

J. M. Prieto Valtueña

J. Argemí Ballbé

NOGUER-BALCELLS EXPLORACIÓN CLÍNICA PRÁCTICA

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta
29.^a edición



ELSEVIER

NOGUER-BALCELLS

Exploración clínica práctica

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Página deliberadamente en blanco

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

VIGÉSIMA NOVENA EDICIÓN

NOGUER-BALCELLS

Exploración clínica práctica

Jesús M. Prieto Valtueña

Catedrático Emérito de Medicina
Universidad de Navarra, Pamplona

Josepmaria Argemí Ballbé

Especialista en Medicina Interna
Departamento de Medicina Interna,
Unidad de Hepatología
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta



ELSEVIER



ELSEVIER

Avda. Josep Tarradellas, 20-30, 1.º, 08029 Barcelona, España

Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica, 29.ª ed., de Jesús M. Prieto Valtueña y Josepmaria Argemí Ballbé

© 2022 Elsevier España S.L.U.

ISBN: 978-84-9113-957-7

eISBN: 978-84-1382-146-7

Todos los derechos reservados.

Reserva de derechos de libros

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra (www.conlicencia.com; 91 702 19 70 / 93 272 04 45).

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar la dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra. Con el único fin de hacer la lectura más ágil y en ningún caso con una intención discriminatoria, en esta obra se ha podido utilizar el género gramatical masculino como genérico, remitiéndose con él a cualquier género y no solo al masculino.

Servicios editoriales: DRK Edición

Depósito legal: B. 20.261-2021

Impreso en España

Colaboradores

Enrique Aubá

Profesor Asociado; Codirector, Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Arantza Campo Ezquibela

Responsable del Departamento de Neumología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Agnes Díaz Dorronsoro

Colaboradora clínica, Unidad de Imagen Cardíaca, Departamento de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Leopoldo Fernández-Alonso

Profesor Clínico Asociado; Médico Adjunto, Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

Nuria Ferrer-Chinchilla

Colaborador Docente; Médico Interno Residente, Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Juan Carlos Galofré

Consultor; Profesor Titular de Medicina, Departamento de Endocrinología y Nutrición, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Enrique Ornila

Profesor Asociado, Universidad de Navarra; Jefe de Unidad de Reumatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Felipe Ortuño

Profesor Titular; Codirector, Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

José-Alberto Palma

Profesor Asistente, Departamento de Neurología, New York University School of Medicine, Nueva York, EE. UU.

Elena Urrestarazu

Profesora Titular, Departamento de Neurología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Ricardo Zapata

Profesor Emérito, Departamento de Psiquiatría, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona

Página deliberadamente en blanco

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Prólogo a la vigésima novena edición

Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica es una obra que se ha hecho clásica ayudando durante muchos decenios a los estudiantes de Medicina y a los médicos en formación en su relación directa con el paciente. Durante todo este tiempo, la medicina ha ido cambiando con enorme vigor tanto en sus contenidos científicos como en sus desarrollos tecnológicos. Frente a lo cambiante hay, sin embargo, unos principios esenciales del acto médico y unos elementos del arte clínico que permanecen inmutables. Y es la conjunción de lo que cambia con lo que ha de conservarse lo que define el acto médico de calidad y una relación médico-enfermo que sea a la vez humana y técnicamente resolutive.

En la presente edición hemos hecho una revisión completa de la obra y hemos renovado el contenido de diversos capítulos e incluido nuevas figuras. Para ello, hemos contado de nuevo con las aportaciones de los Dres. Enrique Aubá, Leopoldo Fernández-Alonso, Nuria Ferrer-Chinchilla, Juan Carlos Galofré, Enrique Ornilla, Felipe Ortuño, José-Alberto Palma y Ricardo Zapata, a los que se ha sumado Elena Urrestarazu. Asimismo, Arantza Campo Ezquibela y Agnes Díaz Dorransoro han contribuido a la revisión de los capítulos 7 y 8, respectivamente. Además, la obra se ha reforzado con la incorporación del Dr. Josepmaria Argemí Ballbé como coeditor.

Esperamos que estos cambios y mejoras sirvan para que *Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica*, 29.^a edición, sea un libro de fácil lectura y manejo. Un instrumento cada vez más eficaz en la formación de estudiantes de Medicina y de médicos jóvenes.

Jesús M. Prieto Valtueña
Josepmaria Argemí Ballbé
Pamplona, enero de 2021

Página deliberadamente en blanco

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Índice de capítulos

- 1** Historia clínica 1
- 2** Preliminares
anatomoclínicos 21
- 3** Exploración clínica.
Generalidades 41
- 4** Exploración física
general 59
- 5** Exploración de la cabeza
y del cuello 79
- 6** Exploración de las
extremidades 95
- 7** Exploración del aparato
respiratorio 109
- 8** Exploración del aparato
circulatorio 173
- 9** Exploración vascular 219
Leopoldo Fernández-Alonso
- 10** Exploración del abdomen
y urogenital 249
- 11** Exploración del sistema
endocrino 285
Juan Carlos Galarraga
- 12** Exploración del sistema
nervioso autónomo 303
*José-Alberto Palma •
Elena Urrestarazu*
- 13** Exploración del sistema
nervioso 323
*José-Alberto Palma •
Elena Urrestarazu*
- 14** Exploración física del aparato
locomotor 395
Enrique Ormilla
- 15** Ecografía 421
Enrique Ormilla
- 16** Exploración
psicopatológica 435
*Enrique Aubá •
Núria Ferrer-Chinchilla •
Felipe Ortuño • Ricardo Zapata*
- 17** Proceso del diagnóstico 449
- APÉNDICE. Historia
clínica 455
- Índice alfabético 463

Página deliberadamente en blanco

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta

Capítulo 1

Historia clínica

Se llama «historia clínica» al relato, escrito o verbal, de la enfermedad de un paciente.

Puede decirse que, en realidad, se trata de un episodio de la biografía médica del paciente.

Una historia clínica comprende las siguientes partes:

- Anamnesis o interrogatorio.
- Exploración.
- Datos complementarios (bioquímicos, microbiológicos, de imagen, etc.).
- Curso o evolución (diario clínico).
- Epicrisis.

ANAMNESIS

La anamnesis comienza con la ficha personal del enfermo mediante los **datos de identidad y filiación** individuales: nombre, edad, sexo, naturaleza (lugar de nacimiento), raza, profesión, estado civil y residencia actual.

Enseguida suelen hacerse las «dos preguntas clásicas» que se refieren al **motivo principal de consulta u hospitalización** actual: «¿qué le pasa?» (o «¿de qué se queja?»), «¿qué molestias tiene?») y «¿desde cuándo?».

