

Observando el dolor

Como hemos podido leer en el artículo anterior, el dolor tiene una respuesta fisiológica con unas vías muy determinadas para cada tipo de patología y sintomatología. Lo que si cambia la forma de vivir el dolor. Habrá personas que un simple arañazo lo vivirán con dolor y otra persona no le dará más importancia.

Es por ello que cuando estamos escuchando al cliente que nos viene a la consulta con una dolencia podamos averiguar cual es su sensibilidad al dolor y como lo vive.

Siempre se ha de partir que el dolor que siente la persona es real. Desde este punto, teniendo en cuenta las reacciones fisiológicas que puedan generar cada estructura del organismo vamos a empezar a preguntar que nos explique la persona como siente el dolor. Hay personas que explicarán con pelos y señales todo el trayecto del dolor y sus cualidades. En cambio habrá personas que lo único que sabrán decir es que les duele y no sabrán especificar ni el lugar. Esto ya nos determina el grado de consciencia de cuerpo que tiene la persona.

Es importante determinar la zona del dolor y relacionarla con:

Movimiento.

Frecuencia del dolor.

En que parte del día es más intenso o aparece.

La respuesta del dolor por la noche.

El tipo de dolor. Lo podemos adjetivar:

Agudo/suave

Eléctrico, rápido

Suave, lento

Sensación de acorchamiento.

Adormecimiento

Como si me agarraran

Insoportable

Rabioso

Me permite moverme

No me permite movimiento

Me imposibilita

Me permite dormir o no.

Duermo pero me despierto cansado

Etc.....

Ir haciendo preguntas que nos determinen i nos den información de que estructura es la que está afectada. es importante repetir las preguntas con diferentes formas.

Hay que tener presentes que habrá gente que te responderá más concretamente si les hablas con un lenguaje más visual, otros con un lenguaje más sensitivo.

Hay que hacer preguntas desde lo sensitivo, desde lo visual, haciendo gestos y observando como gesticula la persona cuando nos expresa su dolor.

En relación a los tejidos Puntos a tener en cuenta.

Teniendo en cuenta que todo el cuerpo es una trama de tejidos.

Cuando el dolor es articular, por una artritis. Con el reposo se mejora pero mucho tiempo quieto se genera una estasis de líquido que aumenta la presión y acaba doliendo y la persona necesita movimiento para aliviar el dolor.

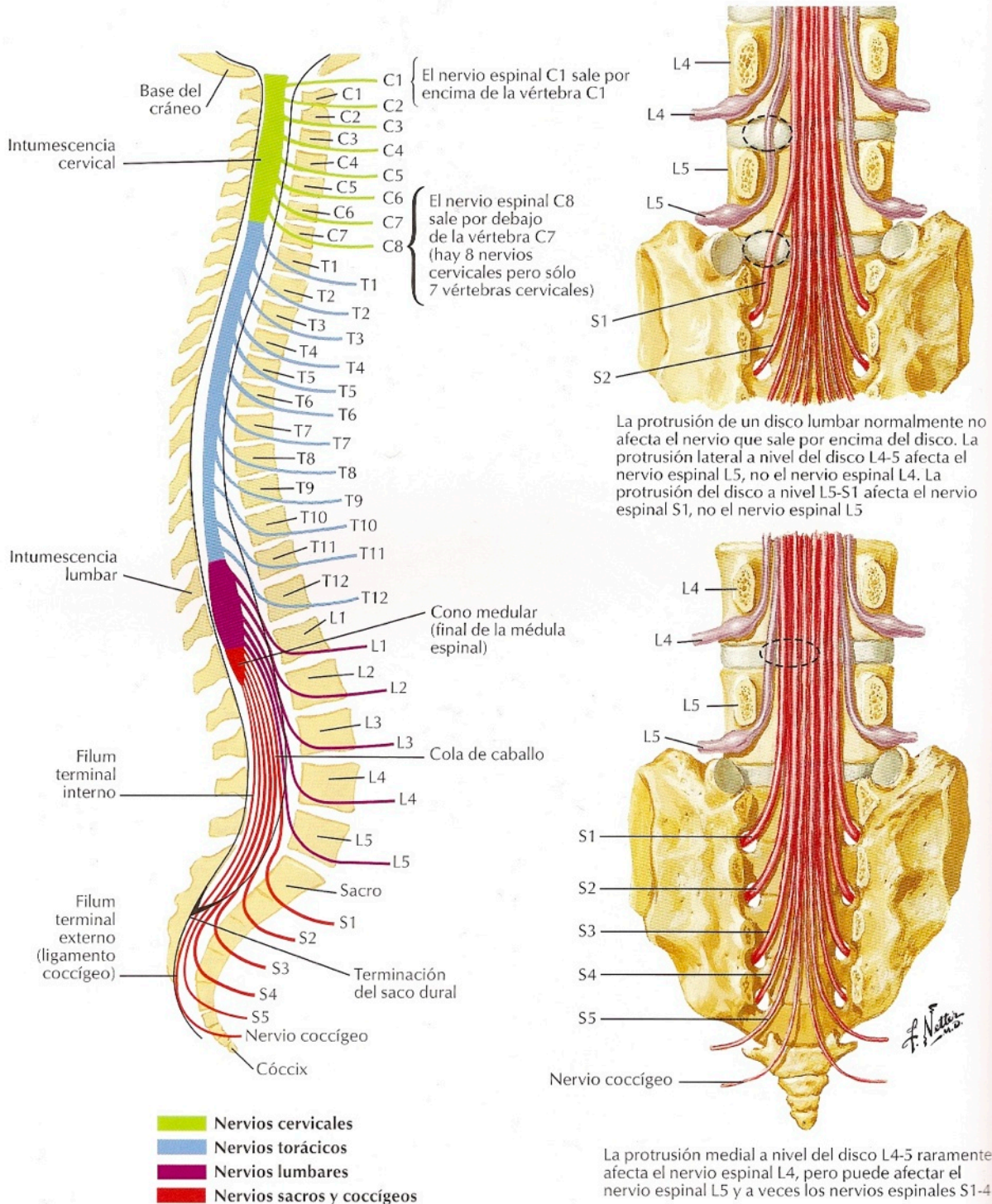
Los ligamentos duelen cuando son estirados. Por lo que estos dolerán cuando se les solicitan o son comprimidos. Pero hay que tener en cuenta que si la lesión es aguda la inflamación puede ser considerable y la persona puede sentir un dolor en casi todas las posiciones. Pero este dolor es siempre lento y puede cambiar de lugar del dolor, la zona. La persona suele mostrar un dolor concreto en la zona de lesión que se puede extender a otras zonas como un reflejo.

