/dolor%201.pdf>

Ana; L. (s. a). Dolor. Recuperado de <file:///C:/Users/pc/Documents/CUARTO%20SEMESTRE/PROPEDEUTICA,%20SEMIOLOGIA%20Y%20DIAGNOSTICO/PDF/DOLOR/dolor%202.pdf>

Puebla; D. (2001). Dolor. Recuperado de <file:///C:/Users/pc/Documents/CUARTO%20SEMESTRE/PROPEDEUTICA,%20SEMIOLOGIA%20Y%20DIAGNOSTICO/PDF/DOLOR/Dolor%203.pdf>