

DOLOR

MEDICINA PALIATIVA

DRA. ANA LAURA DOMÍNGUEZ SILVA

PRESENTA: CARLOS ALEJANDRO TREJO NÁJERA.

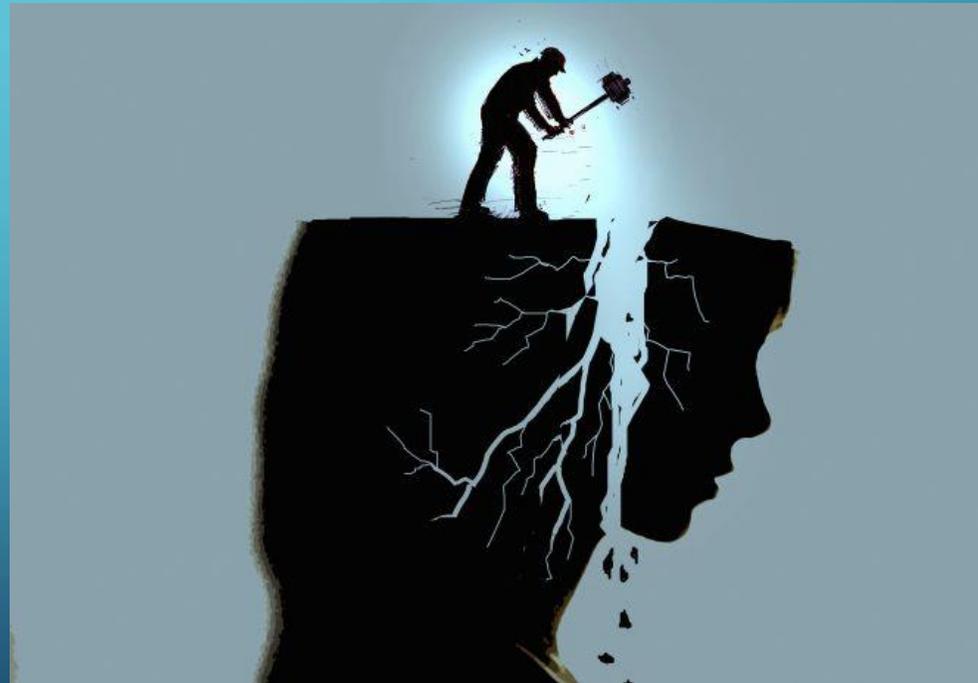


¿QUÉ ES?

- La Internacional Association for the Study of Pain, (IASP) elaboró la definición que más ampliamente se ha adoptado para definir el dolor: “Experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.
- De una manera más práctica y clínica se podría definir como “una experiencia sensitiva desagradable acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e, incluso, de la personalidad”.

CLASIFICACIÓN

- SEGÚN SU PERFIL TEMPORAL de aparición, se clasifica en DOLOR AGUDO Y DOLOR CRÓNICO.