Esta primera referencia, puramente subjetiva –o percibida por los familiares que acompañan al enfermo–, tiene el valor de *precisar el problema clínico concreto* planteado al médico por el paciente, familiar o médico remitente, para que no se olvide o desfigure a lo largo de la conversación, exploración y observación clínica ulteriores. Unas veces se tratará de un **«síntoma»** capital, es decir, de una queja o molestia –un dolor, debilidad, mareos, inapetencia, ahogo, etc.–, esto es, de sensaciones subjetivas de enfermedad. Otras veces, el motivo actual de acudir al médico será un *trastorno o hallazgo objetivo* –tumor, adelgazamiento, crisis epilépticas o pérdidas de conocimiento, erupción, etc.– que el paciente ha observado en sí mismo o no, pero que los circunstantes pueden atestiguar; constituyen los **«signos»** físicos que recogerá la exploración del médico. En muchos casos el síntoma o signo no es único, ni aparece uno como principal, sino varios al mismo tiempo: «fiebre y dolor abdominal», «ahogo e hinchazón», etc. En ocasiones es recomendable citar literalmente, en este apartado, las propias palabras del enfermo y su forma de expresarlas, lo cual puede tener interés para conocer su personalidad y la importancia que concede a determinadas molestias.

En cuanto a su fecha de comienzo, aunque tengamos que rectificarla después, podemos registrar inicialmente la que nos dice el paciente, pues tiene el valor de significar su personal apreciación sobre el comienzo de la enfermedad, aunque podría corresponder a la agravación de un proceso más antiguo. Tendría valor anotar la causa u origen de las molestias según el enfermo, ya que ello puede llevarnos a conocer una relación etiológica que solo él conoce.

Es necesario recoger los *antecedentes* remotos y próximos en la vida del enfermo, aunque de momento no se vea conexión alguna con la situación actual.

Anamnesis o historia familiar

En primer lugar se procede a hacer el interrogatorio sobre los **antecedentes familiares**: si viven los padres, cuál es su estado de salud y qué enfermedad sufrieron o sufren; y si han fallecido, a qué edad y cuál fue la causa patológica, si es conocida o sospechada. También nos informamos sobre el resto de la familia: hermanos, cónyuge, hijos, otros parientes, buscando especialmente afecciones que se repiten en la familia que puedan indicar una disposición hereditaria (diátesis hemorrágicas, tumores, tuberculosis, gota, diabetes, epilepsia, litiasis, etc.) o procesos adquiridos resultado de la exposición a factores ambientales comunes (enfermedades infecciosas o parasitarias endémicas).

Es clásico construir un *esquema del árbol genealógico* más próximo al enfermo, señalando en él el sexo, los fallecidos –con la edad y enfermedad causante del fallecimiento– y las afecciones más notables, si se repiten en la familia. Como símbolos gráficos suelen utilizarse círculos para las mujeres y cuadrados para los hombres, unos y otros rayados o en negro si fallecieron.

Anamnesis o historia personal y social

El siguiente apartado de la historia corresponde a los **antecedentes personales** y en él consignamos los datos **fisiológicos**, es decir, los referentes al nacimiento, desarrollo y crecimiento, vida sexual, costumbres y tóxicos habituales (café, alcohol, tabaco –consignar, si es posible, el número de cajetillas/día o año–; el etilismo, si existe, concretado en gramos de alcohol/día, mediante cálculo con tablas o con la fórmula: $\text{gramos} = [\text{grados de alcohol} \times \text{cm}^3 \times 0,8] / 100$). Además se consignará la alimentación y condiciones del ambiente, tanto por lo que hace al clima (tipo de vivienda –húmeda, soleada o no, precaria o confortable, etc.–), convivencia con otras personas, especialmente si están enfermas o existe hacinamiento, como al lugar de trabajo y las condiciones higiénicas o no, etc., así como otros ambientes que frecuenta o residencias y ocupaciones laborales distintas o anteriores. También, con tacto y delicadeza, deberemos informarnos, si viene al caso y es relevante para el diagnóstico o tratamiento

de la enfermedad, sobre la felicidad o infelicidad conyugal, la satisfacción o frustración en el trabajo, dificultades económicas, problemas íntimos, incompatibilidades personales, tensión emocional habitual, es decir, su *historia psicológica*.

Pasamos después a interrogar al enfermo sobre sus **antecedentes patológicos**, esto es, sobre otras enfermedades, distintas de la actual, que pueda haber padecido anteriormente. Empezamos por las propias de la infancia: amigdalitis, fiebres eruptivas (sarampión, escarlatina, varicela, etc.), tos ferina, tuberculosis, etc. Luego preguntamos sobre posibles enfermedades sexuales. Si se trata de una persona mayor nos informamos sobre afecciones sufridas en la edad adulta, siempre por orden cronológico, hasta la última por la que consulta. Nos interesamos tanto por las **agudas** como por las **crónicas** (p. ej., cuadros reumáticos) o por cuadros que cursan en **brotes o crisis periódicas** (asma o jaqueca, o crisis epileptiformes, etc.). Preguntamos también si ha sufrido algún traumatismo o ha tenido que ser intervenido quirúrgicamente por hernia, apendicitis, amigdalectomía u otro motivo, y si ha recibido alguna transfusión sanguínea. Importa igualmente conocer si ha sido vacunado, frente a qué infecciones y cuándo, así como las posibles reacciones a medicamentos o antibióticos administrados. Por fin, haremos alusión discreta a posibles reacciones psicopáticas, enfermedades mentales o trastornos emocionales.

Historia de la enfermedad actual

Constituye, naturalmente, **el núcleo primordial del interrogatorio y muchos médicos prefieren empezar por ella**, para completar luego el resto de la anamnesis (antecedentes familiares y personales).

La primera pregunta sobre la enfermedad actual aludirá a *cómo empezó*, es decir, cuáles fueron las primeras molestias o lo primero que notó —un «bulto», unos «granos», etc.—, y enseguida procuraremos *concretar la fecha* del comienzo real de la enfermedad. Insistiremos, ayudándole a recordar, sobre si «antes» estaba completamente bien, y a menudo comprobaremos que confiesa llevar una temporada que «ya no estaba del todo bien»; así rectificaremos, con frecuencia, la antigüedad presunta de la enfermedad, deducida de las apreciaciones iniciales, y lograremos retrotraernos al verdadero comienzo clínico del proceso y conocer los «pródromos», o primeras manifestaciones, a los que quizás el enfermo no daba importancia o que silenciaba, preocupado por la magnitud de otros síntomas más recientes.