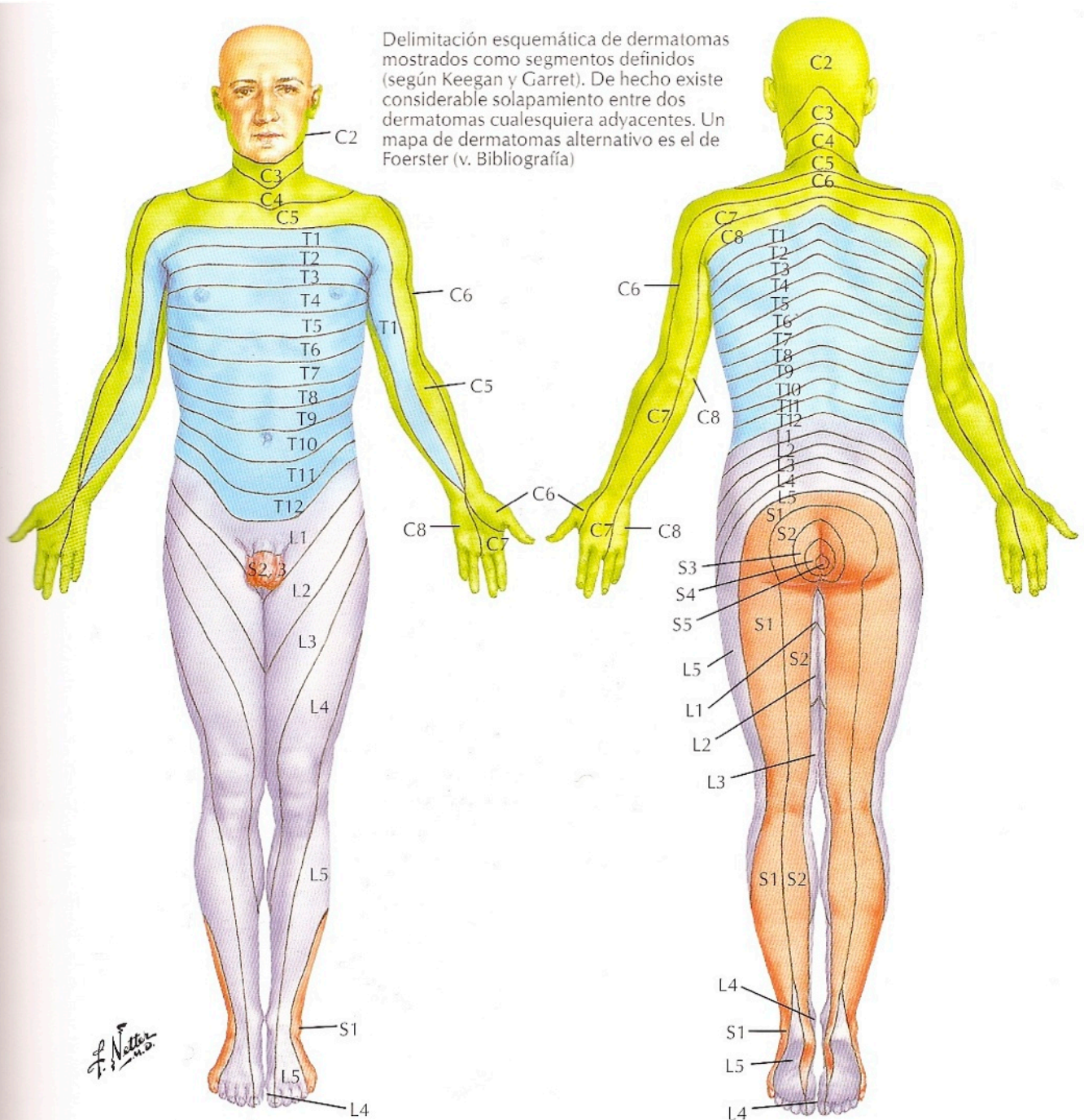
El dolor de las raíces nerviosas, cuando estas son comprimidas, el dolor es agudo, eléctrico y rápido. Cuanto más grave es la lesión la persona mostrará un dolor más intenso y distal. Es un dolor que se muestra muy concreto en una zona, la persona te lo identifica con mucha claridad. En las otras estructuras la expresión del dolor referido es como no tan seguro. En la compresión de un nervio la persona te muestra con seguridad, confirmará la zona de dolor referido con mucha claridad. En casos agudos el dolor es tan intenso que genera trastornos psicológicos graves. Cuando hay una lesión radicular a parte del dolor y la parestesia en la zona de enervación vamos a ver como los músculos que dependen del nervio se van a ver afectados con la pérdida de fuerza por corte en el flujo de información que estimula la contracción y la relajación. En la lesión de los tejidos o articulaciones, la persona puede perder fuerza a causa del dolor, por claudicación, pero la respuesta nerviosa es correcta. Este último punto es importante para determinar si la lesión es de origen radicular o no.

