

Semiología del dolor.

18/08/2020

Sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.

El instrumento semiológico más importante es el interrogatorio, se puede complementar con maniobras físicas (percutáneas o palpatorias) que pueden evidenciar, exacerbar o mitigar un dolor para precisar sus características. El interrogatorio puede servir para establecer las relaciones del dolor con otros síntomas constituyente del cuadro clínico, ejemplo: Náuseas, mareos, limitación de la movilidad, concomitancia de vómito, tumefacción y aumento de la temperatura, o pérdida de peso.

Para sistematizar el interrogatorio del dolor conviene establecer en forma ordenada los siguientes aspectos con la mnemotécnica

ALICIA:

Antigüedad: la duración puede ser corta o semanas

Localización: Establecer el órgano y el proceso que lo afecta.

Irradiación o propagación: cuando se extiende a regiones distantes.

Carácter: rasgo o circunstancias con que se da a conocer una cosa.

Intensidad: Cuantificación del dolor.

Atenación o agravación: Circunstancia en que aparece el dolor.

CLASIFICACIÓN FISIOPATOLÓGICA DEL DOLOR:

Se basa en un criterio clínico del dolor y la organización neuroanatómica del sistema sensitivo en la evolución embriológica.

Dolor somático: superficial y profundo, puede producirse dolor experimental o clínico mediante traumatismos (pinchazo, corte, pinzamiento, torsión de una articulación más allá del radio de movilidad normal). = estimulan mecanorreceptores.

Estimulación con temperaturas altas $+45^{\circ}\text{C}$ o bajas

-5°C despiertan dolor por activación de termorreceptores.

Next Dude

DOLOR VISCERAL: Los desencadenantes son más complejos y menos conocidos. Muchos estímulos no desencadenan dolor en la viscera, hasta que alcanza capsulas serosas inervadas por terminaciones de dolor.

Distensión: Se agrava con ondas de contracción. Base de dolor colico.

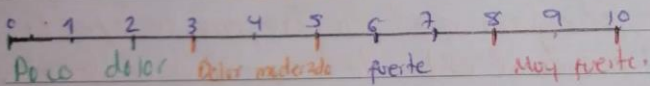
Isquemia: Isquemia miocárdica

Inflamación: Órganos abdominales se tornan dolorosos al inflamarse.

DOLOR NEUROFÁTICO: Consecuencia de una lesión tisular. En el lugar donde actuó la noxa se activan los nociceptores y se ponen en marcha los procesos que tienden a la curación, en forma espontánea o por el tratamiento, el dolor va disminuyendo hasta desaparecer.

DOLOR FUNCIONAL O PSICOGÉNICO: Se relacionan con perturbaciones mentales, neurosis, hipcondría, trastornos somatoformes.

ESCALA EVA DEL DOLOR.



Esta escala permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente



Semiología de la fiebre.

La temperatura normal del cuerpo humano refleja el equilibrio entre 2 procesos opuestos.

1) Producción de energía en forma de calor por los tejidos vivos (ejemplo: músculo e hígado) llamada termogénesis.

2) La pérdida de esta al medio ambiente a través de la emisión de rayos infrarrojos y la transferencia de energía desde la piel y los pulmones.

El cuerpo puede intercambiar pasivamente energía con el ambiente.

Termorregulación: Temperatura corporal central (temperatura de la sangre en la aurícula derecha) tiene un valor promedio de 37°C , con variaciones diarias no mayor de $0,6^{\circ}\text{C}$ en condiciones fisiológicas, cuando la temperatura corporal se eleva, se producen vasodilatación cutánea y aumento de la sudoración, que disipan calor por convección y evaporación. Los mecanismos de termorregulación, están regidos por el SNC (centros termorreguladores hipotalámicos) son involuntarios y automáticos. Permiten que la temperatura corporal desarrolle cambios diarios y previsible. Ritmo circadiano, que van desde 36°C al amanecer hasta los $37,5^{\circ}\text{C}$ al atardecer.