Una vez fijada la real «edad de la enfermedad» y conocida la fenomenología subjetiva y objetiva que marcó la transición del estado de perfecta salud al inicio de la enfermedad, progresaremos, paso a paso, por días o meses, según se trate de un proceso agudo o crónico, con objeto de establecer el desarrollo, lo más exacto posible, de los acontecimientos patológicos.

La actitud del médico que hace la historia clínica, a manera de notario o cronista, debe ser *expectante e imparcial*, atento a registrar, con la *máxima fidelidad*, todo lo ocurrido, sin influir al enfermo con «preguntas-prejuicio» o inclinándole, con la forma afirmativa o negativa de preguntar, hacia una corroboración coactiva de lo que el médico acaba de pensar. Ciertamente el *médico dirige el interrogatorio* –para evitar pérdidas de tiempo– y ayuda al enfermo a evocar sus recuerdos, casi olvidados, con atinadas preguntas, pero siempre ofreciendo la disyuntiva, en equilibrada alternativa, para que el enfermo se exprese con plena libertad y veracidad.

El clínico debe *dejar hablar* al enfermo y *escucharle*, con lo que además se gana su confianza, procurando, naturalmente, que no desvíe su discurso a cuestiones irrelevantes o inoportunas. La anamnesis no es solo un «interrogatorio», sino una entrevista, un *diálogo*, con el paciente, o con los familiares o circunstantes si aquel se halla inconsciente. Conviene estar atento a todas las manifestaciones y recoger incluso lo que parece trivial o insignificante; luego, el buen criterio tamizará lo declarado para quedarse con los datos fiables y de utilidad clínica.

Así llegamos al interrogatorio sobre el *momento actual*, que corresponde al del ingreso del paciente en la clínica o su reconocimiento en la consulta y que suele materializarse a través de la siguiente pregunta o parecida: «*y ahora, ¿cómo se encuentra?*». Con su respuesta termina la historia de la *enfermedad actual*, pero es conveniente que ahora tome la palabra el médico para un repaso complementario de la sintomatología referida por el paciente y para interrogar sobre síntomas o signos específicos que orienten en la elaboración del *juicio clínico* que el médico va gestando a lo largo de la anamnesis.

Durante toda la anamnesis, pero especialmente durante la «historia actual», el médico debe esforzarse en *interpretar correctamente el lenguaje del enfermo*, con objeto de saber con exactitud lo que quiere expresar con sus palabras o giros. Hace falta «traducir» las expresiones vulgares o equívocas, indagando su preciso contenido conceptual y su correspondencia con la terminología médica: un «mareo» puede significar para un enfermo lipotimia; para otro, vértigo; para un tercero, náuseas; «fatiga» puede encubrir astenia o disnea, o ambos. Aunque registremos las propias palabras del enfermo, debemos pararnos a aclarar el matiz subjetivo y, una vez verificado, consignar nuestra interpretación o las manifestaciones acompañantes que concretan y precisan el síntoma.

Anamnesis sistemática actual (por aparatos)

Terminada la exposición por el enfermo –con la ayuda del interrogatorio– de la historia de la enfermedad actual, el médico recapitula, revisando cada uno de los sistemas y aparatos, y los posibles síntomas olvidados

o que al paciente le parece que no tienen nada que ver con las molestias que le traen. El lector encontrará las preguntas sobre los distintos síntomas (respiratorio, digestivo, etc.) en el Apéndice «Historia clínica» (v. «Pauta para la anamnesis») al final del libro. Esta *revisión de sistemas* se limita a síntomas presentes en el momento de la consulta.

Valor de la anamnesis

Hay que *detenerse en la anamnesis*, que a veces es dificultosa por la personalidad del enfermo, parco en palabras, premioso, aturrido o de escasa cultura; realizarla bien y redactarla de modo completo, pero conciso y claro, es un arte que debe aprenderse. La anamnesis es el momento crucial en la relación médico-enfermo. Constituye una parte *imprescindible* de la historia, que *a veces basta para una primera orientación* del caso. Cuanto más amplio es el espectro de posibilidades diagnósticas que el médico puede atisbar, tanto más flexible será su mente para adaptarse a la realidad del paciente y, por ende, tanto más atinado será el juicio clínico provisional que vaya formando. La exploración física posterior, completa y reglada, contribuirá a perfilar la orientación diagnóstica y a seleccionar las pruebas complementarias precisas para la identificación de la enfermedad que presenta el paciente.

Con objeto de aprender el modo práctico de llevar a cabo el interrogatorio de la enfermedad actual, vamos a exponer a continuación con un ejemplo concreto —la anamnesis del dolor— la forma sistemática de hacer las preguntas oportunas que permitan profundizar y los caracteres semiológicos de este «síntoma-guía» de interés capital en muchas enfermedades. Con ligeras variantes, una pauta parecida puede servir para otros síntomas distintos del dolor.

Pauta para la anamnesis del síntoma dolor

Para formarse una idea cabal del dolor que un enfermo padece, hace falta circunscribirlo en un esquema pluridimensional (fig. 1-1), que abarque todas las facetas del mismo y cada una en su magnitud y calidad adecuada. Es decir, hace falta un detallado análisis anamnésico, que solo se logrará hacer breve y sin olvidos mediante una sistemática constituida en rutina.

I. Notas espaciales (v. fig. 1-1)

El primer paso consiste en situar el dolor en el «espacio» corporal. Y para precisar esta cuestión, conviene desdoblarla en tres preguntas concretas: *dónde duele* —«topografía del dolor»—, *qué área abarca* la zona dolorosa —«extensión» del dolor—, es decir, si es circunscrito o difuso, y por fin, *propagaciones*, si las tiene —«irradiación» del dolor—, o bien atestiguar el carácter estrictamente localizado del mismo.

1. TOPOGRAFÍA DEL DOLOR. La **topografía del dolor** permite una primera sospecha sobre la localización del proceso causal y las estructuras

I	Notas espaciales	}	1. Topografía del dolor
			2. Extensión
			3. Irradiación
II	Notas temporales	}	4. Antigüedad
			5. Duración
			6. Frecuencia
			7. Horario
			8. Calendario
			9. Ritmo evolutivo
III	Aspecto «cuantitativo»		10. Intensidad
IV	Relación intensidad-tiempo		11. «Curva»
V	Notas cualitativas		12. Carácter
VI	Circunstancias	}	13. Influenciabilidad
			14. Influencia

FIGURA 1-1

Resumen de la anamnesis del dolor.

afectadas. Pero salta a la vista inmediatamente que esta nota no es suficiente para localizar el punto de origen del dolor. Basta solo considerar la frecuentísima coincidencia topográfica de afecciones de vísceras distintas: epigastralgia del *ulcus*, del infarto de miocardio, de las colecistopatías, de la apendicitis incipiente, etc. Por otra parte, la localización del dolor puede ser *única* o *múltiple*, y en este último caso, *simultánea* o *sucesiva*. En la apendicitis aguda, por ejemplo, el dolor inicial suele ser epigástrico para desplazarse a las pocas horas a la fosa ilíaca derecha.

