



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

CUADRO DESCRIPTIVO TIPOS DE DOLOR

MATERIA: MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

ALUMNA: DANIA ESCOBEDO CASTILLO

CARRERA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: QUINTO GRUPO A

DOLOR: Experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial. (Asociación internacional para el estudio del dolor)



TIPOS DE DOLOR

SEGÚN SU DURACIÓN

| | |
|---------|---|
| Agudo | Es intenso y se presenta rápidamente. Es limitado en el tiempo con escaso componente psicológico |
| Crónico | Puede ser intenso o leve. Ilimitado en el tiempo, con componente psicológico, dolor típico del paciente con cáncer. |

SEGÚN SU PATOGENIA

| | |
|-------------|---|
| Neuropático | 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 |
| Psicógeno | Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia. |

NOCICEPTIVO

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

SEGÚN SU LOCALIZACIÓN

| | |
|----------|--|
| Somático | Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos. Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. |
| Visceral | Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. |

SEGÚN EL CURSO

| | |
|-----------|--|
| Continuo | Es persistente a lo largo del día y no desaparece. |
| Irruptivo | Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. |

SEGÚN LA INTENSIDAD

| Leve | Puede realizar actividades habituales |
|--|--|
| Moderado | Interfiere con las actividades habituales. Mejora tratamiento con opioides menores. |
| Severo | Interfiere con el descanso. Mejora con opioides mayores. |
| SEGÚN SU PRONOSTICO | |
| Dolor complejo | No responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS). Es de difícil control. |
| SEGÚN LA FARMACOLOGÍA | |
| Responde bien a los opiáceos | En dolores viscerales y somáticos |
| Parcialmente sensible a los opiáceos | Dolor por compresión de nervios periféricos. |
| Escasamente sensible a los opiáceos | Dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos. |
| DOLOR IATROGÉNICO | |
| El dolor oncológico causado por los tratamientos puede estar originado por la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. | |



ESCALA DE ANALGESIA DE LA OMS

| Escalón I | Escalón II | Escalón III | Escalón IV |
|--|---|--|------------------------------------|
| Analgésicos no opioides + coanalgesicos <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol • AINE • Metamizol | Opioides débiles + coanalgesicos + escalón I. <ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Tramadol | Opioides potentes + coanalgésicos + escalón I. <ul style="list-style-type: none"> • Morfina • Oxidodona • Fentanilo • Metadona • Buprenorfina | Métodos invasivos + coanalgesicos. |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Argente, H. (s.f.). *Semiología Médica*. Buenos Aires : Panamericana .
- Díaz , P. (2015). Tipos de dolor y escala terapeutica OMS. *Scielo* .