

Atlas del **DOLOR**

GUÍA CLÍNICA PARA EL DOLOR



Atlas del **DOLOR**

GUÍA CLÍNICA PARA EL DOLOR

El dolor es un signo de enfermedad, y es también el motivo que con mayor frecuencia lleva al paciente a consulta. La función del sistema sensitivo del dolor es proteger al cuerpo y conservar la homeostasis; lo anterior lo realiza mediante la detección, localización e identificación de procesos que pueden o causan daño a los tejidos. Como las distintas enfermedades producen patrones característicos de daño hístico, la calidad, evolución temporal y localización del dolor de un paciente aportan indicios diagnósticos importantes.¹

El dolor es una sensación desagradable que se concentra en alguna parte del cuerpo. Se describe a menudo como un proceso penetrante o destructivo de los tejidos o como una reacción emocional o corporal. Además, todo dolor moderado o intenso conlleva ansiedad y el deseo imperioso de eludir o de suprimir esa sensación. Estas características ilustran la dualidad del dolor, que es tanto una sensación como una emoción. Los dolores agudos se caracterizan por producir un estado de excitación y de estrés que conlleva una mayor presión arterial, de la frecuencia cardíaca, del diámetro pupilar y de las concentraciones de cortisol en plasma. Además, suele haber contracciones musculares locales.¹

ÍNDICE

Cefalea tensional	pag 4.
Migraña	pag 6.
Dolor dental	pag 8.
Cervicalgia	pag 10.
Dismenorrea	pag 12.
Lumbalgia	pag 14.
Fractura expuesta	pag 16.
Gonartrosis	pag 18.
Ciática - Dolor Neuropático	pag 20.
Fascitis plantar	pag 22.
Cierre	pag 23.
Referencias	pag 24.

Cefalea tensional

Los dolores de cabeza tipo tensional suelen ser de intensidad leve a moderada. El dolor de cabeza tipo tensional puede ser episódico (ocurre menos de 15 días al mes) o crónico (ocurre más de 15 días al mes). En muchos pacientes, los dolores de cabeza permanecen episódicos, pero aproximadamente el 25% progresan a dolores de cabeza crónicos.

De los pacientes con dolor de cabeza crónico tipo tensional, alrededor de una cuarta parte a un tercio continúa de forma crónica, la mitad puede mejorar a episódico, y aproximadamente una cuarta parte puede desarrollar un dolor de cabeza por abuso de medicación. Los dolores de cabeza tipo tensional episódicos pueden durar minutos, horas o días.²



CEFALEA

El diagnóstico se realiza usualmente con los criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas. Aún así, no todos los médicos están familiarizados con los criterios diagnósticos.

El subdiagnóstico continúa siendo un gran problema en la práctica diaria, lo que resulta en un tratamiento incorrecto.³

Generalmente se tratan con éxito con paracetamol (650 a 1000 mg) o AINEs (aspirina, 250 a 1000 mg; naproxeno, 250 a 500 mg; ibuprofeno, 200 a 800 mg; o ketoprofeno, 12.5 a 75 mg). Sin embargo, el uso de analgésicos por más de 3 días a la semana puede empeorar los dolores de cabeza y llevar al desarrollo de dolor de cabeza inducido por medicamentos.²

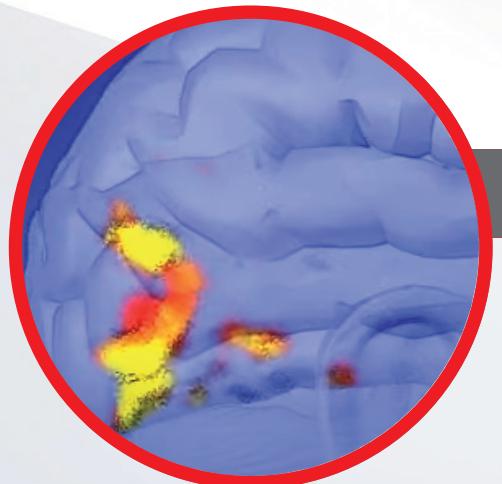


Migraña

Trastorno hereditario

La migraña es un trastorno hereditario que cursa con dolores de cabeza, de forma característica unilateral, aunque a veces bilateral, moderado a grave, que empeora con la actividad física rutinaria, se asocia a náuseas y vómitos y se acompaña de fotofobia y fonofobia.²