2. EXTENSIÓN. La **extensión** del área dolorosa añade nueva información de posible valor diagnóstico. Así, por ejemplo, la precordialgia del ángor *pectoris* es retroesternal y difusa, de modo que su localización se indica con la palma de la mano, mientras que el dolor torácico señalado a punta de dedo corresponde a causas distintas. El dolor cólico abdominal se extiende difusamente por el abdomen por contraposición, con la precisa demarcación del dolor causado por irritación peritoneal.

3. IRRADIACIÓN. En la **irradiación** del dolor –claramente diferenciable por el enfermo de la coexistencia de dolores independientes– hay que distinguir el «dolor proyectado o irradiado» a lo largo del trayecto del nervio irritado y de su territorio de inervación periférico, como en la neuralgia ciática o del trigémino, o en el herpes zóster radicular, y el «dolor referido» a una zona cutánea distante, pero isosegmentaria respecto a la víscera o estructura profunda afectada.

Las irradiaciones inexplicables, desde el punto de vista neurológico, hablan en contra de la organicidad del dolor.

Existe en la *configuración espacial* una serie de *patrones típicos* del dolor, que por sí solos son muy sugerentes: retroesternal con irradiación braquial en el ángor; lumbalgia unilateral, que se propaga hacia los genitales en las crisis ureterales; hipocondralgia derecha, con irradiaciones frénicas en las crisis vesiculares; algias de distribución segmentaria –en cinturón en el tronco, en franja longitudinal en los miembros– en los dolores radiculares, cefalea hemicraneal en la jaqueca vascular, o en la neuralgia del trigémino, etc.

II. Notas temporales (v. fig. 1-1)

Después de caracterizar el dolor en sus aspectos somatotópicos, conviene fijarse en su distribución en el tiempo.

4. ANTIGÜEDAD. En primer lugar, la **antigüedad** («¿desde cuándo...?»), es decir, el tiempo transcurrido desde el comienzo del dolor hasta el momento presente. La «antigüedad» del dolor suele confundirse con la «edad de la enfermedad», pero no es obligada esta coincidencia, de modo que interesa enmarcar exactamente la aparición del dolor en la trama cronológica del desarrollo de la enfermedad y de los diversos síntomas.

Puede tratarse de un dolor crónico, de años, como en las artrosis, o de meses o semanas, como en las poliartritis y en el úlcus. En otros casos el dolor es reciente, de horas o días, como en la apendicitis, o en la colecistitis aguda o en la neumonía.

5. DURACIÓN. La **duración** del dolor es muy variable. Puede ser breve o brevísima (crisis, accesos, paroxismos o «ataques» dolorosos), de días o semanas (brotes o temporadas dolorosas) o puede ser continuo, oscilante o persistente.

Son breves, y accesorios –en crisis– los dolores neurálgicos. El dolor del ángor es también breve: dura unos minutos (no es un dolor de solo unos pocos segundos). El dolor del infarto de miocardio es más prolongado. Los dolores son «fulgurantes», brevísimos e intensos en la tabes. Otras algias de distinta naturaleza son persistentes y tenaces, como las cefaleas de tensión, los dolores gravativos de las neoplasias avanzadas o el dolor articular de los cuadros reumáticos crónicos. Los «brotes» ulcerosos gastroduodenales pueden durar, si no se tratan, semanas o meses.

6. FRECUENCIA. La siguiente nota de carácter temporal a precisar es la **frecuencia** con que se presenta el dolor; en ocasiones se trata de una crisis *única*, recordada como tal por el enfermo, y en otras los accesos son *esporádicos*, muy de tarde en tarde –como en la gota y en algunos enfermos litíasicos con cólicos hepáticos o renales de reiteración muy espaciada–, o por el contrario *menudean* de tal modo los accesos que, aunque el dolor no sea continuo, se hace todavía más insoportable para el paciente, como ocurre en ciertas neuralgias del trigémino o similares. Es típica la periodicidad de la jaqueca.

7. HORARIO. Junto a la frecuencia se ha de indagar sobre la tercera nota temporal, el **horario** del dolor, que en ocasiones tiene considerable relevancia clínica.

Hay dolores *matutinos*, como las cefaleas sinusales y muchas de las psicógenas o tumorales, en las cuales, aunque el dolor dure toda o buena parte de la jornada, se inicia ya en las primeras horas de la mañana. Es matinal igualmente el dolor en algunos procesos ulcerosos duodenales. Es típico, además, el *ritmo diario* del dolor en el *ulcus* gastroduodenal, con sus dos o tres accesos más o menos a hora fija, generalmente en periodo posprandial tardío (estómago ya vaciado).

Otros tipos de dolor se presentan con más frecuencia por la noche, como la cefalea hipertensiva, las crisis tabéticas o los cólicos nefríticos. También el *ulcus* o un infarto de miocardio pueden despertar al enfermo por la noche con sus molestias específicas; igualmente el reflujo gastroesofágico en una hernia de hiato con tos nocturna o precordialgia que puede simular un ángor. En ocasiones el dolor es exclusivamente nocturno, como en la «proctalgia fugaz» o en los calambres nocturnos de los diabéticos, varicosos o alcohólicos. Los enfermos pancreáticos se quejan sobre todo por la noche.

8. CALENDARIO. En los síndromes álgicos persistentes o reiterados conviene precisar la distribución del dolor en el año, es decir, el **calendario** del dolor.

Hay dolores que se repiten diariamente, con tenacidad y monotonía invariables; estos dolores invariables pueden sugerir un origen psicógeno (en especial si la intensidad es uniforme de día y de noche) pero hay que tener presente que hay síndromes dolorosos continuos de causa orgánica, a veces grave: neoplasias, *ulcus* estenosante, peritonitis, etc.

Otras veces el dolor es a temporadas. Tal es el caso del *ulcus*, cuya periodicidad evolutiva, con sus «brotes ulcerógenos», se acompaña de molestias dolorosas típicamente estacionales, preferentemente en otoño y primavera.

