



**Nombre del alumno:
Lizbeth Reyes Ulloa**

**Docente:
Miguel Basilio Robledo**

**Asignatura:
Propedéutica, semiología y diagnóstico físico**

**Semestre:
Cuarto**

**Parcial:
Tercero**

**Actividad:
Mapa conceptual**



Técnicas de exploración de abdomen

Antes de iniciar se debe:

Explicar al paciente los pasos para explorar el abdomen

Ubicarse en un lugar con buena luz

El paciente debe tener la vejiga vacía

Hacer que el paciente se sienta cómodo en la posición supina



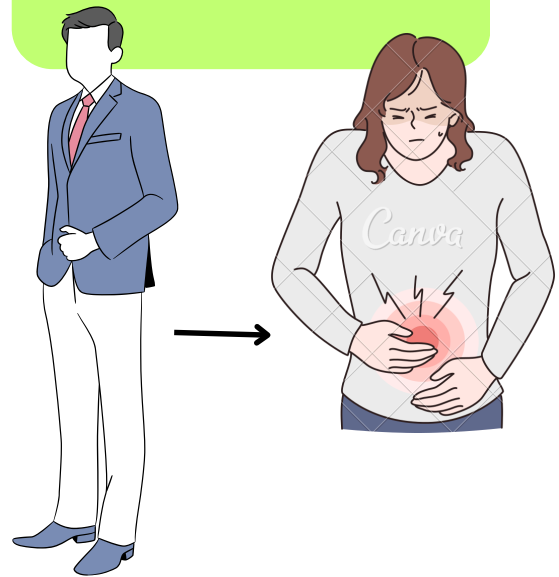
Técnicas de exploración de abdomen

Exploración de la cara posterior del tórax

Inspección

 Observar

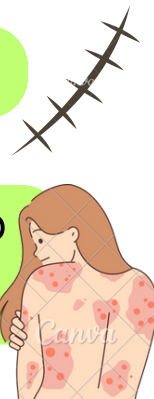
Aspecto general del paciente (se retuerce de dolor)



Superficies, contornos y los movimientos del abdomen

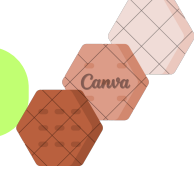
Cicatrices

Exantemas o esquimosis



Piel 

Temperatura

Color 

Estrias

Patología
Las estrias de color rosa púrpura indican síndrome de Cushing

Venas dilatadas

Patología
Las venas dilatadas sugieren hipertensión portal de la cirrosis (cabeza de medusa)

Contorno del abdomen

¿Es plano, redondeado, protuberante o excavado?

¿Protruyen los flancos o se observan protrusiones locales?

¿Es simétrico?

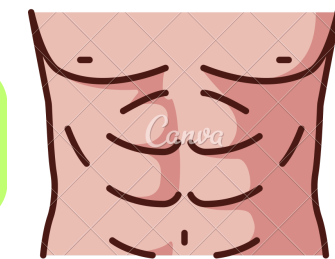
La asimetría sugiere una hernia, agrandamiento de un órgano, o una masa

¿Se ven órganos o masas?

Se inspecciona para buscar una masa hipogástrica de un cáncer de útero o de ovario



Peristaltismo y pulsaciones



Inspeccionar en busca de aumento de las pulsaciones de un aneurisma aórtico abdominal

Técnicas de exploración de abdomen

Exploración de la cara posterior del tórax

Auscultación

Se ausculta primero porque estas maniobras pueden alterar las características de los ruidos intestinales

