



Dolor y cefalea

Nombre del alumno: Edwin Dionicio Coutiño Zea

Nombre del tema: resumen

Nombre de la materia: psiquiatría

Nombre del profesor: Dr. Diego Rolando Martínez Guillen

Nombre de la licenciatura: Medicina Humana

Semestre: Quinto A

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de octubre del 2022

Dolor y Cefalea.

El término dolor es definido en la última Edición del Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española, basado en su etimología latina (dolor-oris) como: aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior y también como un sentimiento, pena o congoja que se padece en el ánimo.

La definición más aceptada actualmente, es la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño.

Fisiología.

Transducción: proceso por el cual el estímulo nociceptivo es convertido en señal eléctrica en los nociceptores. Los nociceptores responden a diferentes noxas térmicas, mecánicas o químicas; pero no responden a estímulos no nociceptivos. La liberación periférica de neurotransmisores permite el clásico axón reflejo, el cual origina cambios periféricos que son reconocidos como indicadores de dolor: enrojecimiento, hinchazón, tersedura.

El dolor resulta de la activación de los nociceptores periféricos por la liberación de neurotransmisores, y por la disminución del umbral de respuesta de las fibras nociceptivas. Cuando existe una injuria tisular los nociceptores silentes son reclutados, respondiendo posteriormente a una serie de estímulos. Cuando los nociceptores son sensibilizados la respuesta puede ser más vigorosa dando lugar a hiperalgesia.

Transmisión

Es el segundo estadio del proceso de la señal nociceptiva. La información de la periferie es transmitida a la medula espinal, luego al tálamo y finalmente a la corteza cerebral. La información es transmitida, a través de dos neuronas nociceptivas aferentes primarias: Fibras C o nociceptores polimodales C; son no mielinizadas, de menos de 1,5 micras de diámetro, conducen a 0,5 2 m/segundo; representan el 80% de todos los nociceptores periféricos transmiten información nociceptiva mecánica, térmica, química.

Fibras A delta; son fibras mielinizadas delgadas, de 15 micras, conducen a 220 m/segundo; responden a estímulos mecánicos de alta intensidad, por lo cual son llamadas mecanoreceptores de umbral alto; algunas de estas fibras responden a estímulos térmicos.

Los nociceptores aferentes transmiten la señal de la periferie a través de la liberación de neurotransmisores específicos que están asociados con el dolor: glutamato, sustancia P. El glutamato es el neurotransmisor más importante, que interacciona con los receptores aminoácidos excitatorios: N metil D aspartato, NMDA, y no NMDA. La sustancia P, interactúa con los receptores dobles de la proteína G. Las fibras nerviosas aferentes primarias en la asta dorsal espinal hacen sinapsis con la neurona de segundo orden. Dichas fibras viajan en el tracto de Lissauer el cual está localizado en la sustancia gris de la asta dorsal espinal; la misma está dividida anatómicamente en 6 capas o laminas, cada una de las cuales recibe tipos específicos de fibras aferentes nerviosas.

El haz espinotalámico es la vía más importante para el ascenso de las señales aferentes del dolor de la médula espinal a la corteza; y se subdivide en: neoespinotalámico y paleoespinotalámico.

El haz neoespinotalámico, es la vía primaria de la señal del dolor rápido, discrimina los diferentes aspectos del dolor: localización, intensidad, duración.

ENTREVISTA HC.

En los datos generales debe incluirse como mínimo los nombres y apellidos, nacimiento, dirección, teléfono, número de identificación personal y número de historia clínica, en fin, todo aquello que nos pueda ayudar a localizar al paciente cuando sea necesario.

ANAMNESIS.

FECHA APARICIÓN DEL DOLOR: En relación a la duración del proceso doloroso, se establece una clasificación basada en su proceso evolutivo: agudo, menos de 3 a 6 meses, y crónico si es más de 3 a 6 meses.

FORMA DE INICIO, VARIACIONES DURANTE EL DÍA: Puede ser súbito o insidioso, puede iniciarse durante el trabajo o después de un accidente, etc.

CUALIDAD DEL DOLOR: Invitar al paciente a describir su dolor con sus propias palabras. Puede ser tipo ardor, quemazón o corriente eléctrica en las afecciones neuropáticas, otras modalidades son tipo latido, retortijón.

INTENSIDAD: Es necesario contar con un instrumento de medición lo más objetivo y simple posible para evaluar la intensidad del dolor, que pueda ser repetido en las siguientes evaluaciones, que pueda ser comparable y nos permita valorar el grado de eficacia analgésica del método utilizado. Las escalas más utilizadas son la numérica, la descriptiva verbal, la de las caras y la visual análoga.

LOCALIZACIÓN Y EXTENSIÓN: Puede sombrearse en un mapa corporal o con las propias palabras del paciente.

Puede ser:

Localizado: dolor localizado a una estructura afecta. Suele ser "a punta de dedo".

Difuso: dolor mal localizado, profundo, opresivo y no continuo.

Irradiado: se transmite a lo largo del trayecto de un nervio o raíz nerviosa con distribución metamérica o periférica.

Referido: dolor originado a nivel profundo y se manifiesta a nivel cutáneo a distancia.

SÍNTOMAS Y SIGNOS ASOCIADOS: Pueden ser dermatológicos (vesículas...), neurológicos (alteraciones sensitivas, motoras o autonómicas), musculoesqueléticos, vegetativos (náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia), incluso generales (astenia, anorexia, adelgazamiento, disnea).

FACTORES QUE AGRAVAN O ALIVIAN EL DOLOR: El reposo, la actividad, la alimentación, los cambios climáticos.

EVALUAR EL ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE: La depresión suele acompañar a todo dolor crónico y el dolor no controlado es el principal factor de suicidios relacionados al cáncer.

HISTORIA FARMACOLÓGICA: Se debe anotar todas las medicaciones que está tomando el paciente en ese momento, para conocer los posibles efectos adversos, e interacciones, debe preguntarse sobre el cumplimiento de los fármacos analgésicos prescritos.

EVOLUCIÓN: Al inicio del tratamiento analgésico es necesario reevaluar con frecuencia al paciente, hasta conseguir un adecuado control del dolor.