Cuando la lesión nos la encontramos en una fascia, los síntomas serán muy parecidos a los ligamentosos, pero no responderán a un patrón articular concreto, sino a un patrón de movimiento en relación a las palancas de los tejidos. Cuando hay mucha tensión en los tejidos, por la falta de movilidad se genera una acidosis que debilita los tejidos haciéndolos más sensibles y enviando información nociceptiva al SNC. Estos dolores se pueden confundir con dolores musculares, pero si hacemos las pruebas veremos que mayoritariamente no corresponden a esos patrones. Estos dolores pueden dar dolores referidos a otras zonas del cuerpo. También se conocen como puntos gatillo.

Cuando el dolor es visceral, en estados agudos es un dolor cólico que la persona tendrá que ir directamente a urgencias. Pero a nosotros se nos puede presentar personas con dolor referido por una afección del órgano. La persona nos indicará de normal que el dolor aumenta cuando está en reposo y sobretodo por la noche. Es un dolor de incómodo a agudo en el que la persona intenta buscar una posición, que normalmente es fetal. a veces un órgano puede estar cargado y dar pequeñas sensaciones o dolores referidos en diferentes partes del cuerpo que cuando son tratados esos dolores locales no responden al tratamiento por no ser tratado desde el origen. La sensación más común que una persona puede indicar por un dolor referido de un órgano es un dolor como una presión y pesado, la persona tiende a apretarse el lugar de dolor con la mano.

