

Semiología del dolor

TIBERIO ÁLVAREZ ECHEVERRI

La semiología o semiótica es el estudio de los signos y síntomas de las enfermedades y sus consecuencias. Los signos son las manifestaciones objetivas de la enfermedad, bien sea físicas como la sudoración o la dilatación de las pupilas, o químicas, como la hiperglicemia, que se reconocen cuando se examina al enfermo. En cambio, los síntomas son las manifestaciones subjetivas que experimenta el paciente y que el médico no percibe o le es difícil comprobar pero que conoce mediante el interrogatorio. Por ejemplo, el dolor sólo es percibido por el paciente pero lo comunica al médico con su lenguaje mediante descripciones verbales. Síndrome doloroso es la serie de signos y síntomas que se presentan en un momento dado y que definen un estado morboso como es el caso del *Síndrome Regional Complejo Doloroso*. El diagnóstico del dolor resulta del conjunto ordenado de métodos y procedimientos de que se vale el médico para obtener los signos y síntomas. De esta manera identifica la dolencia, deduce el pronóstico y establece la terapia.

En otras palabras, la evaluación del paciente tiene como fin diagnosticar el problema doloroso, definir si el dolor es agudo, crónico o canceroso, desarrollar la adecuada estrategia terapéutica, evitar la fragmentación del cuidado y evaluar los aspectos psicológicos, sociales, culturales y familiares en los que está inmerso el paciente.

ACERCAMIENTO AL PACIENTE

Es primordial establecer buena comunicación de manera que el paciente y su familia tengan confianza en el médico y cooperen para alcanzar los objetivos propuestos. Sólo así se vencen el pesimismo, la ira, el resentimiento y la amargura

.....
DOCTOR TIBERIO ÁLVAREZ ECHEVERRI, Anestesiólogo y Tanatólogo, Profesor, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

sobre todo cuando han fracasado otras terapias. La actitud del médico debe ser comprensiva, afectuosa, analítica, paciente y educada.

Es importante, además, informar al paciente y sus allegados de los pasos y procedimientos que se van a seguir; responder sus inquietudes; instruirlos con el lenguaje apropiado a su nivel cultural y con el suficiente tiempo para asegurar la buena comunicación y la cooperación en las terapias.

Para evaluar el dolor son necesarios la historia clínica completa, el examen físico exhaustivo, el conocimiento de la fisiopatología del dolor y el complemento de las ayudas diagnósticas. Se logran así el diagnóstico correcto y la planeación de la estrategia terapéutica.

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

LA HISTORIA CLÍNICA NARRA EN FORMA CLARA, organizada, concisa y lógica cómo ha sido el dolor, sus aspectos médicos, psicológicos, sociales y familiares así como las terapias efectuadas. Es importante que el paciente se exprese en sus propias palabras. En algunas ocasiones se le ayuda para que se centre en el problema pero debe evitarse la sugerencia de signos y síntomas. Además de la información verbal que se recibe durante el interrogatorio, el médico analizará las actitudes, conductas y reacciones emocionales del paciente. Tendrá en cuenta aspectos como el tono de la voz, la expresión facial, la gesticulación, la demora o la prisa en hablar, la respuesta emocional cuando describe la historia marital y laboral, el carácter, la personalidad, el estado emocional, la pasividad, la excitación. El médico debe escuchar con atención, no mostrar prisa, tener paciencia, seleccionar y enfatizar los datos pertinentes, utilizar el lenguaje

de la vida diaria, permitir que se expresen los sentimientos, intervenir lo menos posible, utilizar preguntas abiertas y ser respetuoso.

La exploración del paciente con dolor tiene en cuenta el interrogatorio, la inspección general y local, la palpación profunda y superficial, la mensuración, la percusión torácica y abdominal, la auscultación del tórax y el corazón y los métodos complementarios como los analíticos, radiográficos, endoscópicos, histológicos, los sondajes, los cateterismos y las punciones.

El interrogatorio, según Surós, es la mitad del diagnóstico. Entre las directrices que lo condicionan están el permitir la libre expresión de las molestias; percibir los trastornos de la voz; explicitar lo confuso; escuchar con atención e impasibilidad benévola, sin prisas; preguntar en orden lógico; tener una intencionalidad diagnóstica; hablar con la verdad; dar la sensación de seguridad, sin pesimismo, falsas alarmas, dudas, incertidumbres; continuar el interrogatorio durante el examen físico.

El interrogatorio del paciente con dolor se relaciona directamente con la intensidad, la localización y la fisiopatología. Como no hay medidas objetivas el paciente responderá a las preguntas: ¿cuál es la frecuencia del dolor?, ¿dónde se localiza?, ¿cuáles son las posibles causas?, ¿qué intensidad tiene?, ¿con qué se alivia o se exacerba?