Fiebre: Es la elevación de la temperatura corporal por encima de los valores normales ($37,5^{\circ}\text{C}$). Es una respuesta adaptativa normal del cerebro, estereotipada (siempre la misma). La respuesta febril se da cuando agentes externos al cuerpo que reciben el nombre pirógenos exógenos, producidos en un foco infeccioso, estimulan la síntesis y la liberación de la circulación desde los macrófagos (macrófagos, neutrófilos, algunos grupos de linfocitos T, fibroblastos y células endoteliales activadas).

La elevación de la temperatura también afecta a diferentes procesos celulares, se sospecha que fiebre $+40^{\circ}\text{C}$ puede dañar el SNC y otros órganos.

Next Dude 

Identificación de la fiebre:

- A) fiebre aguda: < 15 días de duración, en el enfermo inmunocompetente, causas comunes como infecciones respiratorias, gripe, resaca común, faringitis, infección de la piel, IUV, neumonía.
- B) fiebre prolongada: dura más de 15 días, independientemente de que se conozca su etiología.
- C) Fiebre de origen desconocido (FOD): temperatura $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ por lo menos 3 ocasiones, con una duración de por lo menos 3 semanas. **+ causas:** infecciones, neoplasias, enfermedades del colágeno, otras causas.
- D) Fiebre en un paciente inmunocomprometido: puede ser la manifestación más importante y muchas veces la única, de una infección potencialmente mortal, que puede ser difícil diagnosticar.

Pruebas de laboratorio:

- A) Cultivos de sangre: médula ósea y otros fluidos corporales.
- B) Enzimas séricas + las que reflejan daño hepatocelular (transaminasas, fosfatasas, alcalina transaminasas).
- C) Frotis sanguíneos: Buscar cuentas y morfología anormal, parásitos, células C.E.
- D) Examen de médula ósea: Buscar células neoplásicas, granulomas, células C.E., glóbulos rojos y blancos anormales.
- E) Pruebas inmunológicas: antiestreptolisinas, proteína C reactiva, anticuerpos, antinucleares, pruebas de fijación del látex y reacciones de aglutinación (típicos, protínicos, Brucella, proteos Ox-19).
- F) Reacciones rebates de aglutinación:

Estudios complementarios:

Radiografías; USG, resonancia magnética, gammagrafías, Doppler.



Semiotología de la tos:

fenómeno caracterizado por la expulsión espiratoria explosiva y ruidosa de aire procedente de las vías respiratorias.

Fundamento fisiopatológico:

Se inicia por una inspiración profunda, seguida por cierre de la glotis, relajación del diafragma y contracción súbita de la musculatura torácica y abdominal, con lo que se logra elevar al máximo la presión positiva de la cavidad torácica y de las vías aéreas. Se produce un estrechamiento de la tráquea, por invaginación de su membrana posterior. Enseguida se abre la glotis y la combinación de una gran diferencia de presiones entre las vías aéreas y la atmósfera y la estrechez transitoria de la tráquea determina que el aire se desplace por este tubo a una velocidad cercana a la del sonido. Se logra así mediante la "tos" eliminar materiales extraños y moco de las vías respiratorias. La tos puede ser voluntaria o producida por un arco reflejo, cuya rama aferente está constituida por receptores sensoriales de los nervios trigémino, gloso faríngeo, laríngeo superior y neumogástrico, y cuyas ramas eferentes constituyen el nervio laríngeo recurrente (responsable del cierre de la glotis) y los nervios espinales (responsables de la contracción de los músculos torácicos y abdominales).

La tos de origen respiratorio es un reflejo defensivo, eliminador de cuerpos extraños del árbol respiratorio. La tos de origen extrarrespiratorio, de significación homeostática avocante o desconvocante y por ende, desconcertante.

Semiotología: Se clasifica en 2 grupos:

A) Tos de origen respiratorio: Se subdivide en

→ tos de origen rinofaríngeo.

→ Tos de origen laríngeo: por laringitis, origen gran, laringitis

→ Tos de origen traqueal:

→ tos de origen bronquial.

Next Dude

→ Tos de origen parenquimatoso pulmonar.

B) Tos de origen extrarrespiratorio. Siempre es seca y se observa en numerosos estados patológicos, como:

→ Afecciones reumáticas

→ Tos por manifestación de insuficiencia cardíaca congestiva.