Ruidos intestinales



Se coloca el estetoscopio sobre el abdomen

Se escuchan borborismos con una frecuencia de 5-34 por minuto

Alteraciones

Los ruidos intestinales pueden estar alterados por diarrea

Soplos y roces de fricción abdominales

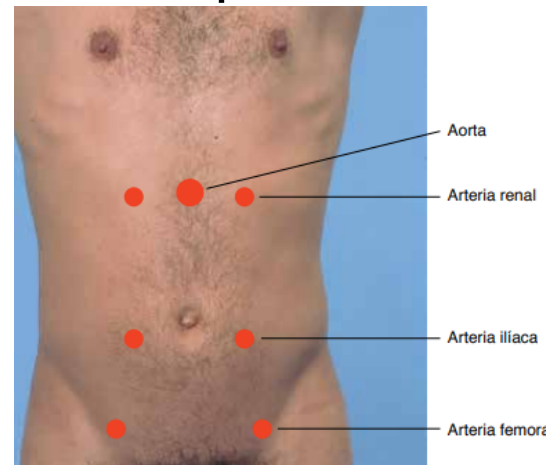


FIGURA 11-10. Áreas de auscultación de soplos.

Si el paciente tiene hipertensión, se ausculta el epigastrio y cada cuadrante superior en busca de soplos

Después se auscultan

Los soplos sobre la aorta, las arterias ilíacas y las femorales

Alteraciones

Los soplos sugieren una enfermedad vascular oclusiva

Se ausculta sobre el hígado y el bazo para buscar frotos por fricción

Alteraciones

Los roces o frotos por fricción se observan en los hematomas, la infección gonocócica perihepática, el infarto esplénico y el cáncer de páncreas

Técnicas de exploración de abdomen

Percusión

Valorar

Cualquier área extensa de matidez que sugiera una masa o una organomegalia

Percutir

La cara anteroinferior del tórax, a la derecha se hallará la matidez hepática; a la izquierda el timpanismo se extiende por la burbuja de aire del estómago y la flexura esplénica del colon

Alteraciones

Situs inversus por la burbuja de aire a la derecha y matidez hepática a la izquierda

Objetivo

Evaluar la cantidad y la distribución del gas en el abdomen

Identificar posibles masas sólidas o llenas de líquido

Calcular el tamaño del hígado y del bazo

Matidez

Detectar en qué lugar abdominal cambia a matidez de las estructuras sólidas posteriores

Alteraciones

Las áreas de matidez pueden deberse a un útero gestante, un tumor ovárico, una vejiga distendida, o una hepatomegalia o esplenomegalia

Posible alteración

La matidez en ambos flancos obliga a realizar un estudio adicional en busca de ascitis

Técnicas de exploración de abdomen

Percusión

Palpación superficial

Ayuda a detectar

Detectar la sensibilidad abdominal, la resistencia muscular y algunos órganos y masas superficiales

Identificar

Cualquier órgano y masa superficial y cualquier área de sensibilidad o aumento de la resistencia a la palpación

Alteraciones

La rigidez involuntaria indica una inflamación peritoneal

Técnica

Se palpa el abdomen con un movimiento ligero y suave hacia dentro

Hay que moverse con suavidad y palpar todos los cuadrantes

Se palpa después de pedir al paciente que exhale

Evaluación de una posible peritonitis

La inflamación del peritoneo parietal, o peritonitis, indica un dolor abdominal agudo

Signos de peritonitis

- Una prueba de la tos positiva
- Defensa abdominal
- Rigidez
- Dolor a la descompresión (por rebote)
- Dolor a la percusión

Antes de la palpación

Se pide al paciente que tosa y se identifica en qué lugar la tos provoca dolor

Técnica

1. Se palpa con suavidad, comenzando con un dedo
2. Luego con toda la mano para localizar el área del dolor
3. Al palpar, se buscan signos peritoneales de defensa, rigidez y dolor a la descompresión

Palpación profunda

Sirve para:

Delimitar el borde hepático, los riñones y las masas abdominales

Técnica

Con las superficies palmares de los dedos se presiona hacia abajo en los cuatro cuadrante

Identifica

Se identifica cualquier masa; se observa su localización, tamaño, forma, consistencia, dolor, pulsaciones y posible movilidad

Técnicas de exploración de abdomen

Hígado

Percusión

Observar

La extensión vertical de la matidez hepática en la línea media clavicular derecha