Imágenes de Dermatomas





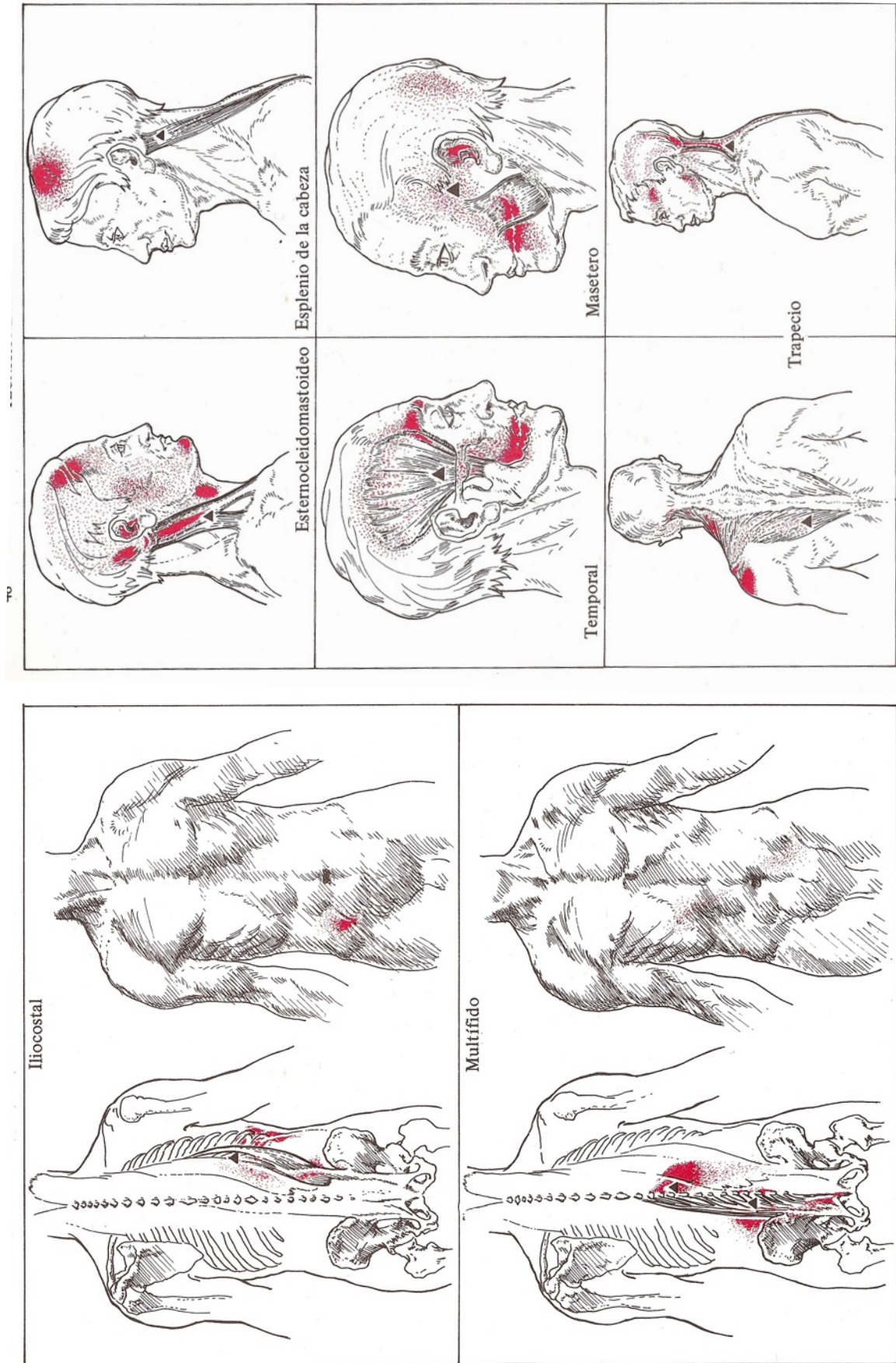
F. Natter

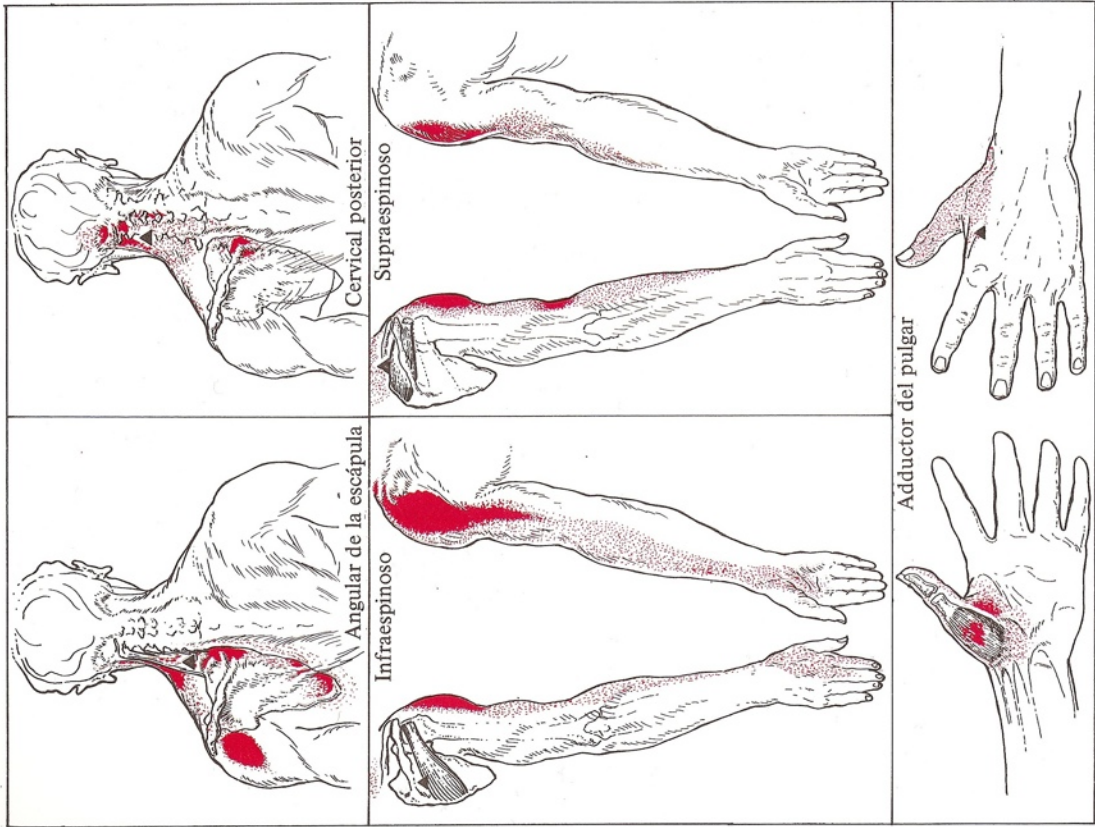
Niveles de los principales dermatomas

- C5** Clavículas
- C5, 6, 7** Partes laterales de los miembros superiores
- C8, T1** Partes mediales de los miembros superiores
- C6** Pulgar
- C6, 7, 8** Mano
- C8** Dedos anular y meñique
- T4** Nivel de los pezones