→ Tos nervosa y tos en forma de tic.

→ Tos provocada por fármacos IECA

→ Otras causas.

Técnica de exploración: El interrogatorio debe basarse en el conocimiento de la semiología de la tos. ¿Es aguda o crónica?, ¿es seca o húmeda?, ¿productora de esputo?, ¿hay síntomas de rinitis, sinusitis, eccorrimiento retranasal y faríngeo? ¿hay carraspeo, disfonía, afonía?, ¿es tos paroxística?, ¿cuál es el horario?, ¿predomina en las mañanas?, ¿hay sangre en el esputo?, etc. La exploración es esencial y debe incluir no sólo el faro, también la nariz, senos paranasales, istmo de las fauces, cuello y área precordial.

La radiografía del tórax es necesaria en pacientes que presentan tos crónica. Si la radiografía de tórax es anormal, se impone ante todo el estudio del esputo y la broncoscopia.



Semiología del vomito:

Es primordialmente un mecanismo de defensa frente a los peligros que entraña la entrada al organismo, a través del aparato digestivo, de agentes patógenos. Las contracciones de la parte distal del estómago y el intestino delgado se encuentran reguladas por un marcapasos generador de estímulos nerviosos que se propagan como ondas lentas con una frecuencia de 3 ciclos por minuto en el estómago y 12 por minuto en el intestino.

El vomito se debe a alteraciones similares a la náusea, pero más acentuadas: abstracción de las ondas lentas, seguida de descargas intensas de actividad eléctrica en espigas, y potentes contracciones antiperistálticas, que partiendo del intestino delgado, se propagan al estómago con el consiguiente reflujo enterogástrico del contenido intestinal. A continuación se cierra el píloro, se contrae la región antral del estómago y se relaja el esfínter esofágico inferior, todo lo cual promueve la expulsión del contenido intragástrico = **Vomito**.

CLASIFICACION DEL vomito:

- A) Lesiones del aparato digestivo: Por lesiones gástricas, pueden ser agudas o crónicas. Por lesiones intestinales, por obstrucción intestinal, por apendicitis aguda, por lesiones hepáticas y vesiculares, por lesión pancreática. Por lesiones peritoneales.
- B) Enfermedades renales y urológicas: Los cólicos renales se acompañan de vomitos. También es frecuente en el curso de la uremia por IRC, avanzada y en IRA de cualquier origen.
- C) Alteraciones genitales: Náuseas y vomito en el embarazo. Otras afecciones ginecológicas (retroversión uterina, fibromas, salpingitis, quistes, ovarios, etc.).
- D) Enfermedades neurológicas: Sx de hipertensión intracraneal, meningitis, hemorragia cerebral, epilepsia, hidrocefalia.
- E) Intoxicación exógenas: gastritis agudas y subagudas (alcohol y tabaco).

Next Dude

F) Alteraciones metabólicas: muy frecuentes en casos de hipoxemia e hipercalcemia.

G) Infecciones: hepatitis viral, fiebre amarilla, cólera, en cualquier edad.

H) Radiaciones: exposición tempestiva o accidental a radiación

I) Vómito cíclico: Sx caracterizado por episodios súbitos, recurrentes, estereotipados y debilitantes de intensa náusea y vómito de horas o días de duración, separados por intervalos asintomáticos de semanas o meses. (migraña).

J) Causas raras: hipertensión arterial maligna, infante de micracado,

CAUSAS DEL CUADRO AGUDO DE NÁUSEA Y VÓMITO:

Infección: gastroenteritis, otitis media.

Gastroenterológicas: obstrucción intestinal, colecistitis aguda, pancreatitis aguda, hepatitis aguda, apendicitis aguda.

Neurológicas: hemorragia intracranial, infante cerebral, Meningitis.

Emocionales y psiquiátricas: Dmoredad.

Labirínticas: Laberintitis, Sx de Meniere.

crisis: Dd de soniana, Hipercalcémica, Tirotóxica.

otase Radiaciones, embarazo, piroperatonas, alcohol, infante micracado

Medicamentos causantes de náusea y vómito:

Antineoplásicos: dacarbacina, citarabina, etopósido, metotrexato, etc.