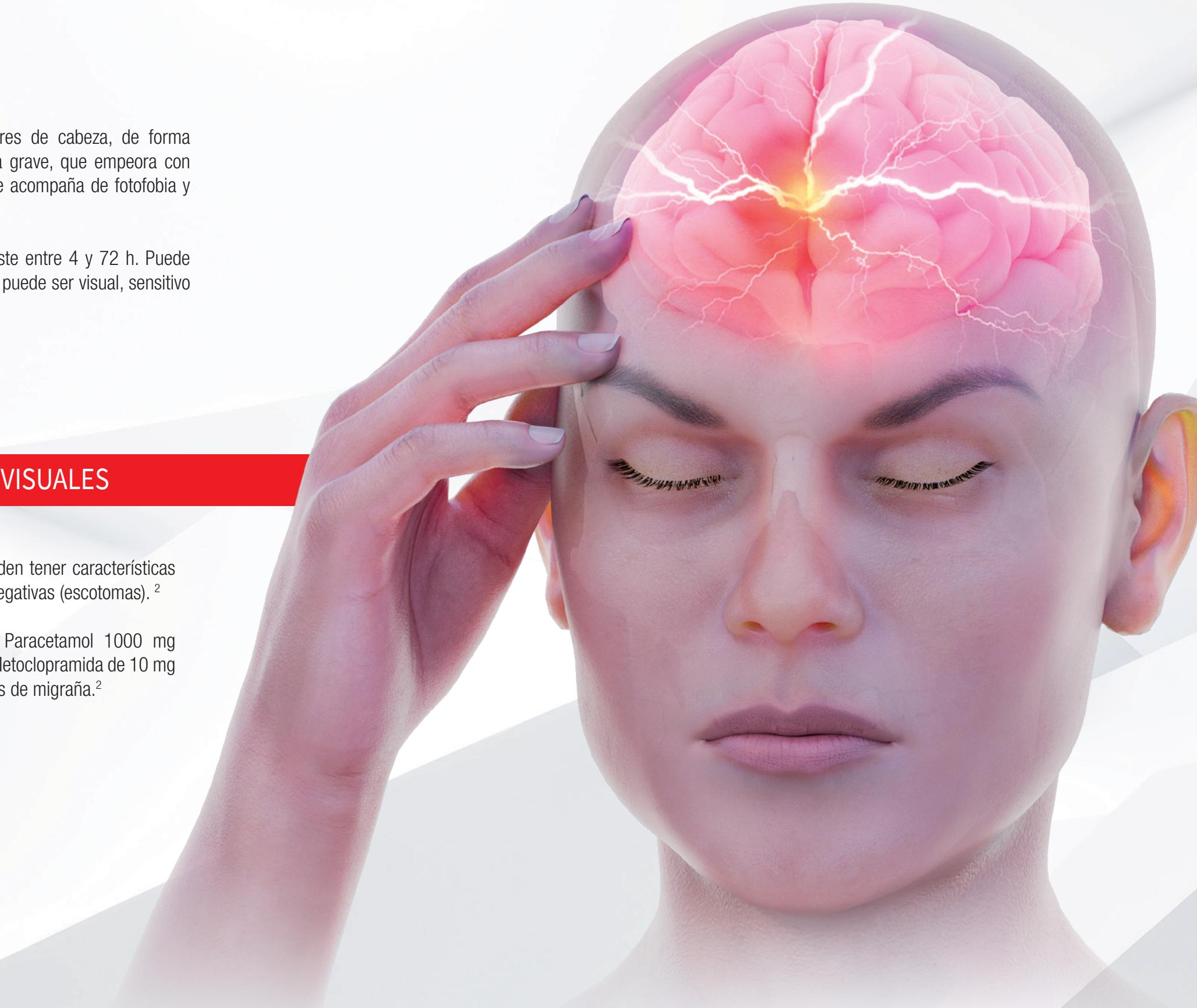
El dolor de cabeza se presenta en cualquier momento y persiste entre 4 y 72 h. Puede producirse con o sin un aura (un síntoma neurológico focal que puede ser visual, sensitivo o motor).²