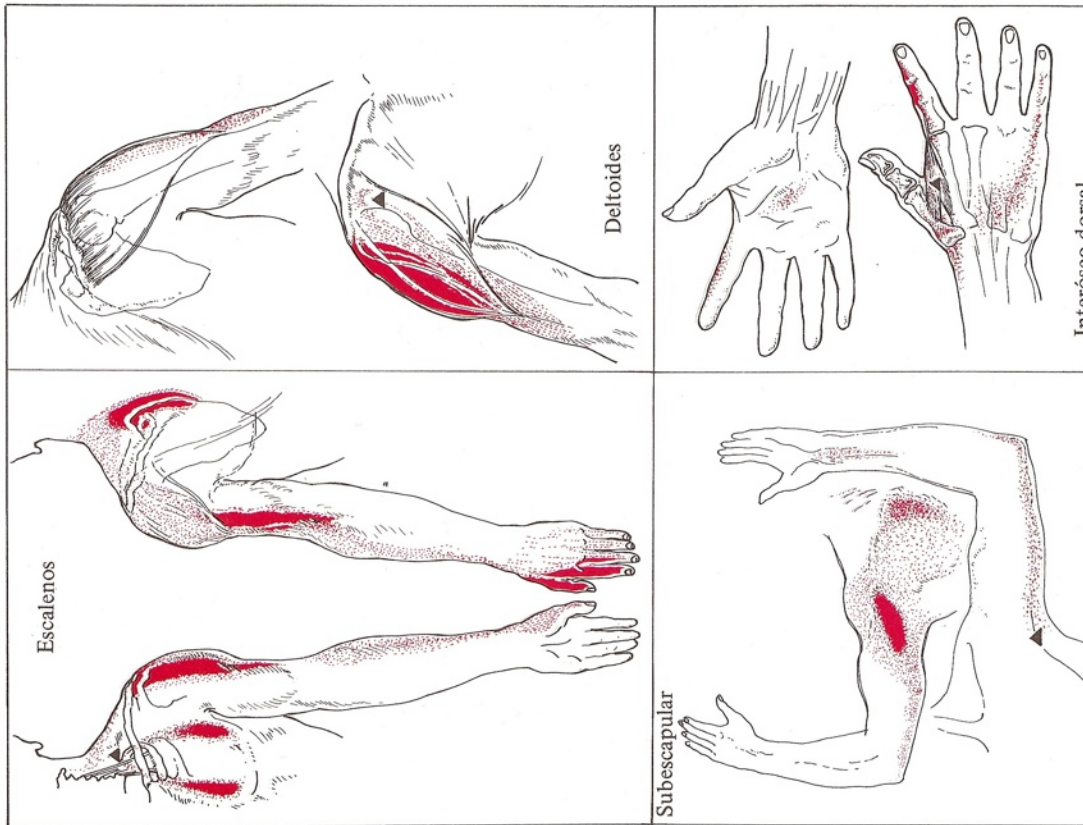
- T10** Nivel del ombligo
- L1** Región inguinal
- L1, 2, 3, 4** Caras anterior e interna de los miembros inferiores
- L4, 5, S1** Pie
- L4** Cara medial del dedo gordo del pie
- S1, 2, L5** Caras posterior y externa de los miembros inferiores
- S1** Borde lateral del pie y dedo pequeño del pie
- S2, 3, 4** Periné

Imágenes de los punto gatillo





▲ Punto desencadenante *Figura 1c*
 Contorno del dolor
 Puntos desencadenantes de la aponeurosis muscular y zonas usuales de dolor referido.



▲ Punto desencadenante *Figura 1d*
 Contorno del dolor
 Puntos desencadenantes de la aponeurosis muscular y zonas usuales de dolor referido.

