



**Universidad del sureste campus Comitán,  
licenciatura en medicina humana.**

**NOMBRE DEL ALUMNO:** Edman Uriel  
Morales Aguilar

**NOMBRE DEL PROFESOR:** Diego Rolando  
Martínez Guillen

**NOMBRE DEL TRABAJO:** Resumen

**MATERIA:** Psiquiatría

**GRADO Y GRUPO:** 5to semestre grupo A

## RESUMEN

El dolor es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia. El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen, el pecho o la pelvis. O puede sentir dolor generalizado. El dolor puede ayudar a diagnosticar un problema. Sin dolor, usted podría lastimarse gravemente sin saberlo o no darse cuenta de que tiene un problema médico que requiere tratamiento. Hay dos tipos de dolor: Agudo y crónico. En general, el dolor agudo aparece de repente, debido a una enfermedad, lesión o inflamación. A menudo puede ser diagnosticado y tratado. Generalmente desaparece, aunque a veces puede convertirse en dolor crónico. El dolor crónico dura mucho tiempo y puede causar problemas graves. El dolor no siempre es curable, pero hay muchas formas de tratarlo. El tratamiento depende de la causa y el tipo de dolor. Hay tratamientos que usan medicamentos, como los analgésicos. También hay tratamientos sin medicamentos, como la acupuntura, la fisioterapia y, a veces, la cirugía.

La cefalea se define como una sensación dolorosa de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello o nuca y mitad superior de la cara (frente). El dolor percibido en la mitad inferior de la cara se denomina algia o dolor facial. Es un síntoma muy frecuente en la población constituyendo el motivo de consulta del 20% de los pacientes que acuden a los servicios de neurología. Casi todas las personas han padecido este síntoma en algún momento de su vida. Se estima en estudios epidemiológicos que la prevalencia de este trastorno es de un 10-20% de la población. La cefalea o cefalalgia (término empleado más en algún síndrome en el que la cefalea es violenta o paroxística) aparece como resultado de la inflamación o distorsión (tracción o compresión) de las estructuras encefálicas sensibles al dolor. Las más importantes y de mayor significado en la etiología de las cefaleas son: Piel, tejido subcutáneo, músculos, arterias y periosteo del cráneo. Ojos, oídos, senos y cavidad nasal. Senos venosos intracraneales y sus venas tributarias. Algunas partes de la duramadre de la base del cráneo y las arterias de la duramadre y la piamadre. Trigémino, glossofaríngeo, vago y los tres primeros nervios craneales. La estructura ósea, las partes de la duramadre de la convexidad del cráneo, el parénquima cerebral y los plexos coroideos son insensibles al dolor. De todo ello se deduce que los mecanismos que producen dolor en las cefaleas son los siguientes: Tracción o dilatación de las arterias intracraneales o extracraneales. Tracción o desplazamiento de las venas intracraneales. Compresión, tracción o inflamación de los nervios craneales o espinales. Espasmo de los músculos cervicales. Irritación meníngea y aumento de la presión intracraneal. En las cefaleas migrañosas, el dolor aparece por dilatación de la arteria temporal o sus ramas con edema periarteriolar y estimulación de las estructuras sensibles que rodean estas arterias. En la arteritis de Horton las trombosis arteriales y la hipertensión arterial, las cefaleas tienen mecanismos similares. También los dolores provocados por el alcohol, nitritos e insuficiencia respiratoria hipercápnica se deben a la vasodilatación cerebral que se produce. Las masas intracraneales suelen provocar cefalea por tracción, deformación o desplazamiento de los vasos sanguíneos intracraneales y, en las fases finales, por hipertensión intracraneal. La cefalea secundaria a la meningitis se atribuye a aumento de la presión intracraneal, dilatación e inflamación de los vasos meníngeos o

irritación de las terminaciones nerviosas de las meninges y raíces raquídeas. La cefalea postpunción lumbar se debe a hipopresión del líquido cefalorraquídeo. Las cefaleas de origen ocular se localizan en la órbita, la frente o la sien, y suelen aparecer después de un trabajo visual prolongado. En la hipermetropía y el astigmatismo, la cefalea se produce por contracción sostenida de la musculatura extraocular. En la uveítis y el glaucoma se invoca el aumento de la presión intraocular como causa de la cefalea. En las cefaleas por infecciones o bloqueo de los senos paranasales, el dolor aparece por aumento de presión en los senos e irritación de sus paredes. Las cefaleas que acompañan a las alteraciones osteoarticulares vertebrales se deben a enfermedades propias de ligamentos, músculos o espacios apofisarios. Las cefaleas que acompañan a las alteraciones osteoarticulares vertebrales se deben a enfermedades propias de ligamentos, músculos o espacios apofisarios

La temperatura del cuerpo está determinada por un equilibrio entre la producción de calor en los tejidos, en especial el hígado y los músculos, y la pérdida de calor en la periferia. Normalmente, el centro termorregulador del hipotálamo mantiene la temperatura interna entre 37° y 38° C. La fiebre se produce cuando algo aumenta el punto de regulación del hipotálamo, lo que desencadena la vasoconstricción y el alejamiento de la sangre desde la periferia para disminuir la pérdida de calor; a veces se induce la aparición de escalofríos, que incrementan la producción de calor. Estos procesos continúan hasta que la temperatura de la sangre que irriga el hipotálamo alcanza el nuevo punto de corte fijado. Al modificar este valor de corte del hipotálamo y disminuirlo (p. ej., con un medicamento antipirético), se inicia la pérdida de calor mediante la sudoración y la vasodilatación. La capacidad de generar fiebre está reducida en algunos pacientes (p. ej., los alcohólicos, los ancianos, los niños muy pequeños). Los pirógenos son sustancias que causan fiebre. Los pirógenos exógenos son por lo general microbios o sus productos. Los más estudiados son los lipopolisacáridos de las bacterias gramnegativas (comúnmente llamados endotoxinas) y la toxina del *Staphylococcus aureus*, que causa el síndrome de shock tóxico. La fiebre es el resultado de pirógenos exógenos que inducen la liberación de pirógenos endógenos, tales como interleucina-1 (IL-1), factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) y IL-6 y otras citocinas, que luego activan los receptores de citocinas, o de pirógenos exógenos que activan directamente los receptores semejantes a Toll.

La tos es un mecanismo importante para la movilización de las secreciones, cuerpos extraños y factores irritantes para el tracto respiratorio. Se presenta sólo en el 25% de los recién nacidos aunque al mes de vida pueden ya toser el 90% de los niños. La vía aferente del reflejo de la tos, consiste en unos receptores de la tos y neuronas aferentes modulados por el sistema nervioso central. Los receptores de la tos se estimulan por irritación química, estimulación táctil y fuerzas mecánicas. Están localizados a lo largo de las vías respiratorias, sobre todo en carina y bifurcaciones. La excitación nerviosa a partir de los receptores se transmite por ramos de los nervios vago y laríngeo hacia el tallo cerebral, donde se coordina el proceso complejo de la tos. La tos tiene 4 fases: fase inspiratoria (inspiración y cierre glótico), fase de contracción (de los músculos respiratorios contra la glotis cerrada), fase de compresión (la contracción muscular eleva las presiones alveolares y bronquiales) y fase expulsiva (súbita expulsión de aire y secreciones)