Es necesario tener en cuenta el tiempo de aparición y la evolución del dolor, la historia familiar que puede indicar que otras personas han sufrido dolores similares, o que existen factores que "moldean" la personalidad o el paciente proviene de una familia "propensa al dolor". Se debe indagar, además, por problemas psicológicos previos, drogadicción, problemas laborales así como por los factores de estrés.

INTENSIDAD DEL DOLOR

NO ES FÁCIL MEDIR EL DOLOR. Se han desarrollado pruebas multidimensionales y escalas unidimensionales que ayudan al paciente en la medición de su dolor. Las escalas más utilizadas son la numérica, la descriptiva verbal, la de las caras y la visual análoga.

La Escala numérica es útil y fácil de llenar. Consiste en una escala numerada de 0 a 10 en la que 0 significa ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable. En ella el paciente elige el número que mejor describe su dolor. Tiene como desventaja que no refleja la disfunción física o psicológica causada por el problema doloroso.

La Escala descriptiva verbal consiste en un listado en el que figuran los adjetivos de leve, incómodo, penoso, horrible y atroz para que el paciente señale el que más se asemeja a su dolor.

La Escala visual análoga – EVA – es similar a la numérica pero el paciente señala en una línea de 10 cm el punto que marca su dolor sabiendo que un extremo representa la ausencia de dolor y el otro el peor dolor posible. Es quizá la escala más utilizada.

La Escala de las caras pintadas consta de cinco dibujos de caras en diferentes situaciones como feliz, sonriente, triste y llorosa. Es útil en niños y en personas con trastornos mentales.

Entre las pruebas multidimensionales, que requieren más tiempo de llenado pero brindan más información, están el Cuestionario de dolor de McGill –MPQ– y el Cuestionario breve del dolor –BPI–, según sus siglas inglesas.

El Cuestionario de McGill presenta una serie de palabras que describen las dimensiones sensorial,

afectiva y evaluativa del dolor. Se obtienen tres puntuaciones, una para cada dimensión, así como la puntuación total. Es un instrumento muy utilizado que da información segura. Tiene la desventaja de requerir mucho tiempo para diligenciarlo.

El Cuestionario breve pregunta a los pacientes por la severidad de su dolor con los términos mínimo, corriente y peor. Pide además que el paciente señale su dolor en un dibujo del cuerpo. Pregunta por los tratamientos y medicaciones que ha recibido, la interferencia con las actividades, el ánimo, el trabajo, las relaciones sociales, el sueño y la diversión.

DURACIÓN Y PERIODICIDAD

ES IMPORTANTE DETERMINAR LA DURACIÓN y otras características temporales que ayudan a descubrir la causa del dolor. Se debe preguntar si es continuo, intermitente, pulsátil, o si aparece por crisis. Si es breve y rápido, como un destello en el tic doloroso; en pulsos rítmicos como en la migraña o en el dolor de la pulpa dental; si es prolongado con fases menos rítmicas como en el cólico intestinal; si aumenta gradualmente para quedarse luego en una meseta antes de desvanecerse. Si hay relación con los días de la semana, las condiciones del tiempo, el lugar, las emociones, las preocupaciones.

LOCALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN

El señalamiento del dolor es necesario para su comprensión. El paciente lo puede señalar en su cuerpo, describirlo o pintarlo en un dibujo. El dolor puede estar confinado a un sitio o irradiarse a

otras partes corporales. Este *dolor referido* se produce generalmente en estructuras profundas o vísceras. Es el caso del dolor en el hombro derecho cuando hay cáncer de hígado o páncreas por irritación del nervio frénico.

FISIOPATOLOGÍA DEL DOLOR

CON LOS DATOS APORTADOS POR LA HISTORIA CLÍNICA complementada con el examen físico el médico comienza a sospechar la etiología del dolor. Esto le permitirá establecer el tipo de dolor y si es agudo o crónico. Puede deducir que es de tipo nociceptivo debido a la estimulación de los nociceptores; neuropático, por daño de las estructuras nerviosas como en el herpes zóster; si es un síndrome doloroso regional complejo, que involucra la causalgia y la distrofia simpática refleja, caracterizado por alodinia, hiperpatía, cambios vasomotores y sudomotores. Si es una neuralgia, una radiculopatía, un síndrome talámico o dolor central o un dolor psicógeno que no se relaciona con la distribución anatómica del sistema nervioso.

EXAMEN FÍSICO

DEBE SER COMPLETO SIGUIENDO EL PROCESO CLÁSICO de la inspección, la palpación, la percusión, la auscultación, la toma de temperatura, el olfato. Debe complementarse con la evaluación del estado neurológico, músculo-esquelético y mental.