TECNICA NEUROMUSCULAR

52

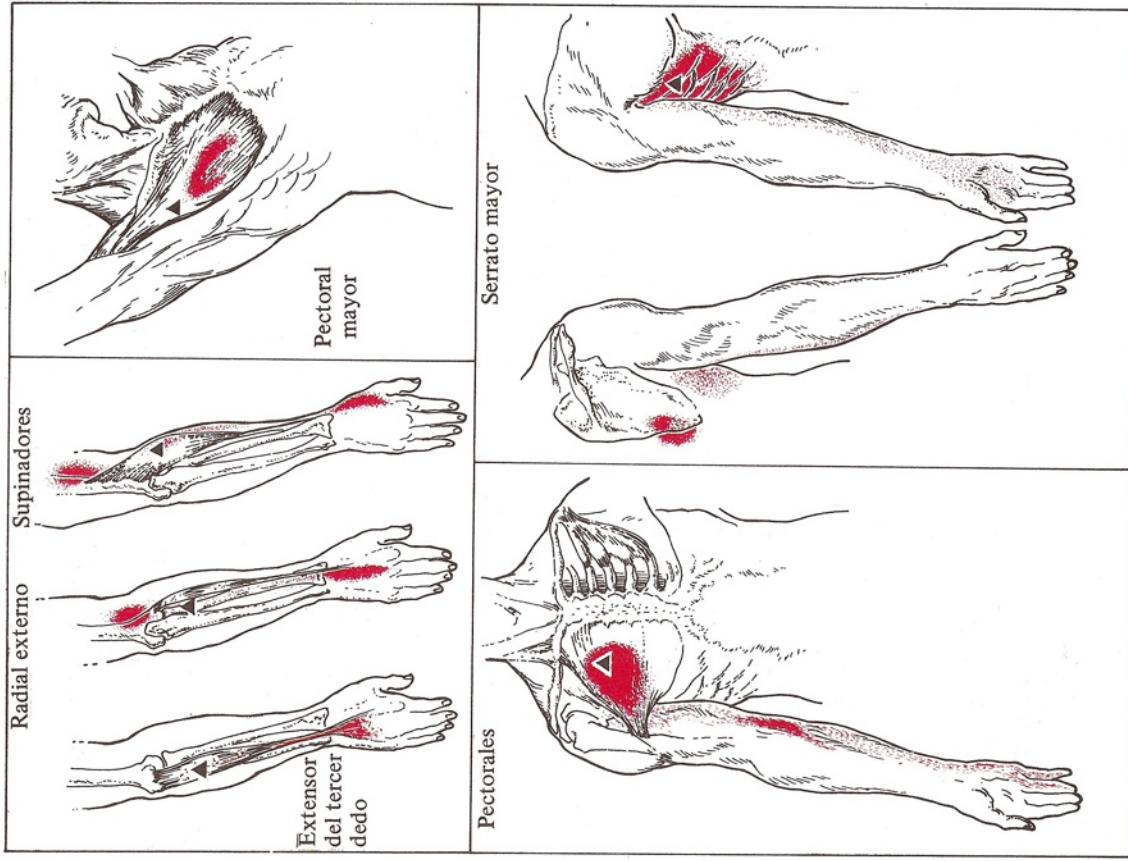


Figura 1e
 ▲ Punto desencadenante
 Contorno del dolor
 Puntos desencadenantes de la aponeurosis muscular y zonas usuales de dolor referido.