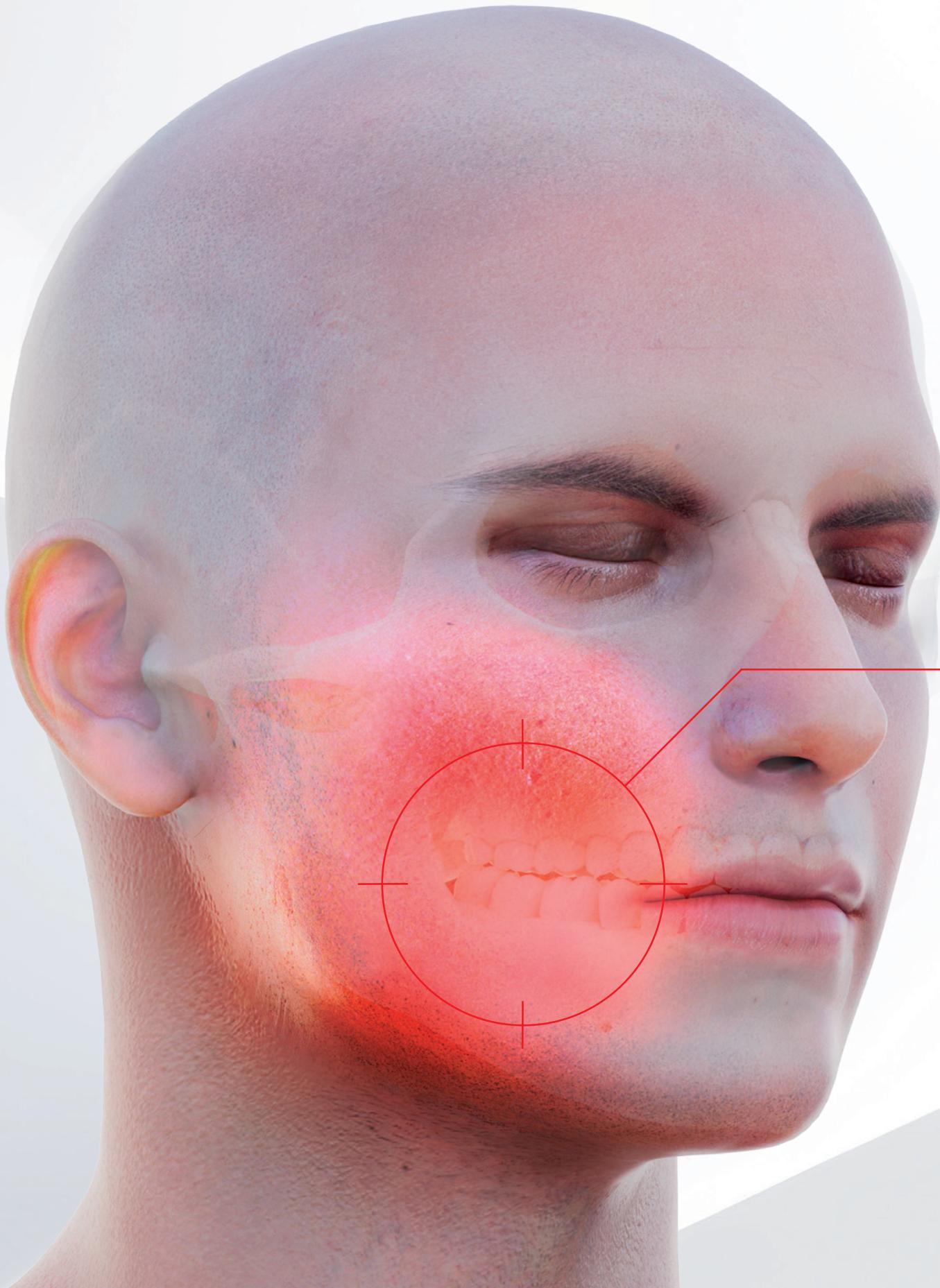
AURAS VISUALES

Las auras visuales pueden tener características positivas (fotopsias) y negativas (escotomas).²

Se recomienda tomar Paracetamol 1000 mg solo o combinado con Metoclopramida de 10 mg para los ataques agudos de migraña.²



Dolor dental



Dolor dental

El dolor dental es la afección más frecuente de la cavidad oral y en la mayoría de las ocasiones está producido por alguna de las siguientes causas: caries, fractura de esmalte, enfermedad periodontal, pericoronaritis del cordal (muela del juicio) e hipersensibilidad dentinaria.⁴

Los medicamentos no opioides son el tratamiento de primera línea para el tratamiento del dolor dental agudo después de una extracción dental y el tratamiento temporal del dolor de muelas.⁵



El uso de opioides debe reservarse para situaciones clínicas en las que el tratamiento de primera línea es insuficiente para reducir el dolor o existe contraindicación para los antiinflamatorios no esteroides.⁵



Cervicalgia

Manifestaciones clínicas

La cervicalgia es el dolor en la región cervical que puede extenderse al cuello, cabeza o a la extremidad superior, que limita los movimientos y que se puede acompañar de disfunción neurológica (1% de los casos).⁶

El dolor cervical es muy frecuente con una prevalencia entre el 10-13%, apareciendo en algún momento de la vida hasta en el 70% de la población.⁶

DOLOR CERVICAL POR TRAUMATISMO

Factores predictivos de dolor persistente son la edad (>40 años), la existencia de lumbalgia y dolor de cabeza, dolor cervical por traumatismo, la existencia de irradiación del dolor, episodios previos de dolor y tener trabajo (insatisfacción laboral, trabajo monótono).⁶

Los objetivos del tratamiento serán minimizar el dolor, aliviar el espasmo muscular y reestablecer una curva cervical óptima; con la finalidad de recuperar la funcionalidad plena.

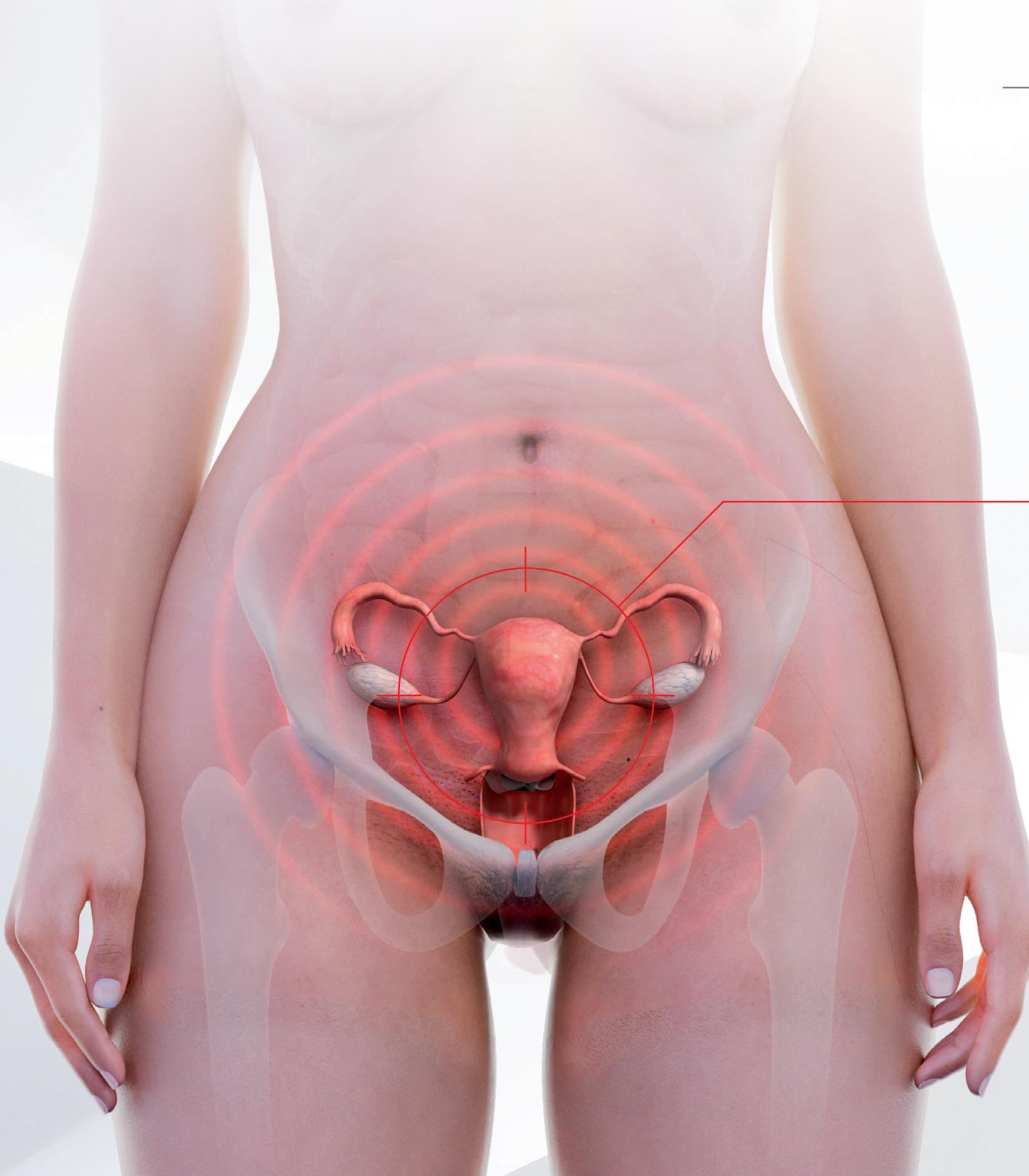
Si no hay contraindicación: los AINE son la primera línea de tratamiento ajustando su prescripción a la correcta evaluación de los riesgos cardiovascular, gastrointestinal y renal. Deben indicarse durante el menor tiempo posible a la dosis mínima eficaz.⁷