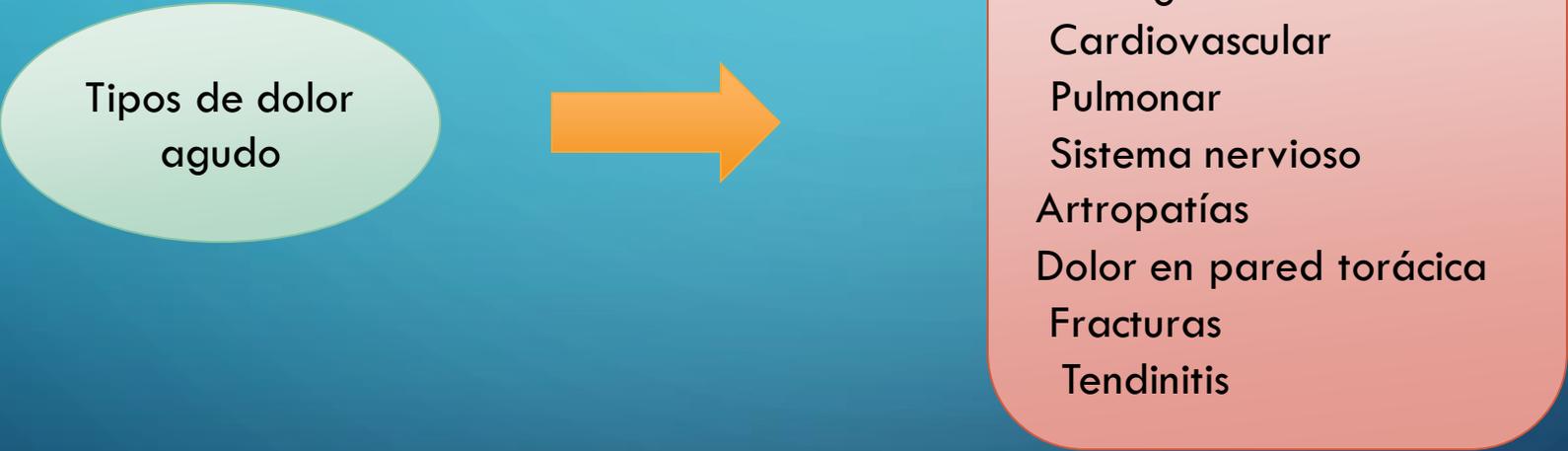
DOLOR AGUDO



- Normalmente de inicio repentino, duración breve en el tiempo y con remisión paralela a la causa que lo produce.

Existe una relación estrecha temporal y causal con la lesión tisular o la estimulación nociceptiva provocada por una enfermedad.

se le ha atribuido una función “protectora”, su presencia actúa evitando que el individuo desarrolle conductas que puedan incrementar la lesión o le lleva a adoptar aquellas que minimizan o reducen su impacto



Tipos de dolor
agudo

The diagram features a central orange arrow pointing from a light green oval on the left to a light red rounded rectangle on the right. The oval contains the text 'Tipos de dolor agudo'. The rounded rectangle contains a list of medical conditions: 'Gastrointestinal', 'Biliar', 'Urológico', 'Cardiovascular', 'Pulmonar', 'Sistema nervioso', 'Artropatías', 'Dolor en pared torácica', 'Fracturas', and 'Tendinitis'. The background is a blue gradient with white circuit-like patterns in the corners.

Gastrointestinal

Biliar

Urológico

Cardiovascular

Pulmonar

Sistema nervioso

Artropatías

Dolor en pared torácica

Fracturas

Tendinitis

DOLOR CRÓNICO

- se extiende más allá de la lesión tisular o la afectación orgánica con la que, inicialmente, existió relación. También puede estar relacionado con la persistencia y repetición de episodios de dolor agudo, con la progresión de la /s enfermedad/es, con la aparición de complicaciones de las mismas y con cambios degenerativos en estructuras óseas y músculoesqueléticas.



Tipos de dolor
crónico

Cáncer
fracturas patológicas
secundarias
artrosis
artritis
neuralgia postherpética

| DIFERENCIAS | DOLOR AGUDO | COLOR CRÓNICO |
|--------------------------------|--|---|
| 1. Finalidad | Inicial-Biológica | Inicial-Destructiva |
| 2. Duración | Temporal | Persistente |
| 3. Mecanismo generador | Unifactorial | Multifactorial |
| 4. Componente afectado | Orgánico +++ Psíquico + | Orgánico + Psíquico +++ |
| 5. Respuesta orgánica | Adrenérgica: aumento de FC, FR, TA, sudoración, dilatación pupilar | Vegetativa: anorexia, estreñimiento, menor libido, insomnio |
| 6. Componente afectivo | Ansiedad | Depresión |
| 7. Agotamiento físico | NO | SI |
| 8. Objetivo terapéutico | Curación | Alivio y Adaptación |

DOLOR NOCICEPTIVO

- Resulta de la activación de los receptores nociceptivos (nociceptores). se comporta como transductor de los estímulos desde el receptor periférico al cerebro (áreas corticales y subcorticales), pasando por la médula espinal.