Alteración

La extensión de la matidez hepática está aumentada en la hepatomegalia

Técnica

Localiza de forma metódica la línea medio clavicular para evitar medidas imprecisas

Se percute de forma leve a moderada

Se inicia a un nivel por debajo del ombligo, y se va percutiendo hacia arriba, en dirección al hígado

Identificar

Borde inferior de matidez en la línea medioclavicular

Borde superior de matidez hepática en la línea medioclavicular

Alteración

La extensión de la matidez hepática disminuye cuando el hígado se reduce de tamaño

Medir

Distancia en centímetros entre los dos puntos y se obtendrá la dimensión vertical de la matidez hepática

La medición de las dimensiones hepáticas por percusión es más precisa cuando el hígado está aumentado de tamaño y se palpa su borde

Alteración

En la enfermedad hepática crónica, el hallazgo de un borde hepático palpable agrandado más o menos duplica el riesgo de cirrosis

Técnicas de exploración de abdomen

Hígado

Palpación

Técnica del gancho

Colocarse de pie, a la derecha del tórax del paciente

Se ponen ambas manos, en la parte derecha del abdomen por debajo del borde de matidez hepática

Presiona con las yemas de los dedos en dirección al borde costal

Pedir al paciente que inspire profundo y palpar con los dedos de las manos

Alteración

La vesícula biliar obstruida y distendida puede crear una masa ovalada bajo el borde del hígado y unirse a él

Técnica

Coloca la mano izquierda debajo del paciente, paralela y sosteniendo las costillas 11.^a y 12.^a

Colocar la mano derecha sobre la parte derecha del abdomen, con los dedos muy por debajo del borde inferior del área de matidez hepática

Se presiona con suavidad hacia dentro y arriba



Alteración

En la enfermedad hepática crónica, el hallazgo de un borde hepático palpable agrandado más o menos duplica el riesgo de cirrosis

Percusión para evaluar el dolor de un hígado no palpable

Se coloca la mano izquierda plana sobre la parte inferior de la caja torácica derecha y se golpea con suavidad con el borde cubital del puño derecho

Se pide al paciente que compare esta sensación con la producida por un golpe similar en el lado izquierdo.

Alteración

El dolor hepático indica inflamación, como ocurre en la hepatitis, o congestión

Técnicas de exploración de abdomen

Bazo

Percusión

Percutir pared inferior izquierda

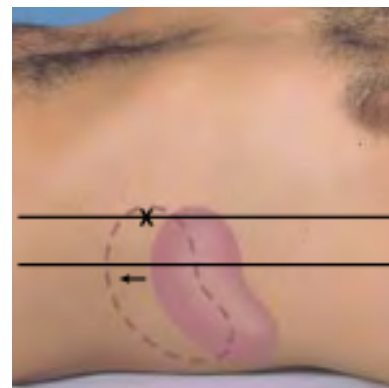
Desde el borde de la matidez cardíaca en la 6.^a costilla hasta la línea axilar anterior y hacia abajo hasta el borde costal

Observar la extensión lateral del timpanismo

Si el timpanismo es muy marcado, la esplenomegalia es improbable

Alteración

Si se escucha matidez con la percusión, la palpación detecta de forma correcta esplenomegalia en más del 80% de



Comprobar el signo de percusión esplénica

Se percute el espacio intermedio más bajo en la línea axilar anterior izquierda

Después

Se pide al paciente que realice una respiración profunda y se percute de nuevo

Cuando el tamaño del bazo es normal, por lo general se sigue oyendo un sonido timpánico

Alteración

El cambio en la nota de percusión de timpanismo a matidez después de la inspiración indica un signo de percusión esplénica positivo

Es útil para la detección de la esplenomegalia

Técnicas de exploración de abdomen

Bazo

Palpación

Técnica

El paciente debe mantener los brazos a los lados y, si es necesario, flexionar el cuello y las piernas