METODOS DIAGNOSTICOS

53

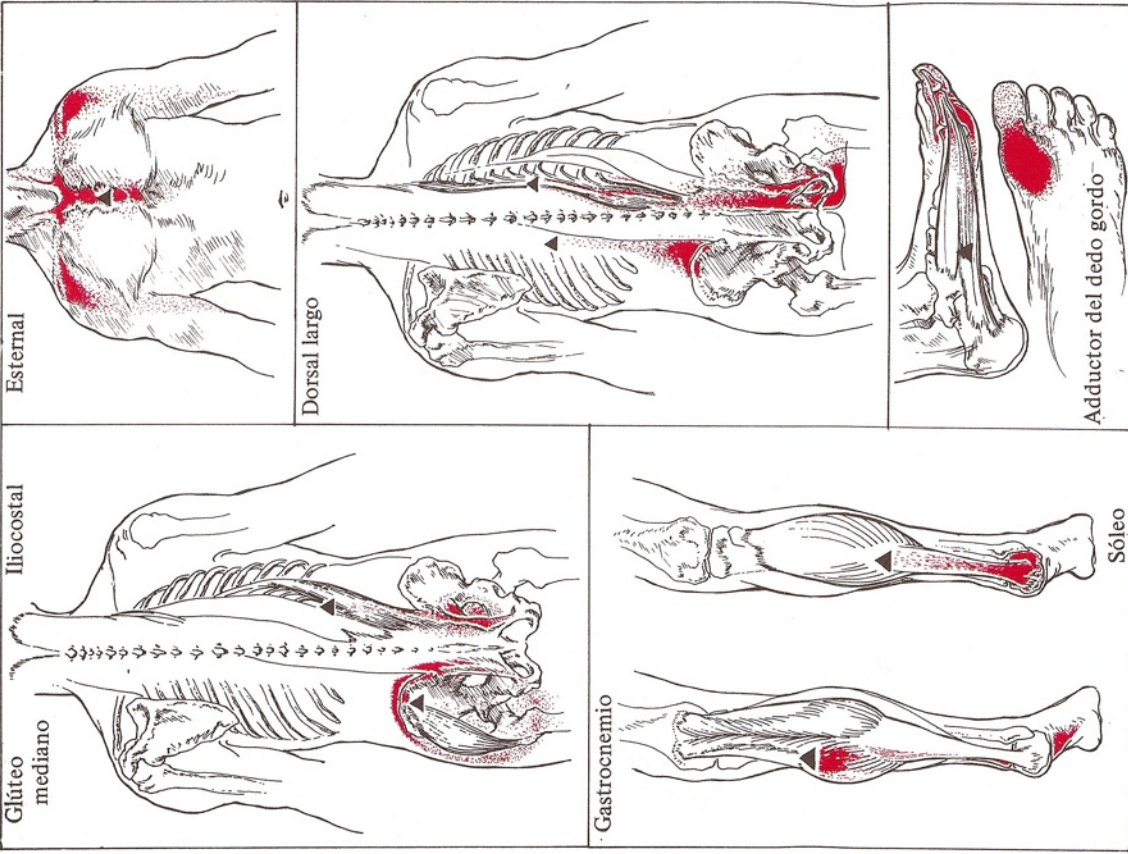
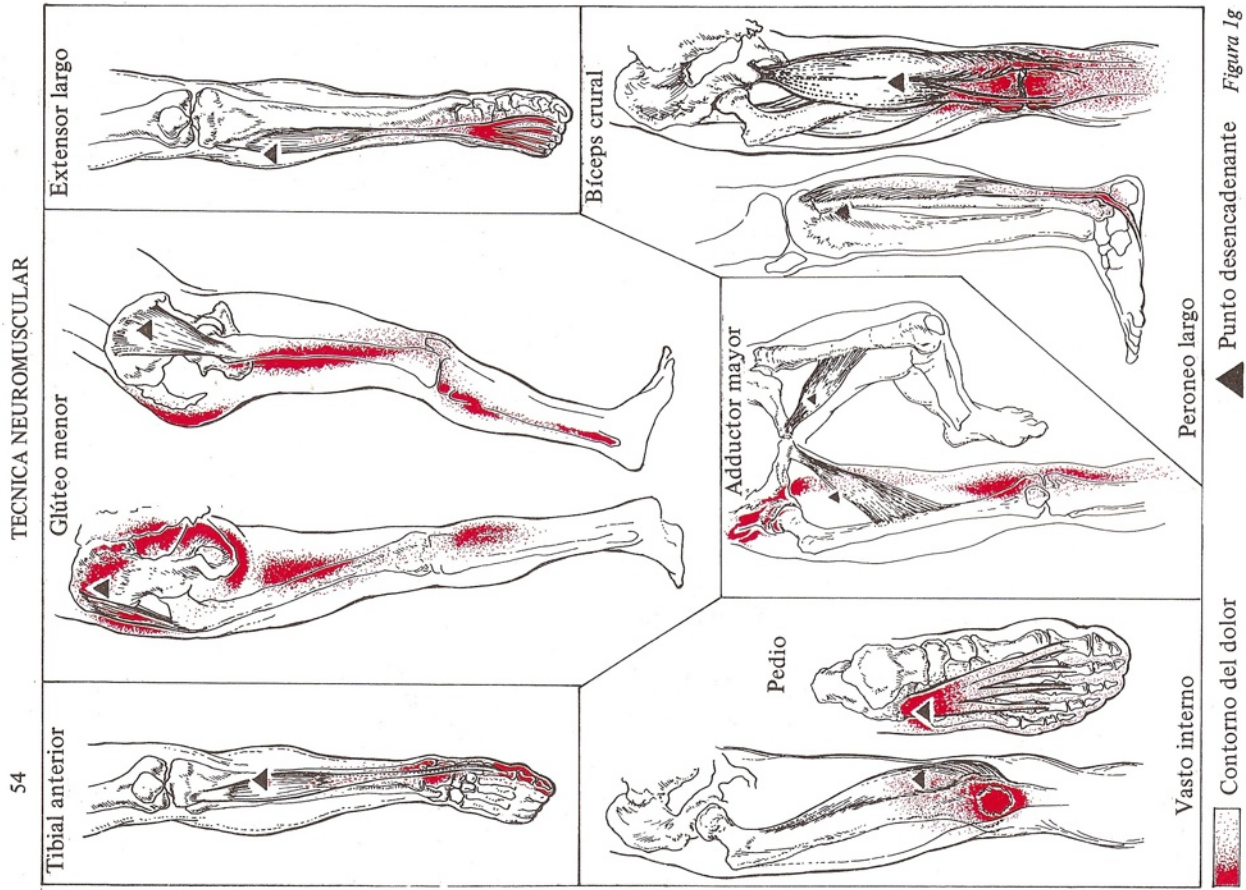


Figura 1f
 ▲ Punto desencadenante
 Contorno del dolor
 Puntos desencadenantes de la aponeurosis muscular y zonas usuales de dolor referido.