- Los receptores nociceptivos están distribuidos tanto en la piel como en estructuras profundas (huesos, ligamentos, tendones, vasos, vísceras), y responden a estímulos nocivos y/o potencialmente nocivos (mecánicos- pinchazo, presión-, térmicosfrío, calor- y químicos-sustancias tóxicas, inflamación-). Existen dos tipos:

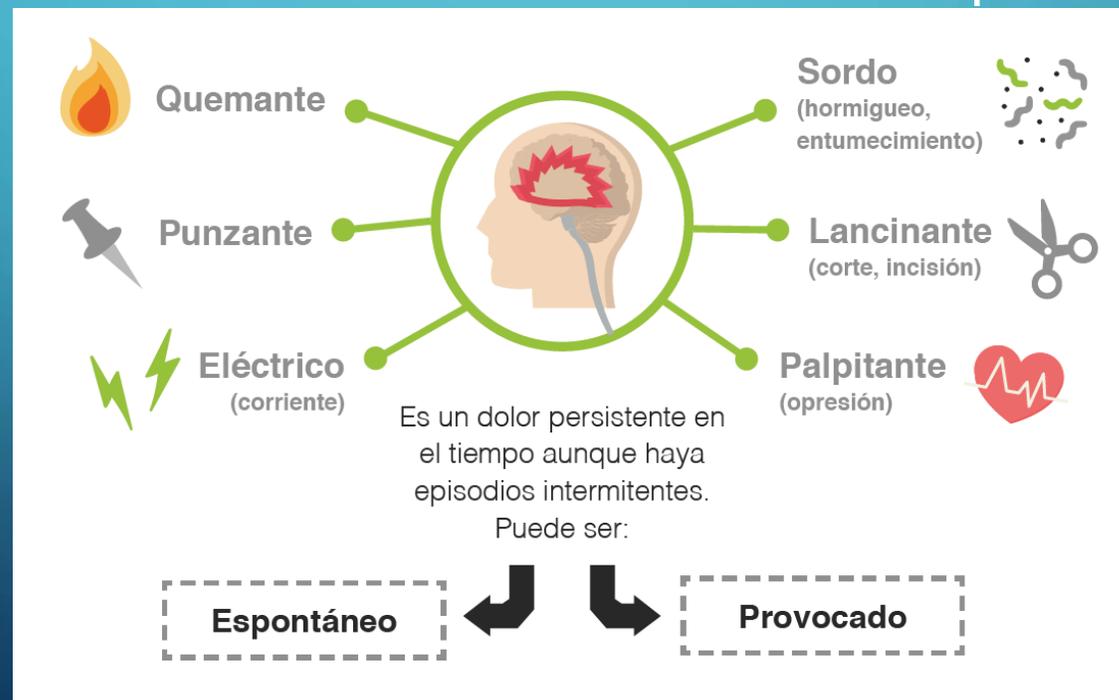
- Tipo A: velocidad de conducción de 5 a 30 m/s, son los responsables de la respuesta inicial al estímulo doloroso, aguda, breve.
- Tipo C, amielínicas, velocidad de conducción menor de 3 m/s, responsables de una segunda percepción dolorosa, apagada, peor localizada, con sensación de dolorimiento residual más allá del fin del estímulo doloroso. Se distribuyen ampliamente en el organismo, incluyen las vísceras.



- El dolor nociceptivo se subdivide en:
- **SOMÁTICO**, proveniente de estructuras como piel, músculo, hueso articulaciones y partes blandas. Se trata de un dolor localizado, punzante o pulsátil.
- **VISCERAL**: Se origina en mucosas y serosas de los órganos, músculos lisos y vasos. Es sordo, profundo, difuso, descrito como presión o tracción. La afectación visceral, puede añadir un componente de dolor cólico típico.

