



**Universidad del Sureste**

**Escuela de Medicina**

**“DOLOR, CLASIFICACION”**

**MATERIA:**

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

**DOCENTE:**

DR. ANTONIO DE JESUS PEREZ AGUILAR

**ALUMNO:**

ALAN DE JESUS MORALES DOMINGUEZ

**SEMESTRE:**

5°A

26/08/2020

# CUADRO DESCRIPTIVO DEL DOLOR

CLASIFICACIÓN	NOMBRE	DESCRIPCION	EJEMPLO	
TEMPORALIDAD	AGUDO	Repentino y de corta duración con remisión paralela a la causa.	Lesión o proceso patológico de corta evolución	
	CRONICO	se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica inicial	cáncer, fracturas, artrosis y artritis, neuralgia, etc.	
MECANISMO FISIOPATOLÓGICO	NOCICEPTIVO	<u>Somático</u>	Sordo, continuo, bien localizado, similar a pinchazo o presión.	
		<u>Visceral</u>	No localizado, calambre en víscera hueca, continuo y gradual	
	NEUROPÁTICO	Sistema Nervioso Central ó Periférico	Desaferenciación Mono/poli neuropatías Sx regional complejo	
	NO SOMÁTICO O PSICOGENO	Sin patología Organica. Interviene el ambiente psico-social del individuo	Evaluación minuciosa interdisciplinar. DESCONFIAR EN DOLOR NEOPLÁSICO	
SEGÚN EL CURSO	CONTINUO	aún con ascensos y descensos de intensidad, persiste a lo largo del día.	Lesiones de tejido o procesos patológicos graves	
	EPISODICO O IRRUPTIVO	Existen periodos del día en el que no existe dolor. Se subdivide	<u>INCIDENTAL</u>	Aparece asociado a alguna actividad, tos, caminar, apoyo, defecación, etc
			<u>INTERMITENTE</u>	De manera espontánea, sin un factor desencadenante conocido.
			<u>FALLO FINAL DE DOSIS</u>	Antes de tomar un analgésico para el que existe una respuesta adecuada.
SEGÚN SU INTENSIDAD	LEVE	Puede realizar actividades habituales	No precisa tratamiento o se resuelve con AINES	
	MODERADO	Interfiere con las actividades habituales.	Precisa ESTEROIDES potentes u opioides menores	
	SEVERO	Interfiere con el descanso	Precisa de opioides mayores	
SEGUN SU RESPUESTA A FARMACOS	GRADO I	Responde bien a los opiáceos	dolores viscerales y somáticos.	
	GRADO II	Parcialmente sensible a los opiáceos	dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide)	
	GRADO III	Escasamente sensible a opiáceos	dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsivos).	

# CUADRO DESCRIPTIVO DEL DOLOR

CLASIFICACIÓN	NOMBRE	DESCRIPCION	EJEMPLO
FACTORES PRONÓSTICOS (EDMONTON STAGING SYSTEM)	ESTADIO I	Buen Pronostico	Dolor visceral, óseo o de partes blandas. Dolor no irruptivo.
	ESTADIO II	Mal pronostico	Dolor neuropático, mixto (tenesmoide rectal, vesical) o idiopático.
N.C.I CRITERIOS DE TERMINOLOGÍA PARA EVENTOS ADVERSOS NEUROLÓGICOS	DOLOR: DE ÓRGANOS O SISTEMAS DEFINIDOS U OTRAS MANIFESTACIONES DOLOROSAS	Grado 1 leve	No interfiere con la funcionalidad
		Grado 2 moderado	El síntoma o los analgésicos alteran la funcionalidad, sin compromiso de las AVD
		Grado 3 grave	El síntoma o los analgésicos alteran las AVD
		Grado 4 discapacidad	El síntoma o analgésicos imposibilitan las AVD
SEGÚN EL CARÁCTER O NATURALEZA DEL DOLOR	OPRESIVO	Sensación de peso (Como si me aplastara un elefante)	Angina de pecho.
	PUNZANTE	Dolor agudo, transfixiante	Patología pleural.
	URENTE (QUEMANTE)	Sensación de ardor	Herpes zoster.
	FULGURANTE	Sensación de golpes de corriente eléctrica	Tabes dorsal.
	LACINANTE	Sensación brusca de pinchazos	Neuralgia del trigémino.
	COLICO	Dolor ondulante. Aumento progresivo hasta la meseta y reduce.	Colico intestinal o renal.
	SORDO	De intensidad leve pero continuo.	Cáncer
	TALADRANTE	Con sensación de empeoramiento constante.	Odontalgia.
	GRAVITATIVO	Sensación de pesadez	Derrames.
	PULSÁTIL	Sensación de latido	Abscesos
	ERRANTE	Migrante e inespecífico.	Colon irritable.
	DE HAMBRE	Sensación de vacío.	Úlcera péptica.
	EXQUISITO	Instantáneo y agudo.	Muscular por ejercicio.
	DESGARRANTE	Algo que se rompe.	Aneurisma disecante.

# BIBLIOGRAFIAS

- Campos C, Carrulla J, Casas A, et al. Manual SEOM de Cuidados Continuos. 2004. Pag. 455-500.
- Pérez Romasanta LA, Calvo Manuel FA. Guía terapéutica de soporte en Oncología Radioterápica. 2ª edición. Masson 2004. Cap. 16: Dolor. Pag. 265-296.
- Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y Terminal. Arán 2004. Cap. 3: Dolor. Pag. 33-90.
- Gabriel SE. Cancer Pain Relief with a Guide to Opioid Availability. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 1996.
- Max MB, PayneR, Edwards WT, Sunshine A, Inturrisi CE. Principles of
- Analgesic Use In the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. 4th ed. Glenview, IL: American Pain Society; 1999.
- Pérez C, Brady L, Halperin E, Schmidt-Ullrich R. Principles and practice of Radiation Oncology. 4ª edición. Lippincott Williams and Wilkins 2004. Cap. 89: Pain management. Pag. 2412-2425.
- Foley K. Pain syndromes in patients with cancer. Medical Clinics of North America 1987; 71: 169-184.
- Curran WJ. Phase III comparison of sequential versus concurrent chemoradiation for patients with unresected stage III non-smallcell lung cancer (NSCLC): initial report of radiation therapy oncology group. RTOG 9410. Proc Am Clin Oncol 2000; 19:484 (abstr 1891).