



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS
MEDICINA HUMANA 8VO SEMESTRE**

UNIDAD I

UMBRAL DEL DOLOR

ANALISIS DE LA DECISION CLINICA

DR. RICARDO ACUÑA

DEBORA NIETO SANCHEZ

El dolor. Umbral del dolor

Según la Real Academia de la Lengua Española, el dolor queda definido como una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior o un sentimiento de pena y congoja; es una sensación subjetiva de difícil descripción que cada individuo vive y afronta de manera distinta, pues está ampliamente influenciado por factores culturales, así como de las experiencias previas que la persona haya vivido.

Existen multitud de formas de clasificación del dolor; un proceso que cuenta con una elevada prevalencia en nuestra sociedad, tanto el dolor crónico como dolor agudo. Es una de las consultas más frecuentes tanto en el ámbito de la atención primaria como hospitalaria.

Resulta de vital importancia su correcto diagnóstico, así como su medición para establecer un tratamiento adecuado y que permita actuar en consonancia a la intensidad de dolor que es vivida por el paciente.

La definición de “dolor” según la IASP (Internacional Association for the Study of Pain/Asociación internacional para el estudio del dolor), es:

Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma.

En la misma definición, la IASP la complementa con siguientes observaciones:

- El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; por tanto es el paciente quien mejor puede informar sobre su dolor.
- La imposibilidad de verbalizar la existencia de dolor no excluye su existencia y por ende su adecuado tratamiento.
- Ante el dolor no siempre es posible encontrar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.
- El dolor es una experiencia somato-psíquica de carácter multidimensional y subjetivo donde el único que nos puede informar con precisión es el mismo paciente.

➤ **Según su mecanismo fisiopatológico o etiopatogenia**

- Nociceptivo dolor producido como respuesta a un estímulo nocivo (captado por los nociceptores o terminaciones nerviosas libres), con buena correlación entre la intensidad del estímulo y la percepción del dolor
- Este a su vez puede ser **somático**, el cual se trata de un dolor constante, intenso y perfectamente localizado o visceral, el cual se caracteriza por ser constante o tipo cólico, mal localizado y referido a zonas cutáneas, acompañado o no de síntomas vegetativos.
- Neuropático, se debe a una lesión o disfunción del sistema nervioso central (SNC) o periférico y puede persistir algún tiempo después de que desaparezca el estímulo que lo provocó. El paciente lo describe como un dolor desproporcionado (para la lesión existente), quemante, como una sensación de ardor. No se debe olvidar la alta prevalencia del dolor mixto, con componentes tanto neuropático como nociceptivo.

➤ **Según su curso**

- Continuo.
- Episódico (incidental, intermitente, fallo al final de dosis)

➤ **Según su localización y distribución**

El lugar donde se percibe el dolor puede indicar una causa local subyacente, un origen referido, una distribución dermatomérica o de un nervio periférico o no tener ninguna relación con los patrones neuroanatómicos tradicionales.

- **Dolor localizado**, evocado por estimulación nociceptiva de estructuras somáticas. Produce un dolor sordo
- **Dolor irradiado**, se transmite por todo el trayecto de un nervio con distribución segmentaria o periférica
- **Dolor referido**, se percibe en regiones alejadas, con una inervación diferente de los tejidos estimulados nociceptivamente. Es más vago y de difícil localización (Somático, visceral).

➤ **Medición del dolor**

Según el estudio de Casal Codesido, JR y Vázquez Lima, MJ2, el dolor se mide mediante escaladas para medir la intensidad, y pueden ser utilizadas tanto por el paciente como por el profesional. Está demostrado que el uso de escalas de medición del dolor por los profesionales aumenta de manera sustancial el uso de los analgésicos y acorta el tiempo hasta su administración.

Destacan la escala de categoría verbal que mide el dolor en términos de leve, moderado e intenso; escalas numéricas en las que se pide al paciente que puntúe su dolor de 0 al 10 (siendo 0 ausencia de dolor, y 10 el dolor más intenso que haya sufrido). Pero quizás la más utilizada sea la escala EVA (escala visual analógica) en la que los pacientes deben colocar una señal sobre una línea sin marcas de 10 cm, donde el lado izquierdo aparecerá la inscripción “sin dolor” y en el derecho “dolor insoportable”, de tal manera que según el lugar donde la coloquen representará la intensidad de su dolor; en dicha escala el dolor por debajo de 4 cm se considera leve, entre 4 y 7 cm de intensidad moderada y por encima de 7 cm, dolor intenso.

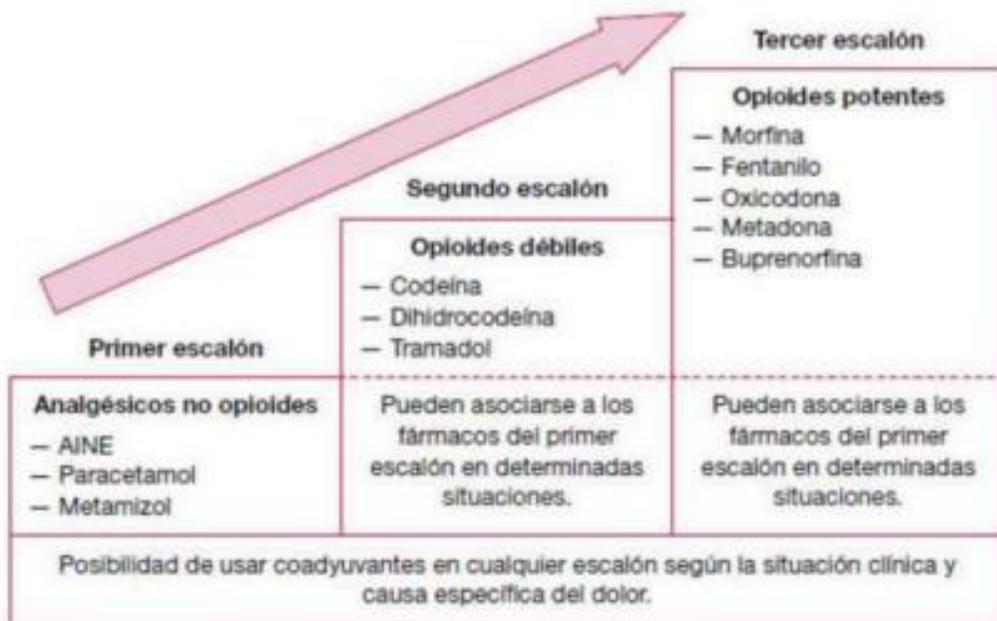
➤ **Métodos verbales**

A. Unidimensionales (referidas en el párrafo anterior)

- EVA (Escala visual analógica).
- Escala numérica.
- Escala de dolor facial

➤ **Tratamiento**

El tratamiento del dolor se basaba clásicamente, según diversos estudios en el uso racional y ordenado de los analgésicos según el modelo conocido como escalera analgésica de la OMS (organización mundial de la salud), que fue publicado en el año 1986; dicho modelo consta de 3 escalones que pueden ser utilizados en base a la intensidad de dolor que padece el paciente; se pueden utilizar coadyuvantes del fármaco principal para conseguir un efecto sinérgico, el cual aumente la potencia de dichos fármacos más allá de la suma de ambos efectos.



BIBLIOGRAFIA

Reinoso, D. J. F. (Ed.). (s/f). El dolor. Umbral del dolor. Novedades de tratamiento en pacientes con dolor: Vol. IV Número 35 (Número : 28.12.2020). NPunto.