Con la mano izquierda, se toma y rodea al paciente para apoyar e impulsar hacia adelante la parte baja izquierda de la caja torácica y los tejidos blandos adyacentes

Con la mano derecha colocada por debajo del borde costal izquierdo, se presiona en dirección al bazo



Se pide al paciente que realice una respiración profunda

Trata de palpar la punta o el borde del bazo cuando éste descienda hacia los dedos

Evaluar

- Observar si hay dolor
- Evaluar el contorno esplénico
- Medir la distancia entre el punto más bajo del bazo y el borde costal izquierdo



Se repite la maniobra con el paciente acostado sobre el lado derecho y con las piernas un poco flexionadas en las caderas y las rodillas



Esplenomegalia

Si se empieza a palpar en un lugar demasiado alto del abdomen, se puede pasar por alto una esplenomegalia

Causas de esplenomegalia

- Hipertensión portal
- Cánceres hemáticos
- Infección por VIH
- Amiloidosis
- Infarto
- Hematoma esplénico

Técnicas de exploración de abdomen

Riñones

Palpación

Palpación del riñón izquierdo

Colócate a la izquierda del paciente. Se pone la mano derecha detrás del paciente, por debajo y en paralelo a la 12.^a costilla

Con las yemas de los dedos, se levanta y se intenta desplazar el riñón en sentido anterior

Se pide al paciente que realice una respiración profunda, en la máxima inspiración, se presiona con la mano izquierda de manera firme por debajo del borde costal

Se intenta atrapar al riñón entre las dos manos. Se pide al paciente que espire y, a continuación, que deje de respirar brevemente

Se libera despacio la presión de la mano izquierda, palpando al mismo tiempo el desplazamiento de retorno del riñón a la posición espiratoria

Alteración

Una masa en el costado izquierdo puede ser una esplenomegalia

Alteración

Se sospecha nefromegalia si hay timpanismo normal

Palpación del riñón derecho

Se utiliza la mano izquierda para levantarlo desde atrás, y la mano derecha para palpar

En el paciente

El riñón puede ser un poco doloroso y el paciente percibe la captura y la liberación

Alteración

Causas del aumento de tamaño de los riñones: Hidronefrosis, quistes y tumores

Dolor a la percusión de los riñones

Se utiliza la percusión con el puño, se coloca la región palmar de los metacarpianos en el ángulo costovertebral y se golpea con el borde cubital del puño

Se aplica fuerza para producir un golpe o ruido sordo, pero indoloro.



Alteración

El dolor por la presión o la percusión indica pielonefritis si se acompaña de fiebre y disuria

Técnicas de exploración de abdomen

Vejiga urinaria

La vejiga normal no es palpable a menos que se distienda por encima de la sínfisis del pubis

La percusión se verifica la matidez y cuánto se eleva la vejiga sobre la sínfisis púbica

El volumen vesical debe ser de 400-600 mL antes de que aparezca matidez

Valorar el dolor

Alteración

La distensión vesical por obstrucción de la salida puede deberse a una estenosis uretral o a una hiperplasia de próstata

El dolor suprapúbico a la palpación es habitual en la infección vesical

Aorta

Presionar con firmeza y profunda el epigastrio, ligeramente a la izquierda de la línea media, e identifica las pulsaciones de la aorta

En personas mayores

Se evalúa el ancho de la aorta al presionar con profundidad en el epigastrio con una mano en cada lado de la aorta

Alteración

El dolor puede indicar una rotura

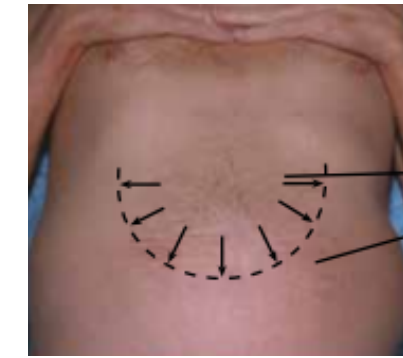
La prueba de detección mediante palpación, seguida de una ecografía, reduce la mortalidad, de hombres fumadores de 65 años