DOLOR CERVICAL

A detailed anatomical illustration of a woman's head and neck in profile, showing the cervical spine and surrounding soft tissue. Red highlights indicate areas of pain or dysfunction. A red dotted line connects several points of interest on the neck and shoulder area. Labels 'DOLOR CERVICAL' and 'DOLOR CERVICAL POR TRAUMATISMO' are placed near the bottom right of the diagram.

Dismenorrea

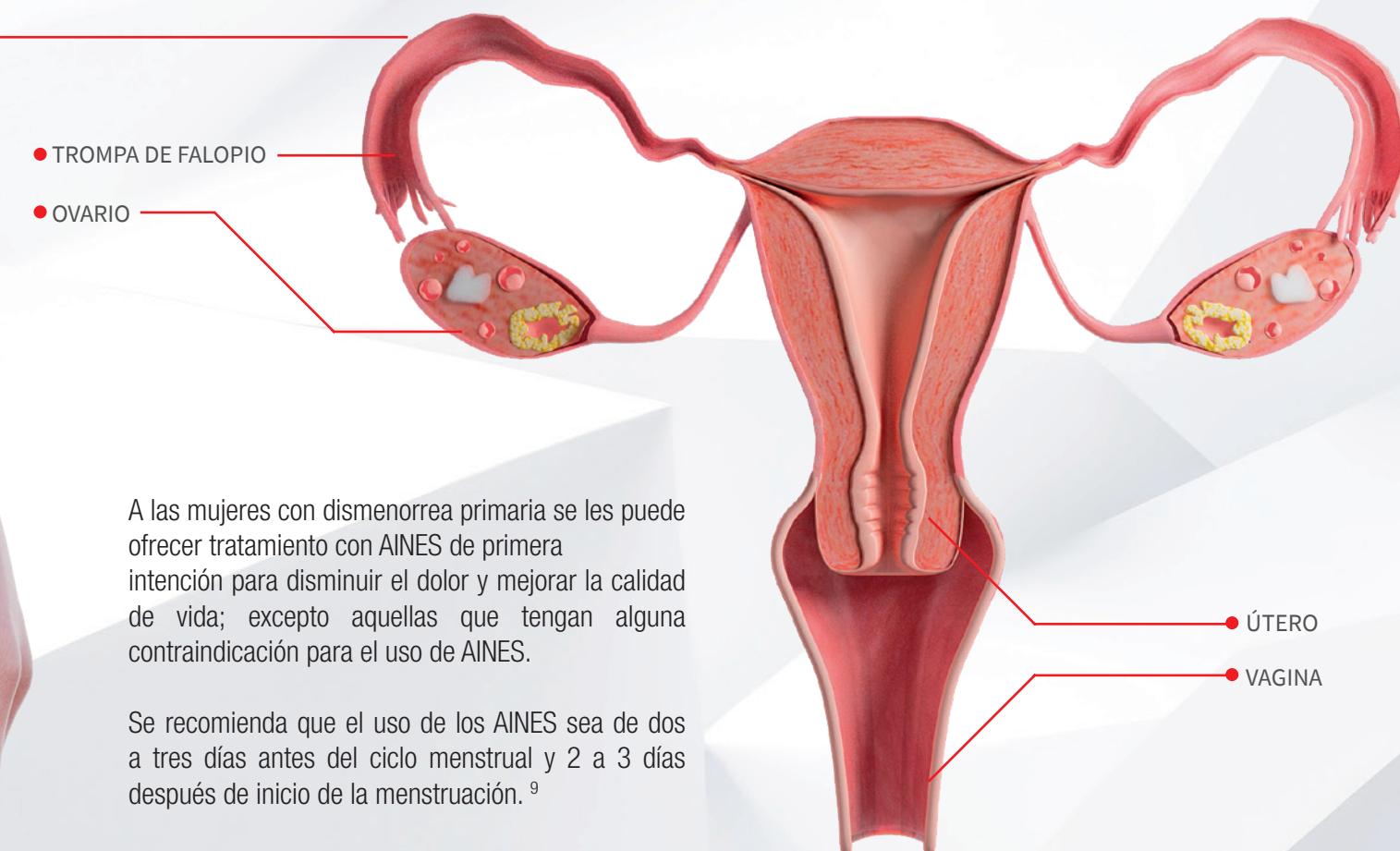


La dismenorrea ocurre cuando una mujer presenta dolor durante la menstruación en la parte baja del abdomen, siendo agudo e intermitente; en algunos casos también existe dolor de espalda.⁸

Existen dos tipos de dismenorrea:

Primaria. Se refiere al dolor menstrual que ocurre cuando comienza el periodo menstrual y no está relacionado con algún problema específico.