La inspección es el examen por medio de la vista. Puede ser directa, inmediata, o instrumental. Requiere que haya buena luz, correcta posición del enfermo y del médico, atención y concentración en los detalles. Debe efectuarse con el paciente desnudo o en ropa interior. Permite observar los

hábitos corporales, la postura, la facies, el estado de nutrición, la talla, las lesiones cutáneas primarias como las máculas, pápulas, nódulos, tumores o las secundarias como úlceras y fisuras. Permite además observar las uñas, los pelos, el color y elasticidad de la piel, la marcha y el movimiento.

La palpación: es el examen unimanual o bimanual en el que una mano es activa y la otra pasiva. En cuanto a la percusión, puede ser comparativa o topográfica.

El examen de la parte dolorosa debe correlacionarse con los resultados del interrogatorio. Observar el color de la piel, si hay edema, caída del pelo, atrofia, sudoración, espasmo muscular, cutis ansarina –piel de gallina–. Palpar y detectar la intensidad del dolor; identificar los puntos gatillo; observar la respuesta verbal, postural y defensiva del paciente. Es importante estudiar la simetría corporal comparando un hemicuerpo con el otro así como analizar la sensibilidad a la palpación en la zona dolorosa comparada con la normal.

EXAMEN NEUROLÓGICO

DEBE REALIZARSE SISTEMÁTICAMENTE. Una forma rápida y simple es examinar primero los pares craneales de la siguiente manera: el nervio II, óptico, se evalúa mediante el campo y la agudeza visuales. Basta que el paciente lea alguna revista. El III, motor ocular común, y el VI, motor ocular externo, se evalúan pidiendo al paciente que mueva sus ojos siguiendo un lápiz. El IV, troclear, se examina observando la acomodación y el tamaño de la pupila. El V, trigémino, se evalúa con el reflejo palpebral, palpando la cara y con la sensación al pinchazo en los dos tercios anteriores de la cara. El VII par, facial, observando los músculos faciales en cuanto al tono y la simetría al soplar o hacer una mueca. El VIII par, auditivo, se evalúa colocando

un reloj de cuerda en el oído del paciente. El IX, glossofaríngeo y el X, vago, se evalúan provocando el reflejo nauseoso al tocar la úvula con una mota de algodón, montada en una pinza, y observar su elevación. El XI par, accesorio, se examina elevando los hombros y girando la cabeza en contra de una resistencia. Finalmente, el XII, hipogloso, se evalúa pidiéndole al paciente que saque la lengua y la movilizce hacia los lados para observar alguna desviación anormal.

Los nervios espinales también se evalúan en forma rápida. La sensación se examina con una mota de algodón o una lámina de papel, para el toque suave, y mediante el pinchazo para la propiocepción y la sensación profunda.

La evaluación de la función motora es simple y rápida: se evalúan los músculos extensores y flexores de los hombros, codos y muñecas, la abducción y aducción de los dedos, caderas, rodillas y tobillos. Los reflejos profundos se buscan en el tríceps, bíceps, cuádriceps, rodilla y tobillo. La coordinación se examina observando cómo el paciente se sienta, levanta, camina y aplicando la prueba dedo-nariz. La prueba de Romberg se realiza con el paciente de pie, con los pies juntos y los ojos cerrados.

La función simpática se estudia por la sudoración que involucra la actividad sudomotora, la cutis anserina o piel de gallina que involucra la actividad pilomotora y la rubicundez de la piel, asociada con vasodilatación o la palidez debida a vasoconstricción.

La función mental se evalúa durante todo el proceso del interrogatorio y del examen físico de acuerdo con la orientación en tiempo y espacio, la memoria, la orientación derecha e izquierda, la discriminación, la forma de expresión, la lógica del pensamiento.

EXAMEN DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

DEBE LLEVARSE A CABO CON EL PACIENTE DESNUDO o vestido con ropa interior. Se observan el modo y la facilidad con que se quita la ropa. La observación será de frente, de lado y de espalda teniendo en cuenta la postura, la curvatura de la columna vertebral, el alineamiento de las extremidades, las deformidades, la simetría de los hombros, la pelvis y las extremidades. Con el paciente de lado se facilita observar el grado de lordosis cervical y lumbar y de cifosis dorsal. La observación posterior permitirá ver las curvaturas laterales y si la columna está balanceada.

Luego se hace caminar al paciente en la punta de los dedos para evaluar la función motora de S1, y después en los talones para la función motora de L5. En la evaluación de la función muscular se tendrán en cuenta la fuerza, el tono, el volumen y el contorno deduciendo si hay atrofia, hipertrofia o fibrilación muscular.

Los músculos del cuello se evalúan de acuerdo con los movimientos de flexión, extensión, lateralidad y rotación de la cabeza. En la extremidad superior se tienen en cuenta los movimientos del hombro y los brazos y la flexión, extensión, supinación y pronación del antebrazo; la flexión y extensión de la muñeca; la flexión y extensión de los dedos, la aposición de los dedos.