Analgésico y antiinflamatorio: ASA, DINES, morfina, colchicina, etc.

Cardiovasculares: digitálicos, antiarrítmicos, antihipertensivos, etc.

Diuréticos.

Hormonas: Hipoglucémicas orales, anticonceptivos orales, etc.

Antibióticos: Eritromicina, tetraciclina, Sulfonamidas, aciclovir, etc.

Antiparasitarios: Metronidazol, emetina.

Neurológicos: Dopar Kinase orales, anti convulsivos, narcóticos.

otros: azatioprina, 6-mercaptopurina, tecofilina.



Diarrea

Es la expulsión de heces fecales de consistencia disminuida. Hay aumento de la frecuencia en las evacuaciones.
 "Expulsión de más de 200 g de materias fecales por día".

Fundamentos fisiopatológico:

Los volúmenes de agua y electrolitos que en condiciones normales llegan diariamente a la luz intestinal, son considerable. Promedio llegan 2.000 ml de alimentos, 1.800 ml de saliva, 2.000 ml jugo gástrico, 1.000 ml de bilis, 2.000 ml jugo pancreático y cantidades que oscilan entre 7000 y 4000 ml de secreciones intestinales. El intestino absorbe +95% de los líquidos vertidos a su luz, incorporándolos al espacio extracelular. La luz del yeyuno es rica en nutrientes, la función principal de este segmento del intestino es absorberlos; durante este proceso se absorbe secundariamente agua y electrolitos, que, acompañando a los nutrientes, son transportados a través de la membrana. Este transporte se hace mediante portadores de membrana por un proceso de transporte activo.

En el íleon, el agua y los electrolitos son absorbidos en proporción mayor. El colon es el segmento digestivo más eficaz en cuanto a absorción de agua y sodio se refiere; llega diariamente 7.000 y 2.000 ml de líquidos intestinales y las heces contienen entre 100 y 200 ml de agua lo que significa una absorción al 90%.

La diarrea se debe a perturbaciones del transporte de agua y electrolitos a lo largo del tubo digestivo. Son 5 tipos

- A) Diarrea osmótica:
- B) Diarrea secretora:
- C) Diarrea por permeabilidad anormal.
- D) Diarrea por alteraciones de la movilidad intestinal.
- E) Diarrea por alteraciones del transporte iónico activo.

Se debe investigar los excesos alimentarios o alcohólicos, ingestión de alimentos específicos, antibióticos y síntomas

Next Dude 

Infecciones, tóxicos y alérgicos, uso de fármacos y otros agentes patogénicos, capaces de provocar diarrea, datos de tensión psíquica y conflicto emocional y por último, datos epidemiológicos. El informe, exploración física, "tacto rectal", inspección de las heces y en ocasiones proctosigmoidoscopia, estudio bacteriológico y parasitológico de las materias fecales, permiten establecer el diagnóstico correcto del origen de la diarrea aguda.

Es importante conocer la duración y la evolución del síndrome diarreico. Conocer la fluidez y el volumen de las heces, color y olor, presencia de residuos de alimentos, moco, pus, sangre, parásitos y grasa, así como el horario de la defecación: si es precedida, acompañada o seguida de dolor, si existe urgencia o tenesmo y la relación que guarda el deseo de defecar con la actividad física, con el tipo de alimentos ingeridos recientemente y con estímulos del carácter psíquico.

La causa más frecuente en pacientes con VIH-SIDA que presentan diarrea se debe a ingesta de medicamentos (antirretrovirales).

Agentes causantes de diarrea en el SIDA

Bacterias:

Clostridium difficile
Mycobacterium avium intracellulare
Mycobacterium tuberculosis
Campylobacter jejuni
Histoplasma capsulatum
Pneumocystis jirovecii

protozoario.

Cryptosporidium
Microsporidia
Giardia lamblia

Salmonella

Shigella

Virus

Citomegalovirus

Astrovirus

Virus de Norwalk

Rotavirus.



JEAN