9. RITMO EVOLUTIVO. Es interesante registrar también el **ritmo evolutivo** del dolor, que puede guardar relación con la *progresión* o *regresión lesional*, de modo que el dolor periódico inicial puede convertirse en un dolor continuo cuando la enfermedad progresa, mientras que en los casos con tendencia a la curación o latencia las temporadas de dolor se espacian y abrevian. En algunos procesos patológicos, el ritmo doloroso puede ser *estacionario*.

III. Aspecto «cuantitativo» (v. fig. 1-1)

10. INTENSIDAD. La intensidad o grado de dolor es otro dato de gran valor semiológico. Hay dolores débiles, soportables –«*dolorimiento*»–, otros intensos, y algunos pueden ser intensísimos, resistentes a los opiáceos y analgésicos fuertes. Los dolores muy intensos pueden acompañarse de manifiestas alteraciones vegetativas.

Son especialmente dolorosos el infarto de miocardio, ciertas pericarditis agudas, la perforación de estómago, la pancreatitis aguda, las crisis tabéticas, el herpes zóster en los ancianos, la neuralgia del trigémino y el aneurisma disecante de la aorta. Pero también los cólicos nefríticos o hepáticos, ciertas jaquecas –*cluster headache* o neuralgia migrañosa– y muchos otros dolores pueden ser particularmente intensos.

Resulta muy difícil, hoy en día, atestiguar objetivamente la intensidad de un dolor, y a falta de otros recursos, el médico forma su impresión sobre la base de los siguientes elementos de juicio: testimonio del enfermo –tamizado según su personalidad y antecedentes–, actitud antálgica, expresión facial, interferencia del dolor en su régimen de vida, cortejo vegetativo –especialmente variaciones tensionales, sudoración, frecuencia de pulso, etc.– y respuesta a los analgésicos.

La distinción entre dolor agudo o sordo –dolorimiento más que dolor– ayuda al diagnóstico del proceso. La intensificación de un dolor ulceroso sordo puede indicar perforación del úlcus o penetración en páncreas.

IV. Relación intensidad-tiempo (v. fig. 1-1)

11. «CURVA DEL DOLOR». La **evolución** o **curva** del dolor *durante el acceso* incluye la indagación sobre la *forma de comienzo, curso y remisión* del dolor.

Hay dolores de *iniciación súbita*, repentina, y otros que se presentan en forma gradual, *paulatina*. En los primeros, el punto de máxima intensidad se alcanza rápidamente. Así ocurre en la hemorragia subaracnoidea, en el infarto de miocardio o en la perforación gástrica. Cuando el dolor intenso remite rápidamente, hablamos de dolor paroxístico, que en su grado máximo se conoce como dolor *fulgurante* y ha quedado clásicamente ejemplificado en las crisis de las tabes, aunque ocurre también en otros procesos, como las descargas sucesivas del «tic doloroso» o neuralgia del trigémino. También aparecen dolores *fulgurantes nocturnos* en la *polineuritis* alcohólica.

Las exacerbaciones de un dolor pueden aparecer en forma fásica u *ondulante*, con remisiones periódicas, como en el caso de los dolores cólicos en el tubo digestivo y en otras vísceras huecas o tubulares. Otras veces se trata de un dolor pulsátil, es decir, de ritmo mucho más rápido, coincidiendo sincrónicamente la intensificación con los latidos o pulsaciones, por ejemplo en las cefaleas migrañosas, en las odontalgias por pulpitis y en muchos dolores inflamatorios.

En el ángor, en la claudicación intermitente de la arteriosclerosis periférica y en otros procesos isquémicos, el dolor suele ser progresivo con el esfuerzo, cediendo o mitigándose con el reposo.

Frente al carácter ondulante de los dolores cólicos tiene valor, en el diagnóstico diferencial del «abdomen agudo», la *continuidad*, aun con pequeñas fluctuaciones, del dolor peritoneal. También el dolor inflamatorio, en general, es más o menos constante.

V. Notas cualitativas del dolor (v. fig. 1-1)

12. CARÁCTER. El **carácter** o matiz subjetivo con que el enfermo describe su dolor confiere tipismo a ciertos procesos, pero su manifestación depende tanto de la personalidad y del grado de cultura del paciente que no siempre son aprovechables estas referencias.

Hay dolores de tipo:

- **Avulsivo** (arrancamiento). El del aneurisma aórtico.
- **Comparaciones bizarras o dramáticas** a las que el enfermo recurre en los dolores psicógenos.
- **Constrictivo u opresivo.** Como en la insuficiencia coronaria y muchas radiculalgias.
- **Corrosivo.** Pero en otros casos se experimenta como *ardor* o *presión*, o matizado por una sensación imperiosa de hambre; todo ello acontece en el *ulcus péptico*.
- **Expansivo.** Como «algo que va a estallar» en la cefalea tumoral.
- **Fulgurante,** intenso y breve, con la rapidez del rayo.
- **Gravativo.** Es el dolor que se siente como un peso.
- **Lancinante,** intenso y penetrante.
- **Plenitud o inflazón.** Se siente en muchas epigastralgias causadas por aerofagia, flatulencia u obstrucción.
- El martilleo **pulsátil** de una cefalea atestigua su naturaleza vascular.
- **Punzante,** «en puñalada», como en la perforación gástrica.
- El dolor cólico se expresa como «**retortijones**» con sensación de *torsión*, *calambre* o *apretura*.
- **Sordo.** Es el dolor profundo, mal limitado y poco intenso, persistente, como el «referido» a distancia en las visceropatías. Es una sensación desagradable, difícil de definir.
- **Terebrante** (taladro), como en algunos tumores.
- **Transfixiante.** Es muchas veces el dolor del *ulcus* penetrante al páncreas.
- **Urente o quemante.** Acontece en la «pirosis» del reflujo gastroesofágico, en la uretritis y cistitis, en las causalgias, en el herpes zóster y en las polineuritis, en el dolor talámico, en la eritromelalgia y en la acrodinia.

VI. Circunstancias del dolor (v. fig. 1-1)

Interesa mucho precisar todas las circunstancias que rodean al dolor. De una parte, las condiciones o factores que lo modifican, ya sea agravándolo o aliviándolo, y en segundo lugar, la serie de manifestaciones que acompañan o siguen al acceso doloroso. Es decir, la influenciabilidad y la influencia del dolor.

13. INFLUENCIABILIDAD. Conviene darse cuenta, en la anamnesis, de las observaciones que haga el enfermo sobre los factores o maniobras que provocan, aumentan o alivian su dolor.