Para la extremidad inferior se pone al paciente en decúbito supino para que haga resistencia a la abducción, aducción, flexión y extensión de muslo, pierna, pie y dedos. El tronco se evalúa pidiéndole que se acueste boca arriba, inspire profundamente, doble los brazos sobre el tórax, tome la posición

sentada y flexione, extienda y rote el tronco. También, estabilizando la pelvis se le pide al paciente que rote para observar el movimiento de la columna torácica.

EXAMEN SENSORIAL

DESPUÉS DE EXAMINAR LA SENSIBILIDAD se puede concluir si hay:

Analgésia: ausencia de dolor al estímulo doloroso.

Anestesia: ausencia de todo tipo de sensación.

Alodinia: dolor debido a un estímulo no doloroso.

Disestesia: sensación anormal, no placentera.

Hiperestesia: sensibilidad aumentada ante estímulos.

Hipoestesia: sensibilidad disminuida ante estímulos.

Hiperalgésia: sensibilidad aumentada ante un estímulo doloroso.

Hipoalgésia: sensibilidad disminuida ante un estímulo doloroso.

Hiperpatía: respuesta aumentada a estímulos repetitivos no dolorosos.

Umbral del dolor: estímulo mínimo con el que aparece dolor.

Tolerancia al dolor: nivel máximo de dolor que el paciente puede tolerar.

DOLOR SICÓGENO

A LOS PACIENTES EN QUIENES SE SOSPECHA DOLOR sicógeno se les debe creer su petición de alivio y deben ser interrogados y examinados. Se requieren paciencia y comprensión. Son personas que sufren. Se deben analizar la personalidad, la manera de afrontar los problemas y la elección de las estrategias de solución. Deben tenerse en cuenta la depresión, los trastornos del sueño, la preocupación por los síntomas somáticos, la pérdida de la actividad, la disminución de la libido y la fatiga.

Algunas de las características del dolor sicógeno incluyen las localizaciones múltiples y en diferentes momentos; los problemas dolorosos que provienen de la niñez y la adolescencia, ¿abuso sexual, sobreprotección, violencia familiar? El dolor sin causa somática obvia; los procedimientos quirúrgicos múltiples y electivos; el abuso de sustancias; los problemas familiares y laborales y los tratamientos múltiples.

LAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Son útiles para confirmar y fundamentar el diagnóstico clínico. Las más utilizadas son:

Radiografía convencional, en casos de anomalías óseas, fracturas, metástasis, tumores, enfermedades de la columna.

Tomografía Axial Computarizada, TAC, para anomalías óseas. Resonancia Magnética, RM, para enfermedades de los tejidos blandos. Son útiles para diagnosticar estenosis del canal cervical, hernia de disco, compresión de raíz nerviosa y tumores.

Termografía, para ciertos tipos de dolores que tienen un patrón térmico definido.

Mielografía, para visualizar anomalías en el canal raquídeo.

Electromiografía, para el estudio de la musculatura esquelética mediante electrodos de aguja.

Estudios de conducción nerviosa, para nervios sensitivos y motores mediante estimulación externa.

Gamagrafía, para detectar lesiones óseas.

Tomografía por emisión de positrones, para ubicar sitios de integración dolorosa cerebral.

Pruebas sensoriales térmicas, para medir la respuesta dolorosa al calor y al frío y determinar los umbrales nociceptivos a los estímulos de calor y frío.

Bloqueos nerviosos diagnósticos con anestésicos locales, para diferenciar el compromiso somático del visceral, confirmar la localización anatómica del nervio periférico y definir estrategias terapéuticas.

CONCLUSIÓN

El paciente con dolor sufre en todo su ser. De allí que la evaluación clínica tenga en cuenta los aspectos orgánicos, psicológicos, culturales, ambientales, familiares, sociales y espirituales. La aproximación semiológica ayudará al diagnóstico correcto, al conocimiento de la fisiopatología y a la definición de la mejor estrategia terapéutica.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. BORSOOK D, LEBEL A, MCPEEK B. Massachusetts General Hospital. Tratamiento del dolor. Madrid: Marbán Libros; 1999: 26-43.
2. JACQUIER CP, BILBENY LN. El dolor, aspectos básicos y clínicos. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1997: 281-292.
3. JACOX A, CARR DB, PAYNE R, et al. Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline No 9. AHCPH publication No 94.0592. Rockville, MD.; Agency for Health Care Policy and Research, US Department Of Health and Human Services. Public Health Service. March 1994.
4. BONICA J, LOESER JD. Medical evaluation of the patient with pain. In: Bonica J, ed. Pain. Washington: Livingstone; 1996: 563-579.
5. ATTAL N, NICHOLSON B, SERRA J. New directions in neuropathic pain: focusing treatment on symptoms and mechanisms. London: The Royal Society of Medicine Press; 2000: 32.