Zonas de dolor reflejo de las vísceras

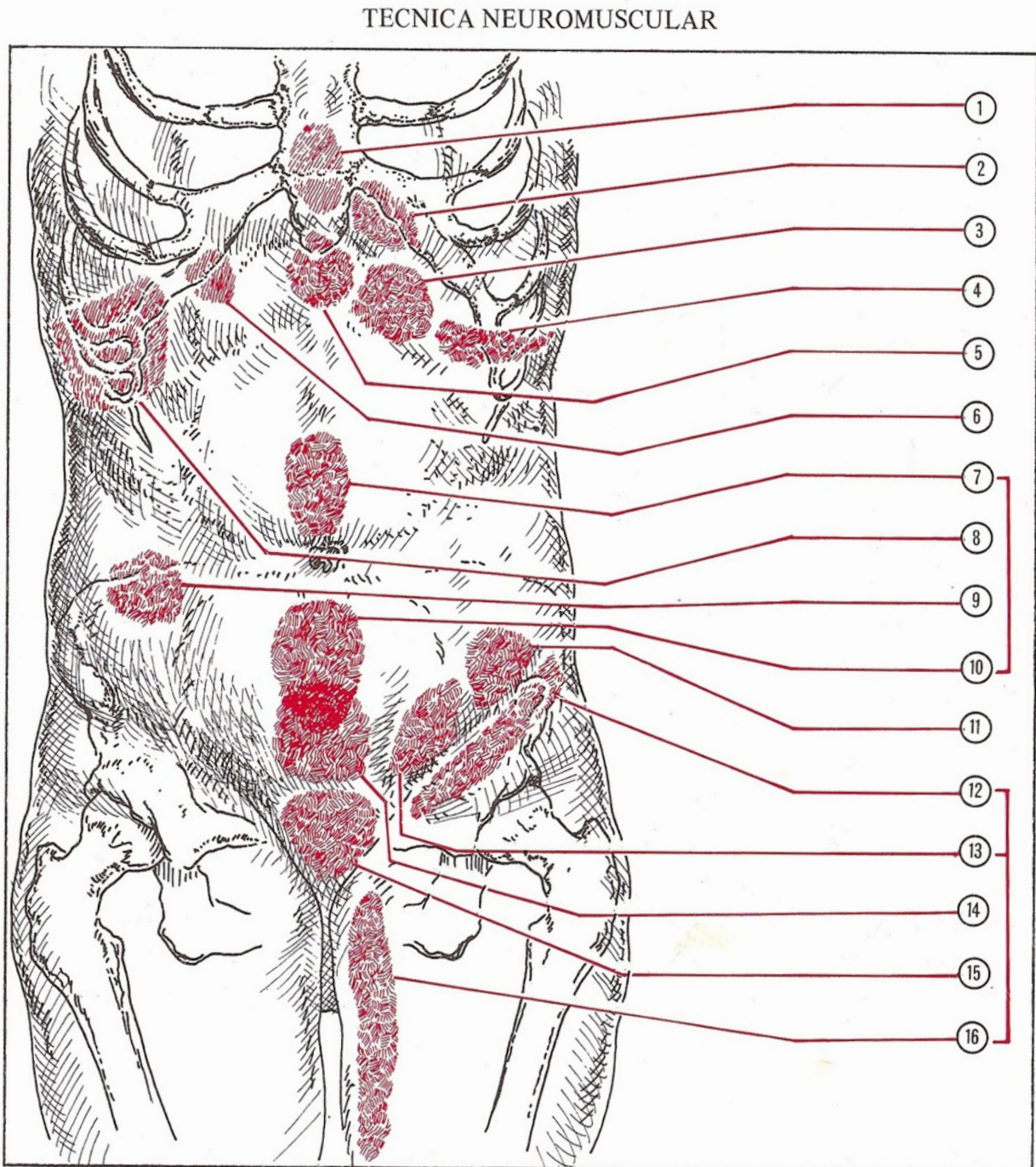


Figura 3

Zonas de reflejos abdominales (según Mckenzie). 1. Esófago. 2. Estómago. 3. Plexo solar. 4. Bazo. 5. Duodeno. 6. Vesícula biliar. 7. Ileon. 8. Hígado. 9. Ciego y apéndice. 10. Ileon. 11. Ovario y colon descendente. 12. Uréter. 13. Uréter. 14. Colon. 15. Vesícula. 16. Uréter.

- 1: Corazón (T3, T4)
- 2: Diafragma (C4)
- 3: Esófago (T4, T5)
- 4: Estómago (T8)
- 5: Hígado (T8-T11)
- 6: Intestino delgado (T10)
- 7: Intestino grueso (T11)
- 8: L1
- 9: Riñón (T10-L1)
- 10: T1
- 11: T10
- 12: T11
- 13: T12
- 14: T2
- 15: T3
- 16: T4
- 17: T5
- 18: T6
- 19: T7
- 20: T8
- 21: Testículos (T10-L1)
- 22: Vejiga urinaria (T11-L1)
- 23: Vesícula biliar (T8-T11)