1. La **modificación postural del dolor** puede tener interés. El médico encuentra a veces al paciente, al comenzar el interrogatorio, en una determinada posición, que le resulta antálgica: en decúbito lateral, sobre el lado afecto, en las pleuritis; con la cabeza apoyada sobre la mano o la almohada en la hemicránea jaquecosa; encogido, inquieto y apretándose el abdomen en los dolores cólicos, mientras que el dolor de irritación peritoneal inmoviliza al enfermo generalmente en decúbito supino, y otras veces lateral con las piernas dobladas. El *clinostatismo* nocturno puede desencadenar la epigastralgia por hernia del hiato diafragmático o por cáncer del cuerpo o de la cola del páncreas, que se alivia al dar el enfermo unos pasos por la habitación. El paciente con carcinoma pancreático encuentra a veces alivio del dolor en posición genupectoral. Las braquialgias parestésicas nocturnas pueden guardar relación con posturas durante la noche o estar provocadas por un síndrome del túnel carpiano. El dolor al agacharse puede aparecer en la hernia diafragmática o de otro tipo.
2. **Influenciabilidad mecánica.** El paciente informará sobre el efecto que la presión o compresión, o aun el simple contacto, ejercen sobre el dolor. La presión acentúa el dolor inflamatorio, por ejemplo, el de irritación peritoneal, mientras que el dolor cólico no se modifica o mejora. Aun antes de la exploración, conocemos, a veces, a través de lo que nos dice el enfermo, la existencia de *puntos «gatillo»*, capaces de desencadenar la crisis dolorosa al menor contacto, como en la neuralgia del trigémino.
3. **Dependencia cinética.** Los dolores que aparecen o empeoran con el *esfuerzo* y que calman con el reposo sugieren causa isquémica –ángor, claudicación intermitente– si la relación es inmediata. Un dolor abdominal en la marcha puede corresponder a un síndrome de «robo de la ilíaca». También guardan relación, a menudo, con los esfuerzos físicos o bien con los *movimientos pasivos* –traqueteo de un vehículo, etc.– las molestias de los litíasicos vesicales, de los artríticos o de los que presentan hernia inguinal o ciática.
4. **Relación térmica.** La aplicación de calor proporciona alivio en el dolor cólico –intestinal, biliar o ureteral– y es mal soportada en el de tipo peritoneal, que se beneficia, en cambio, del *frío* local (bolsa de hielo).
5. **Dependencia funcional:**
 - a. **Respiratoria.** La tos y el estornudo acentúan el dolor pleural y el radicular. El primero se influye por la simple respiración (el movimiento inspiratorio provoca dolor y se detiene precozmente).
 - b. **Digestiva.** La deglución de alimentos es dolorosa en la amigdalitis y otras disfagias faríngeas o esofágicas. Los dolores del *ulcus* se calman con la ingesta, mientras que empeoran o no se modifican los de la gastritis o del cáncer gástrico. Los litíasicos biliares pueden presentar epigastralgias posprandiales o bien molestias

continuas que empeoran con las comidas. Un vaso de leche alivia el dolor ulceroso, pero puede desencadenar el biliar. El dolor de la colecistitis puede provocarlo una comida copiosa o el ingerir grasas. También las crisis pancreáticas siguen, a menudo, a una comida grasa o a ingesta alcohólica. Muy importante es atestiguar la relación prandial de un dolor para confirmar su origen digestivo. Los dolores posprandiales inmediatos se presentan en las gastritis y en las dispepsias gástricas de otra naturaleza; los tardíos, en el úlcus gastroduodenal y en el «ángor abdominal». El hecho que el dolor calme al tomar antiácidos habla a favor del úlcus gastroduodenal, pero también puede ocurrir en casos de dispepsia no ulcerosa y en el cáncer gástrico; en estos procesos, la toma de alimentos puede aumentar el dolor. El vómito alivia las molestias en el úlcus y en las estenosis pilóricas. La defecación es dolorosa cuando hay hemorroides o fisuras anales.

- c. *Urinaria*. La micción provoca dolor local en las uretritis y en las cistitis.
- d. *Genital*. Un dolor que aparece o se acentúa con la menstruación en la mujer tiene probablemente un origen genital –ovario, trompas, útero–, o se relaciona endocrinológicamente con el ciclo gonadal, como en la endometriosis heterotópica y en el síndrome de tensión premenstrual. El coito doloroso en la mujer –dispareunia– puede ser lesional (cervicitis, cáncer, síndrome de Sjögren, vaginitis, etc.) o psicógeno.

- 6. La tensión **emocional** provoca o despierta dolores de tipo vascular, o de tipo cólico o por contractura muscular. Así pueden desencadenarse crisis de jaquecas, dolor abdominal en el colon irritable o cefalea de tensión por contractura de la musculatura nugal, etc.
- 7. *Circulatoria*. La hipertensión arterial puede provocar cefalea nocturna.

14. INFLUENCIA. La repercusión o influencia del dolor sobre las funciones orgánicas ocasiona síntomas que facilitan el diagnóstico.

- 1. *Cortejo circulatorio*. Algunas crisis dolorosas muy intensas suelen acompañarse de *hipotensión* y *shock*, como en el caso del infarto de miocardio, en la perforación digestiva, en la pancreatitis aguda, en la rotura de un embarazo tubárico, en el aneurisma disecante de la aorta, etc. Por el contrario, otros dolores pueden provocar una *reacción hipertensiva*.
- 2. *Cortejo respiratorio* de síntomas. La respiración se influye por ciertos dolores a veces en forma típica; una *respiración entrecortada* es típica de la irritación pleural. Los procesos álgicos abdominales favorecen el *tipo costal de respiración* con amortiguación de los movimientos diafragmático-abdominales durante la ventilación pulmonar.
- 3. *Cortejo digestivo*. El vómito acompaña a dolores muy variados: crisis de jaqueca (en las cefaleas se asocia el vómito, tanto en la migraña

como en los síndromes meníngeos o de ocupación de espacio), cólicos biliar o renal, estenosis e íleo intestinal, colecistitis y «abdomen agudo» en general, etc. La cefalea con vómitos «en escopeta» y *sin náuseas* indica hipertensión endocraneal (meningitis, tumor cerebral, etc.). Si además de los vómitos consta el antecedente de *interrupción del tránsito intestinal*, debe sospecharse íleo. Si el dolor de tipo cólico se acompaña de diarreas, puede pensarse en alteraciones orgánicas o funcionales del colon o en lesiones estenosantes del intestino delgado.