| DIFERENCIAS | DOLOR SOMÁTICO | DOLOR VISCERAL |
|---|---|---|
| 1. Nociceptores | Periféricos | Inespecíficos |
| 2. Estructuras lesionadas | Piel, músculos, ligamentos. Huesos... | Vísceras (serosas, mesos) |
| 3. Transmisión del dolor | Sistema nervioso periférico | Sistema nervioso autónomo |
| 4. Estímulos generadores del dolor | Térmicos, barométricos, químicos, mecánicos | Isquemia e hipoxia, inflamación o distensión |
| 5. Carácter del dolor | Superficial, localizado | Profundo, interno, mal localizado |
| 6. Reacción vegetativa | Escaso | Intenso |
| 7. Componente emocional | Escaso | Intenso |
| 8. Clínica acompañante | No suele existir | Dolor referido, hiperestesia local, espasmos musculatura estriada |
| 9. Respuesta analgésica | AINE: ++/+++ OPIOIDES: +/++ | AINE: +/++ OPIOIDES: ++/+++ |

- **DOLOR NEUROPÁTICO:** se origina como consecuencia de la afectación lesional o funcional del sistema nervioso, por tanto, supone la alteración del sistema nervioso tanto central como periférico.

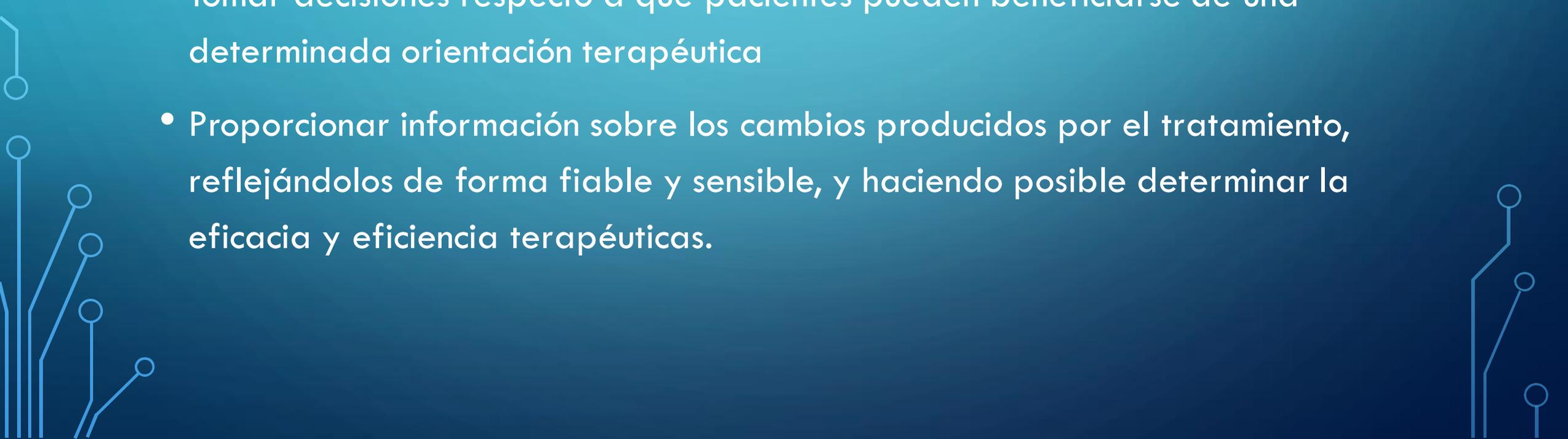


- A través de la historia clínica se recogerá toda aquella información que permita elaborar un buen diagnóstico del dolor.
- Una valoración global del dolor debe incluir tres aspectos fundamentales:
 - 1) La subjetividad
 - 2) La multidimensionalidad
 - 3) La variabilidad del dolor.





La evaluación del dolor a nivel clínico permite cumplir los siguientes objetivos:

- Establecer un diagnóstico y orientar un tratamiento
 - Tomar decisiones respecto a qué pacientes pueden beneficiarse de una determinada orientación terapéutica
 - Proporcionar información sobre los cambios producidos por el tratamiento, reflejándolos de forma fiable y sensible, y haciendo posible determinar la eficacia y eficiencia terapéuticas.
- 

ENTREVISTA CLINICA

- Confirmar que el dolor existe
- Evaluar las características de ese dolor
- Evaluar las respuestas fisiológicas y psicológicas del dolor
- Evaluar la percepción individual del dolor y lo que éste significa para el paciente
- Evaluar los mecanismos de adaptación que el paciente emplea para hacer frente a ese dolor.



ESCALA DE EVA