Secundaria. Es el dolor menstrual que se desarrolla en mujeres que con anterioridad habían presentado ciclos normales y está relacionada con padecimientos como endometriosis, miomas, enfermedad inflamatoria pélvica.⁸



A las mujeres con dismenorrea primaria se les puede ofrecer tratamiento con AINES de primera intención para disminuir el dolor y mejorar la calidad de vida; excepto aquellas que tengan alguna contraindicación para el uso de AINES.

Se recomienda que el uso de los AINES sea de dos a tres días antes del ciclo menstrual y 2 a 3 días después de inicio de la menstruación.⁹

Lumbalgia

Manifestaciones clínicas

La lumbalgia es la presencia de dolor en la región lumbar, es decir, en la espalda y cintura, que con frecuencia se recorre a los glúteos y muslos; generalmente se presenta después de realizar un gran esfuerzo con una postura inadecuada, como por ejemplo, después de cargar cosas muy pesadas sin protección de la columna o después de una caída o golpe muy fuerte.¹⁰

LUMBALGIA



El diagnóstico se basa en la historia y exploración física orientada, que le permita ubicar al paciente con dolor lumbar dentro de tres categorías: dolor bajo de espalda inespecífico, dolor lumbar potencialmente asociado con radiculopatía o dolor lumbar potencialmente asociado con enfermedad sistémica específica.

Se recomienda la utilización de paracetamol como primera elección en el tratamiento de la lumbalgia aguda y subaguda inespecífica, por su mejor perfil de riesgo/beneficio. Cuando el paracetamol es insuficiente para alivio del dolor, un AINE puede ser empleado mientras no haya contraindicación.¹¹



Fractura expuesta



Una fractura expuesta es una solución de continuidad ósea en la que existe comunicación entre el foco de fractura y el medio ambiente.¹²

El trauma de alta energía es el mecanismo de lesión más común para las fracturas abiertas, con más del 50% resultando de accidentes de tráfico o caídas desde alturas significativas. La mayoría de los pacientes con fracturas abiertas de alta energía son hombres jóvenes y a menudo presentan lesiones concomitantes, con un trauma significativo de tejidos blandos que añade complejidad a la lesión.

Las fracturas abiertas pueden estar asociadas con una morbilidad significativa si no se manejan correctamente desde el principio.

Históricamente, estas lesiones dejaban a los pacientes luchando contra infecciones crónicas, dolor y discapacidad, con muchos pacientes requiriendo eventualmente una amputación; desafortunadamente, este sigue siendo el caso en algunos países en desarrollo.¹⁵

El tratamiento con agentes antiinflamatorios no esteroides (AINEs) son efectivos para el manejo del dolor leve a moderado y tienen propiedades antipiréticas, antiinflamatorias y analgésicas. Actúan a través de la inhibición de la ciclooxigenasa y, por lo tanto, de la inhibición de la producción de prostaglandinas; su efecto analgésico resulta de la reducción de la sensibilización central y periférica. Su uso debe restringirse en pacientes con riesgo de pseudoartrosis, debido a la posible demora en la cicatrización ósea. Los opioides se utilizan en el tratamiento del dolor moderado a severo. Su acción analgésica es mediada por agonistas con acción central en los receptores opioides endógenos.¹⁴



Gonartrosis

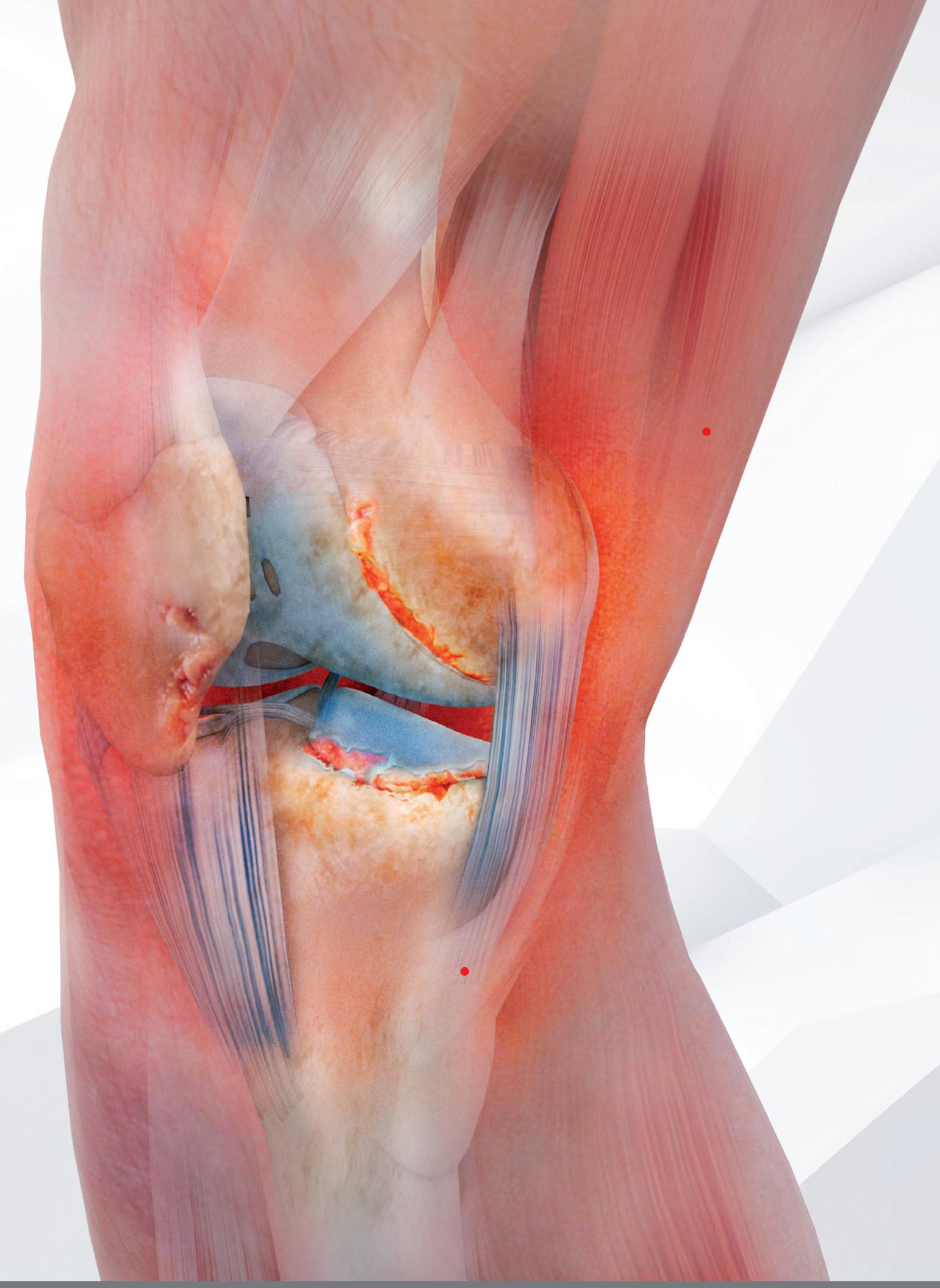
La osteoartritis (OA) es una enfermedad crónica que afecta la articulación y sus tejidos, provocando principalmente un daño progresivo al cartílago articular y, posteriormente, al hueso subcondral y las estructuras sinoviales circundantes. La OA es una enfermedad incapacitante con una incidencia y prevalencia cada vez mayores en la población general.¹⁵