4. *Cortejo urinario*. *Disuria* y *polaquiuria* acompañan al cólico renal y a las cistitis. Un dolor hipogástrico que cursa con anuria puede indicar *retención vesical* de origen prostático o por otra causa. La crisis de jaqueca puede terminar con *poliuria*.
5. *Cortejo vegetativo*. Por lo general, todo dolor acompañado de fiebre será de naturaleza inflamatoria, reactiva a un proceso séptico o a necrosis tisular. En otros casos el dolor se acompaña de sensación de *frío* o de *sudoración fría* —en el infarto, en el *shock*, etc.— o bien de eritema súbito (en el carcinoide) o de *palidez* llamativa, como en las crisis del feocromocitoma o en el *shock*.
6. *Cortejo neurológico*. Cualquier dolor puede complicarse por un nuevo *dolor* debido a una contractura muscular persistente local o a distancia; por ejemplo, una cefalea nual puede seguir a un ataque de hemicránea. La reacción general al dolor puede ser de dos tipos: de «*agitación*» con inquietud motora y desasosiego propio del dolor cólico, y en contraste la «*reacción de quietud*», en que el enfermo se aísla y permanece inmóvil, es más frecuente en los dolores por irritación peritoneal. A veces el dolor se acompaña de *anestesia* o de *hiperestesia*. Existe «*anestesia dolorosa*» en el síndrome talámico, en la polineuritis diabética y en la neuralgia posherpética. La hiperestesia acompaña al dolor meningítico y al peritoneal. Hay dolores a los que se asocia *parálisis*; así, en la jaqueca oftalmopléjica, en el hematoma subdural a menudo y en la polineuritis alcohólica.
7. *Cortejo psíquico*. Ciertos dolores producen ansiedad manifiesta, como la angina de pecho y, en especial, el infarto de miocardio, que a menudo llega a causar sensación de muerte inminente. Las crisis dolorosas violentas pueden conducir al síncope; en otros casos, como en la neuralgia del trigémino, sumen al enfermo en un estado tal de desesperación que puede llegar al suicidio. Los dolores intensos y prolongados llevan a un derrumbamiento progresivo de la personalidad. El delirio acompaña a los procesos dolorosos con hiperpirexia (infecciones agudas). En las personalidades histéricas y en los simuladores, la reacción al dolor es teatral, con lloros, gritos y contorsiones.

Patrones dolorosos típicos

Dolor cefálico

CEFALEA VASCULAR (JAQUECA TÍPICA O MIGRAÑA)

- Cefalalgia unilateral («hemicránea») de localización temporal, frontal o retroorbitaria.
- De aparición paroxística y periódica: dos o más veces al mes.
- La crisis dura de 12 a 18 horas, y hasta 2 o 3 días.
- El dolor es de tipo pulsátil.
- Puede precederle un «aura» visual (escotomas, manchas ciegas en el campo visual).
- Se acompaña a menudo de fotofobia, náuseas, vómitos, escalofríos y sudoración.
- La buena respuesta al tartrato de ergotamina o a los triptanes tiene valor diagnóstico.

CEFALEA TENSIONAL MUSCULAR

- Nucalgia o cefalalgia frontooccipital bilateral.
- Presentación cotidiana y duración todo el día.
- O bien cefaleas repetidas, prolongadas, una a tres veces en la semana. Generalmente desde hace años, con intervalos libres de meses o años.
- Se exacerba o disminuye durante el día.
- No pulsátil, continua.
- Sensación de rigidez cervical.
- Relación con estrés psíquico y tensión emocional.
- No se acompaña de trastornos visuales (fotofobia o escotomas) ni de náuseas o vómitos.

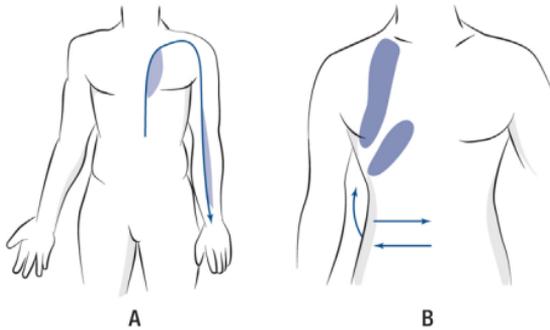
Dolor torácico

DOLOR PLEURAL

- «Punta de costado» (localizado en cualquier lugar del hemitórax).
- Irrradiado al hombro si hay afectación del diafragma central, o bien al abdomen si hay irritación del periférico.
- Punzante o cortante.
- Influenciado por tos, estornudo o respiración profunda.
- Infiere sobre la respiración: entrecortada, tipo abdominal o asimétrica.
- Actitud antálgica: decúbito lateral.

DOLOR PERICÁRDICO

- Precordalgia izquierda o central.
- Irradiación a hombro, cuello o costado.
- A menudo pungitivo.
- A veces intenso.
- Puede aumentar con la respiración, la tos, la deglución y el cambio de posición; *independiente del esfuerzo*. Se alivia al sentarse.
- *Si derrame*: molestia precordial vaga u opresión (derrame a tensión).

**FIGURA 1-2****A) Dolor coronario. B) Dolor biliar.****DOLOR CORONARIO (FIG. 1-2)**

- Retroesternal.
- Irradiado a cuello, mandíbula, hombro y brazo izquierdo.
- Opresión (como losa que comprime) o constrictivo: a veces terribre.
- Duración breve (ángor) o más prolongada (infarto).
- Influencia del esfuerzo, emoción o frío.
- Calma con nitroglicerina (el dolor del ángor, no el del infarto).

DOLOR SEUDOCORONARIO (PSICÓGENO; N. ANSIEDAD O «CARDÍACA»)

- Precordialgia inframamaria, izquierda, sorda.
- Señalado a punta de dedo, a veces pinchazos.
- Continuo (horas, días) o instantáneo (de solo escasos segundos).
- Sin relación con el esfuerzo. Influencia emocional.
- Síntomas asociados: disnea suspirosa, astenia matutina, palpitaciones, insomnio, tristeza (síndrome de hiperventilación: vértigo, parestesias, tetania, etc.).

Dolor abdominal**DOLOR PERITONEAL (APENDICITIS, COLECISTITIS, ETC.)**

- Localizado. Al final (cuando se ha desarrollado peritonitis) se hace difuso.
- Continuo y constante. Comienzo brusco o solapado.
- Intenso.
- «En puñalada» en la perforación.
- Calma con el frío y el reposo, y empeora con el calor y la presión.
- Provoca quietud e inmovilidad en el enfermo.
- Respiración costal y no abdominal.
- «Defensa» muscular en la *exploración*. Aumenta en la descompresión brusca.