Otras técnicas

Detección de una posible ascitis

La presencia de un abdomen protuberante con flancos prominentes indica una posible ascitis

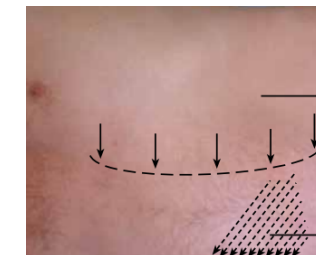


Prueba de la matidez cambiante

Tras percudir el límite del timpanismo y la matidez con el paciente en posición supina, se le pide que se vuelva hacia un lado

Alteración

En la ascitis, la matidez cambia hacia una zona más declive



Prueba de la oleada acústica

Pedir al paciente o a un asistente que presione con firmeza los bordes de ambas manos en la línea media del abdomen

Mientras se percute con las yemas de los dedos y de manera firme uno de los flancos, se palpa en el flanco opuesto el impulso transmitido a través del líquido

Alteración

Un impulso palpable con facilidad indica ascitis. Un signo de la oleada positivo, una matidez que se desplaza y el edema periférico hacen muy probable el diagnóstico de ascitis



Técnicas de exploración de abdomen

Evaluación de una posible apendicitis

Se evalúa de forma meticulosa la existencia de signos peritoneales del dolor abdominal agudo

Técnicas

Pedir al paciente que señale el lugar donde comenzó el dolor y dónde le duele ahora. Se le pide que tosa para determinar dónde se produce el dolor

Explorar

La zona dolorosa en busca de defensa, rigidez y dolor a la descompresión

Alteración

El dolor a la palpación localizado en cualquier parte del CID, incluso en el flanco derecho, indica apendicitis.

Signo de Murphy

Evalúa de una posible colecistitis aguda

Se realiza un gancho con el pulgar izquierdo o los dedos de la mano derecha bajo del borde costal izquierdo

Signos

McBurney

Se encuentra casi siempre a unos 5 cm de la apófisis espinosa anterior del ilion



Rovsing

Se presiona de manera profunda y uniforme el CII, y luego se retiran rápido los dedos

Alteración

El dolor en el CID mientras se presiona el lado izquierdo es un signo de Rovsing positivo

Obturador

Se flexiona el muslo derecho del paciente en la cadera, con la rodilla flexionada, y se hace una rotación interna de la pierna por la cadera

Alteración

El dolor en el hipogastrio derecho constituye un signo del obturador positivo

Psoas

Se coloca la mano por encima de la rodilla derecha del paciente y se le pide que eleve el muslo contra la mano del examinador