Hoy en día, sabemos que la osteoartritis no es una enfermedad caracterizada únicamente por la pérdida de cartílago debido a la carga mecánica, sino una condición que afecta a todos los tejidos de la articulación, causando cambios detectables en la arquitectura del tejido, su metabolismo y función.¹⁶

VISTA POSTERIOR DE LA ARTICULACIÓN DE LA RODILLA

Todos estos cambios son mediadores por una interacción compleja y aún no completamente investigada de citoquinas proinflamatorias y antiinflamatorias, quimiocinas, factores de crecimiento y adipocinas, todos los cuales pueden medirse en el suero, el líquido sinovial y muestras histológicas, sirviendo potencialmente como biomarcadores del estadio y la progresión de la enfermedad.¹⁶

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs) son el tratamiento farmacológico de primera línea para la artrosis (OA).¹⁷



Ciática



La ciática implica un dolor que resulta directamente de la patología del nervio ciático o de la raíz. Compuesta por raíces nerviosas desde L4 hasta S3, el nervio ciático, con un diámetro de hasta 2 cm, es el nervio más grande del cuerpo.

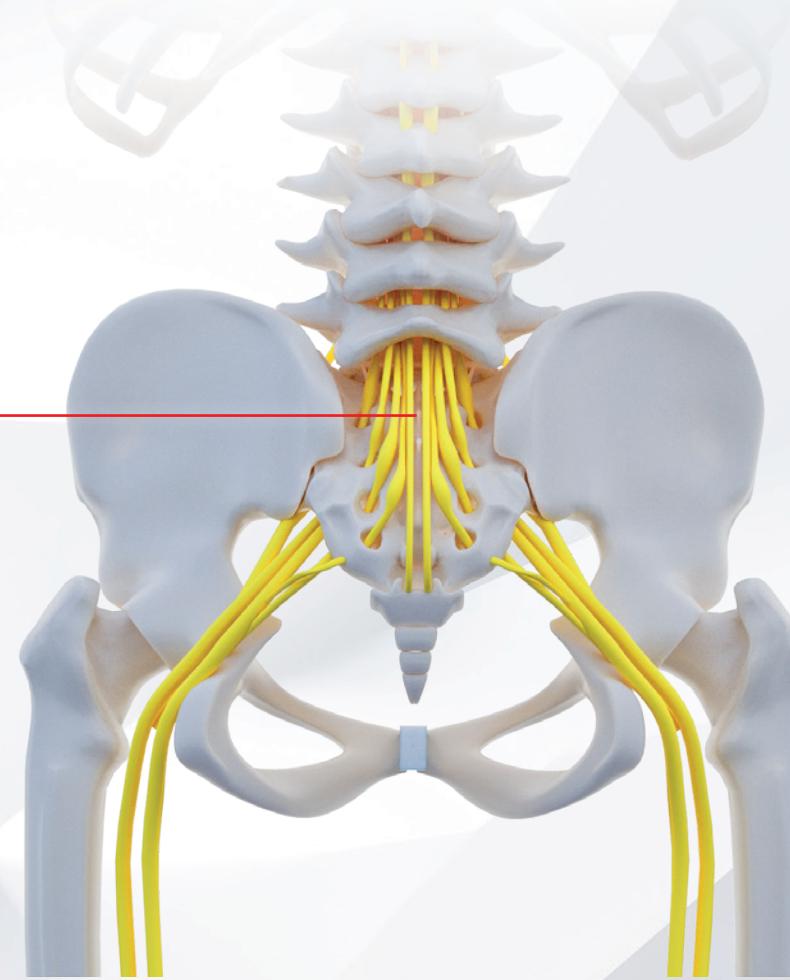
El dolor asociado con la ciática se agrava con la flexión de la columna lumbar, los giros, las inclinaciones o la tos.¹⁸ La causa más común es la herniación del disco, resultado de cambios degenerativos relacionados con la edad.