DOLOR CÓLICO INTESTINAL (COLON IRRITABLE, ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ESTENOSIS)

- Mal localizado o difuso o variable.
- En crisis más o menos bruscas.
- Curso ondulante o intermitente («retortijones»).
- Se alivia con el calor y la presión, empeora con el frío.
- Enfermo agitado y encogido.
- Puede acompañarse de diarrea (en el colon irritable y en casos de estenosis del intestino delgado con estancamiento del contenido de la luz y subsiguiente sobrecrecimiento bacteriano).
- *Si oclusión* intestinal:
 - Ruidos hidroaéreos periódicos acompañados de dolor si hay peristaltismo de lucha (no existen en el íleo paralítico).
 - Interrupción del tránsito intestinal (íleo) con cese de emisión de gases y heces.

DOLOR DE ESTRANGULACIÓN INTESTINAL

- Inicialmente puede parecerse al del cólico intestinal.
- A menudo, comienzo repentino haciéndose luego persistente.
- Intenso y de creciente severidad.
- Afectación general con progresión a *shock*.
- Distensión abdominal difusa (distensión de asas y componente peritoneal).

DOLOR ULCEROSO GASTRODUDENAL

- Epigastralgia, irradiada a veces al hipocondrio derecho o viceversa. Puede ser transfixiante.
- Evolución crónica en brotes que pueden ser estacionales (otoño, primavera), con intervalos libres.
- Posprandial tardío. Dolor en ayunas.
- Calma con la ingestión y antiácidos
- Puede acompañarse de pirosis.

DOLOR DE DISTENSIÓN O FLATULENCIA

- Por lo general difuso, a veces localizado.
- Brusco o solapado en su presentación.
- Duración indefinida, irregular o persistente.
- Intensidad escasa o soportable, pudiendo ser notable en grados avanzados de meteorismo (exceso de gases en el tubo digestivo).
- Sensación de plenitud.
- Puede acompañarse de dificultad respiratoria, náuseas con o sin vómitos y solo en las formas graves (íleo paralítico, atonía gástrica aguda) de colapso y afectación del estado general.

DOLOR DE ORIGEN BILIAR («CÓLICO HEPÁTICO») (v. FIG. 1-2)

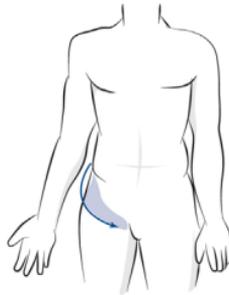
- Empieza en el hipocondrio derecho o epigástrico e irradia a hemicingtura derecha, escápula y hombro.
- A menudo nocturno.
- Alcanza acmé en 15 minutos.
- Duración crisis: 3-4 horas. A veces más.
- Tipo cólico, pero a menudo continuo.
- Intensidad intolerable que requiere espasmolíticos o analgésicos fuertes.
- Se acompaña de vómitos y, a veces, fiebre y coluria.

DOLOR PANCREÁTICO

- Dolor en el hipocondrio izquierdo y epigastralgia.
- Irradiación: hemifaja transversal izquierda; con frecuencia el dolor se percibe en la espalda.
- No se alivia con el vómito.
- No caracteres cólicos.
- *Agudo*: intenso, brusco, continuo, terebrante, colapsante, posprandial (tras comida copiosa, grasa y bebidas alcohólicas).
- *Crónica*: aparición nocturna, sordo, gravativo, mejora en posición encorvada hacia delante o en posición genupectoral. A veces influjo respiratorio.

DOLOR PIELOURETERAL («CÓLICO NEFRÍTICO») (FIG. 1-3)

- Comienzo lumbar.
- Irradiación a flanco, fosa ilíaca, región inguinal, periné y cara interna del muslo.
- Carácter cólico (fluctuante o intermitente). A menudo dolor constante.
- Puede acompañarse de disuria, polaquiuria, tenesmo (sensación imperiosa e ineficaz de ganas de orinar) y estranguria (micción muy penosa, a gotas).
- Calma con calor o espasmolíticos.

**FIGURA 1-3****Dolor urológico.**

Tronco y extremidades

DOLOR RADICULAR

- Distribución segmentaria: en hemicinturón en el tronco, en franja longitudinal en las extremidades.
- Agravación o provocación por tos, estornudos, esfuerzos, defecación.
- Dolor neurálgico
- «Proyectado o irradiado» (no «referido») hacia la periferia, según trayecto del nervio.
- Carácter accesional, intenso y breve («crisis»).
- Puntos dolorosos a la presión, típicos («gatillo»).

DOLOR VASCULAR ISQUÉMICO (ARTERIAL)

- Influencia del esfuerzo: «Claudicación intermitente» en masas musculares. Calma en reposo.

DOLOR OSTEOARTICULAR

- Localización en la zona articular.
- Infiuye la postura, el movimiento y la presión.
- En el síndrome facetario raquídeo puede existir «dolor referido» a la metámera correspondiente.

EXPLORACIÓN

La exploración, o examen clínico, comprende la *exploración física*, es decir, la realizada directamente por el médico, con sus sentidos, sobre el enfermo, y los *exámenes complementarios* o auxiliares, mediante técnicas instrumentales: análisis bioquímicos o citológicos, pruebas funcionales, exploraciones radiológicas o endoscópicas, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía de emisión de positrones (PET), ecografía, ecoendoscopia, biopsias, etc. Este libro trata principalmente de la exploración física.

HOJA DE EVOLUCIÓN

Comprende la redacción de las incidencias que ocurran durante la evolución de la enfermedad sometida a observación clínica: nuevos síntomas y signos o intensificación o remisión de los anteriores, complicaciones aparecidas, respuesta al tratamiento, etc. Suele acompañarse de una «gráfica» por semanas o meses –por horas en las «unidades de cuidados intensivos»– en la que quedan inscritas las curvas térmica, del pulso y de la presión arterial, así como volumen urinario, heces, esputos, vómitos, etc., según los casos.

EPICRISIS

Es el comentario final con que se cierra una historia y representa un juicio clínico del caso. Suele empezarse con un resumen de los datos y hallazgos positivos recogidos en la historia que permitan fundamentar un diagnóstico: se hace una discusión crítica y una valoración de las pruebas que autorizan a descartar otras enfermedades –diagnóstico diferencial–, se establecen las razones de las indicaciones terapéuticas y se expone el desenlace de la enfermedad y en su caso los hallazgos necrópsicos.

Propiedad de Elsevier
Prohibida su reproducción y venta