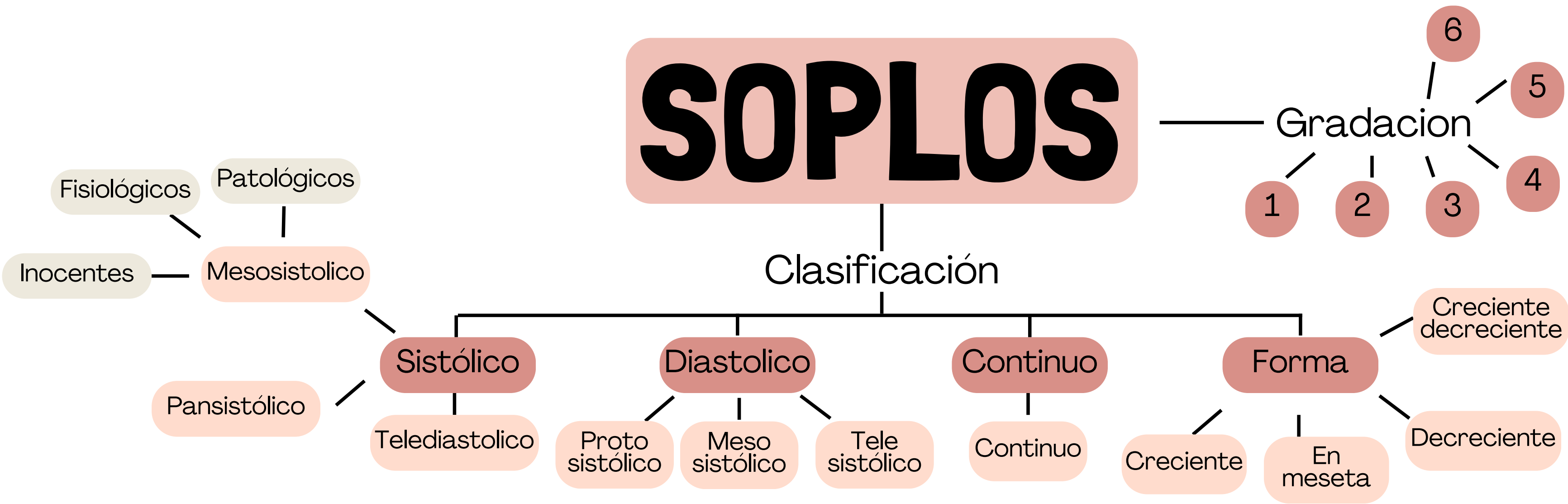
Otra posibilidad es:

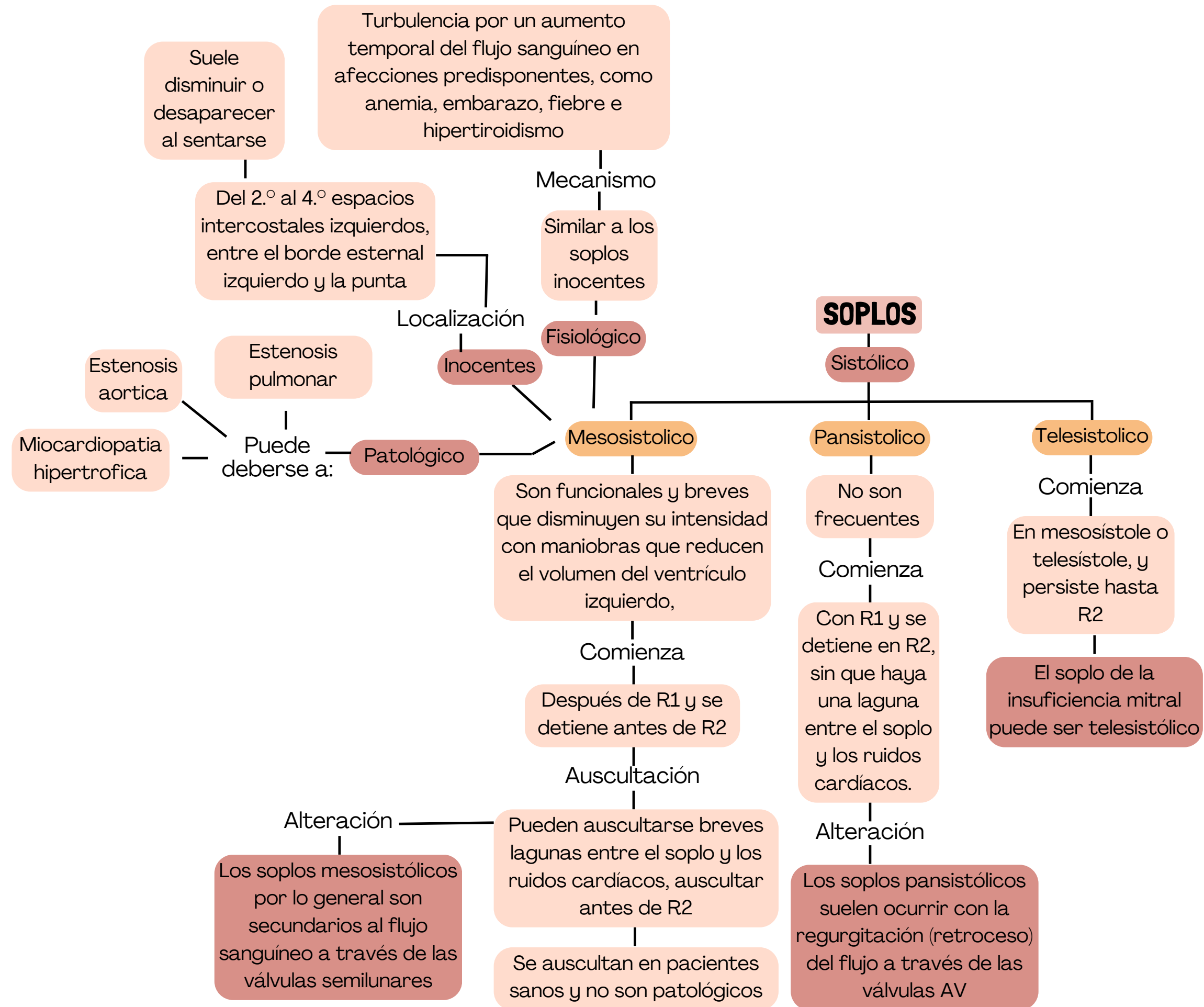
Pedir al paciente que se gire sobre el lado izquierdo y luego extienda el miembro inferior derecho por la cadera