Otras causas incluyen estenosis espinal lumbar, osteoartritis de las articulaciones facetarias u otras artritis, disfunción de la articulación sacroilíaca, espondilolistesis istmica, estenosis de tejidos blandos, neoplasias, traumatismos, infecciones de la médula espinal, condiciones ginecológicas y atrapamiento muscular (por ejemplo, síndrome del piriforme).¹⁹

• NERVIOS CIÁTICOS

El tratamiento es generalmente conservador. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los corticoides pueden proporcionar cierto alivio, pero su efecto a largo plazo es controvertido.

Los opiáceos no se recomiendan como tratamiento principal. También se usan gabapentina, pregabalina y relajantes musculares, pero existen pocos datos que apoyen su uso.²⁰



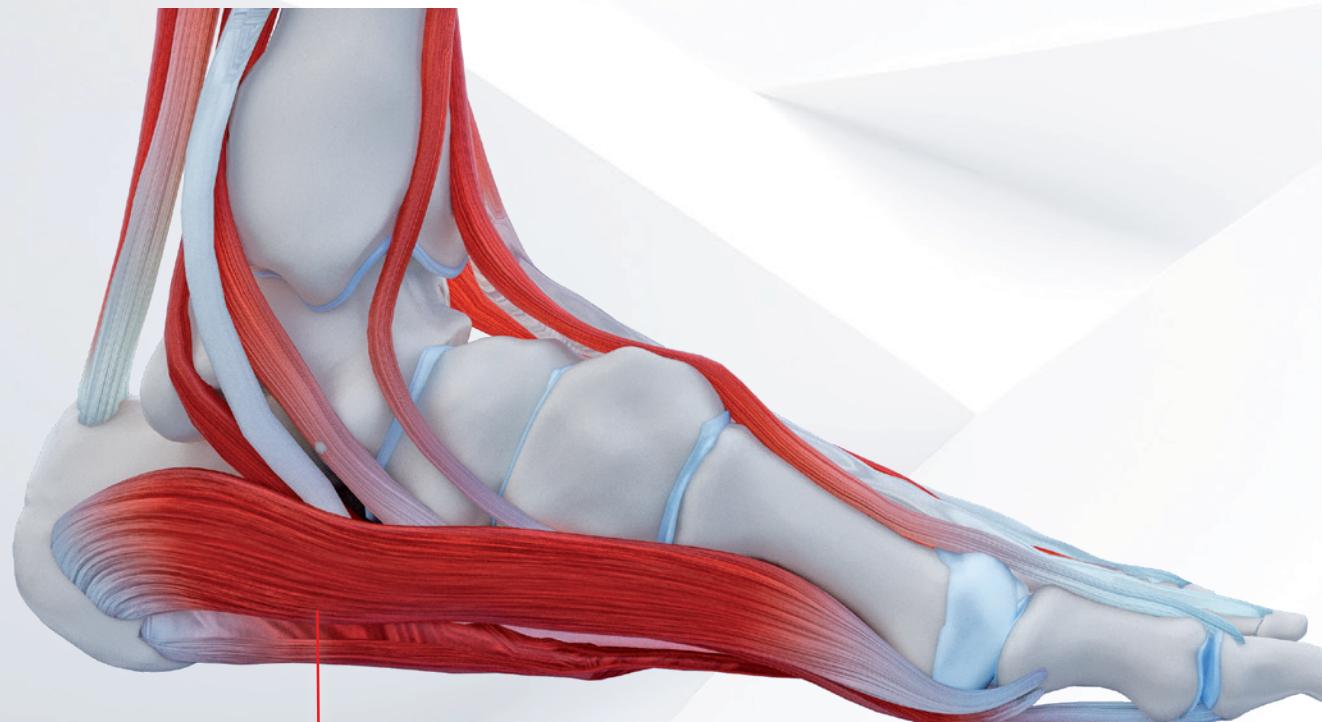
Fascitis plantar

La fascitis plantar (FP) es una enfermedad musculoesquelética común. Los hallazgos histológicos en pacientes con FP mostraron principalmente procesos degenerativos crónicos.

El estrés repetitivo asociado con estar de pie y soportar peso puede causar microdesgarros en la fascia plantar, y el estiramiento constante de la fascia resulta en una degeneración crónica, que eventualmente puede llevar al dolor durante el sueño o en reposo.

La historia clínica típica de la fascitis plantar (FP) incluye dolor en la parte inferior y medial del talón, siendo más intenso durante los primeros pasos al levantarse de la cama por la mañana. El dolor suele disminuir al comenzar las actividades, pero puede empeorar al final del día. La sensibilidad puede presentarse en el tubérculo calcáneo medial. La mayoría de los pacientes con FP tienen una presentación unilateral, aunque hasta el 30% de los casos son bilaterales.²¹

Guiado por el nivel de dolor, administre descanso relativo de la actividad que causa el malestar como tratamiento de primera línea. El hielo después de la actividad, así como los medicamentos antiinflamatorios no esteroides orales o tópicos, pueden ayudar a aliviar el dolor. Los resultados de estudios muestran que el masaje de fricción profunda en el arco y la inserción, junto con la prescripción de plantillas o ortóticos y férulas nocturnas, pueden ofrecer beneficios. Las plantillas prefabricadas de silicona para el talón, junto con ejercicios de estiramiento, también pueden ser útiles.²²



• FASCITIS PLANTAR
IRRITACIÓN DEGENERATIVA EN EL
ORIGEN DE LA FASCIA PLANTAR



Referencias

¿Cómo se trata el dolor?

El tratamiento ideal de cualquier dolor es eliminar la causa; por tanto, aunque éste puede iniciarse de inmediato, siempre deben hacerse esfuerzos para identificar la etiología subyacente mientras se inicia el tratamiento.