Alteración

El aumento del dolor abdominal con cualquier maniobra constituye un signo del psoas positivo

SOPLOS





SOPLOS

Diastólicos

Protodiastolico

Comienza

Inmediatamente después de R2, sin una laguna clara, y suele atenuarse hasta silenciarse antes del siguiente R1.

Alteración

Suelen reflejar el flujo de regurgitación a través de las válvulas semilunares incompetentes

Mesodiastolico

Comienza

Un poco después de R2. Puede atenuarse como se ilustra, o combinarse con un soplo telediastólico

Alteración

Los soplos mesodiastólicos y presistólicos reflejan el flujo turbulento a través de las válvulas AV.

Telediastolico

Comienza

En telediástole y suele continuar hasta R1

SOPLOS

Continuos

Continuo

Algunos padecimientos congénitos y clínicos generan soplos continuos

Comienza

En sístole y perdura durante toda la diástole o parte de ella

Alteración

Los conductos arteriosos persistentes congénitos y las fístulas AV, frecuentes en los pacientes en diálisis, generan soplos continuos que no tienen un origen valvular

Forma

La forma o la configuración del soplo depende de su intensidad a lo largo del tiempo.

En meseta

Tiene la misma intensidad en todo momento.

Recomendación

Observar el soplo pansistólico de la insuficiencia mitral

Creciente

Va aumentando su intensidad

Alteración

Observa el soplo presistólico de la estenosis mitral con un ritmo sinusal habitual

Decreciente

Va atenuándose

Alteración

Observa el soplo protodiastólico de la insuficiencia aórtica

Creciente decreciente

Primero aumenta de intensidad y luego disminuye

Recomendación

Estar atento al soplo mesosistólico de la estenosis aórtica y a los soplos de flujo inocentes

SOPLOS

Sistema de gradación de Levine
(Gradación de los soplos)

Grado 1

Muy débil, sólo se ausculta después de sintonizarlo

No siempre se escucha en todas las posiciones

Grado 2

Bajo, pero se escucha inmediatamente después de colocar el estetoscopio en el tórax.

Grado 3

Moderadamente fuerte

Grado 4

Fuerte y con frémito palpable

Grado 5

Muy fuerte, con frémito

Puede auscultarse cuando el estetoscopio está parcialmente retirado del tórax

Grado 6

Muy fuerte, con frémito

Puede auscultarse con el estetoscopio retirado del tórax

Los grados 4 a 6 requieren la presencia de un frémito palpable.

Bibliografía

**Bates Guía de Exploración Física e
Historia Clínica 12a Edición.pdf**