La corrección del cuadro primario puede no aliviar inmediatamente el dolor. Aún más, algunos trastornos son tan dolorosos que resulta esencial la analgesia rápida y eficaz. Los analgésicos son la primera línea de tratamiento en tales casos y los médicos deben conocer en detalle su uso.¹

1. Rathmell J.P., & Fields H.L. (2018). Dolor: fisiopatología y tratamiento. Jameson J., & Fauci A.S., & Kasper D.L., & Hauser S.L., & Longo D.L., & Loscalzo J(Eds.),Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=199172418>.
2. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna · Goldman, Lee, MD; Schafer, Andrew I., MD.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2016). Guía clínica: Diagnóstico y Tratamiento DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA Primer y Segundo Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/047GER.pdf>.
4. López Sánchez, AF, y EA González Romero. «Dolor dental». Medicina Integral 37, n.º 6 (2001): 242-49.
5. Carrasco-Labra, A., Polk, D. E., Urquhart, O., Aghaloo, T., Claytor, J. W., Jr, Dhar, V., Dionne, R. A., Espinoza, L., Gordon, S. M., Hersh, E. V., Law, A. S., Li, B. S., Schwartz, P. J., Suda, K. J., Turturro, M. A., Wright, M. L., Dawson, T., Miroshnychenko, A., Pahlke, S., Pilcher, L., Moore, P. A. (2024). Evidence-based clinical practice guideline for the pharmacologic management of acute dental pain in adolescents, adults, and older adults: A report from the American Dental Association Science and Research Institute, the University of Pittsburgh, and the University of Pennsylvania. Journal of the American Dental Association (1939), 155(2), 102–117.e9. <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2023.10.009>.
6. Cervicalgia y dorsalgia (2023). Guía de técnicas. Recuperado de: https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#/content/guides_techniques/52-s2.0-mt_fis_60.
7. Pablo Muñoz Muñoz, Alejandra Tejedor Molledo, David de la Rosa Ruiz, María del Pino Calderón Morales, Marina Jaquete Pastor, Cervicalgia,FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, Volume 30, Issue 10, 2023, Pages 507-516, ISSN 1134-2072,<https://doi.org/10.1016/j.fmc.2023.02.013>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207223001949>).
8. ¿Qué es la dismenorrea?. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-dismenorrea>.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Guía de práctica clínica: Diagnóstico y Tratamiento de Dismenorrea en el Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/183GRR.pdf>.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lumbalgia. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/lumbalgi>.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2009). Guía de práctica clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el primer nivel de atención. Recuperado de: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/045GER.pdf>.
12. López-Tello, JA, Torres-Fernández, BJ, & Escalona-Reynoso, NG. (2017). Patrón de prescripción en el manejo de las fracturas expuestas tipo I de antebrazo en pediatría. Acta ortopédica mexicana, 31(1), 40-47. Recuperado en 03 de octubre de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022017000100040&lng=es&tlnq=es.
13. Sandean D. (2021). Open Fractures – What Is the Evidence, and How Can We Improve?. The archives of bone and joint surgery, 9(5), 559–566. <https://doi.org/10.22038/abjs.2020.53120.2637>.
14. Fuentes-Losada, L. M., Vergara-Amador, E., & Laverde-Cortina, R. (2016). Evaluación del manejo de dolor en niños con fractura en extremidades en un servicio de urgencias. Revista Colombiana de Anestesiología, 44(4), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.rca.2016.06.006>.
15. Giorgino, R., Albano, D., Fusco, S., Peretti, G. M., Mangiavini, L., & Messina, C. (2023). Knee Osteoarthritis: Epidemiology, Pathogenesis, and Mesenchymal Stem Cells: What Else Is New? An Update. International journal of molecular sciences, 24(7), 6405. <https://doi.org/10.3390/ijms24076405>.
16. Primorac, D., Molnar, V., Rod, E., Jeleč, Ž., Čukelj, F., Matišić, V., Vrdoljak, T., Hudetz, D., Hajsok, H., & Boric, I. (2020). Knee Osteoarthritis: A Review of Pathogenesis and State-Of-The-Art Non-Operative Therapeutic Considerations. Genes, 11(8), 854. <https://doi.org/10.3390/genes11080854>.
17. Katz, J. N., Arant, K. R., & Loeser, R. F. (2021). Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. JAMA, 325(6), 568–578. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171>.
18. Davis, D., Maini, K., Taqi, M., & Vasudevan, A. (2024). Sciatica. In StatPearls. StatPearls Publishing.
19. Ferri, F. F. (2024). Ferri's clinical advisor 2025: 5 books in 1 (1st ed.). Elsevier. ISBN: 9780443117244.
20. Zaidat, H. A., Miles, J. M., & Lerner, A. (2020). El pequeño libro negro de la neurología (6th ed.). Elsevier España, S.L.U.
21. Tseng, W. C., Chen, Y. C., Lee, T. M., & Chen, W. S. (2023). Plantar Fasciitis: An Updated Review. Journal of medical ultrasound, 31(4), 268–274. https://doi.org/10.4103/jmu.jmu_2_23
22. Buchanan, B. K., Sina, R. E., & Kushner, D. (2024). Plantar Fasciitis. In StatPearls. StatPearls Publishing.

SUPRADOL® Duet
Ketorolaco+Tramadol

DOSCOXEL®
Movilidad sin límites Etoricoxib

Daflozen F®
naproxeno sódico + paracetamol

Aviso de publicidad No. 2509072002C00009

Daflozen F® tabletas Reg. Num. 372M95 SSA VI. Doscozel ® tabletas Reg. Num. 120M2018 SSA IV. Supradol Duet ® solución Reg. Num. 090M2014 SSA IV. Supradol Duet ® tabletas Reg. Num. 067M2013 SSA IV.

INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD.

Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@liomont.com.mx
o en la página de internet: www.liomont.com.mx



Expertos en
DOLOR
 LIOMONT