



UUDS



Nombre del docente: Dr. Miguel Basilio Roblero

Nombre del alumno: Johana Alejandra Muñoz Lay

Actividad: Mapa conceptual de exploración de abdomen y soplos

Materia: Propedéutica, semiología y diagnóstico

4to Semestre

Grupo A

Medicina Humana

Fecha: 24 de mayo del 2024

EXPLORACIÓN DE ABDOMEN

PARA EMPEZAR

- EXPLICAR AL PACIENTE LOS PASOS PARA EXPLORAR Y BUSCAR BUENA ILUMINACIÓN
- CUBRIR AL INDIVIDUO AL EXPONER EL ABDOMEN

CONSEJOS

EVALUAR LO SIGUIENTE

ASPECTOS DEL MÉDICO

- AL MOMENTO DE EXPLORAR LAS MANOS DEL MÉDICO Y ESTETOSCOPIO DEBERÁN MANTENERSE TIBIAS
- DEBERÁ MANTENERSE EN CALMA Y SIN MOVIMIENTOS RÁPIDOS E INESPERADOS
- LAS UÑAS DEBERÁN MANTENERSE CORTAS PARA NO LASTIMAR AL PACIENTE

1

HACER QUE EL PACIENTE SE SIENTA CÓMODO EN POSICIÓN SUPINA

COLOCAR UNA ALMOHADA BAJO SU CABEZA Y RODILLAS

VERIFICAR QUE EL PACIENTE APOYE EL CUERPO PLANO SOBRE LA MESA DE EXPLORACIÓN

2

CUBRIR AL PACIENTE

SE DEBE COLOCAR YA SEA UNA BATA O SABANA A NIVEL DE LA SINFISIS DEL PUBIS

SE DESLIZA LA BATA POR DEBAJO DE LA LÍNEA DEL PEZÓN Y POR ENCIMA DE APÓFISIS XIFOIDES

3

EVALUAR LOS PUNTOS DE DOLOR

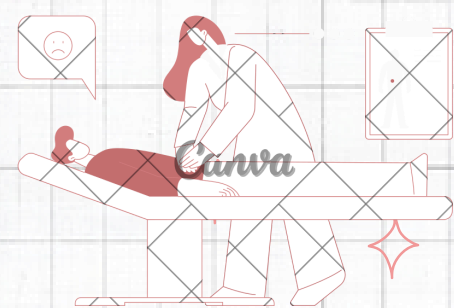
SE LE PIDE AL PACIENTE QUE INDIQUE LAS ÁREAS QUE PRESENTAN DOLOR Y ASÍ EXPLORARLAS AL FINAL

4

AL MOMENTO DE EXPLORAR

COLOCAR AL LADO DERECHO AL PACIENTE Y PROCEDER SISTEMÁTICAMENTE LA AUSCULTACIÓN, PERCUSIÓN Y PALPACIÓN.

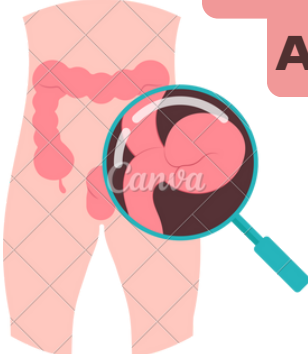
SE VALORA CADA ÓRGANO EN LA REGIÓN QUE SE ESTÁ EXPLORAND Y SE OBSERVA EL ROSTRO DEL PACIENTE PARA DETECTAR SIGNOS DE DOLOR



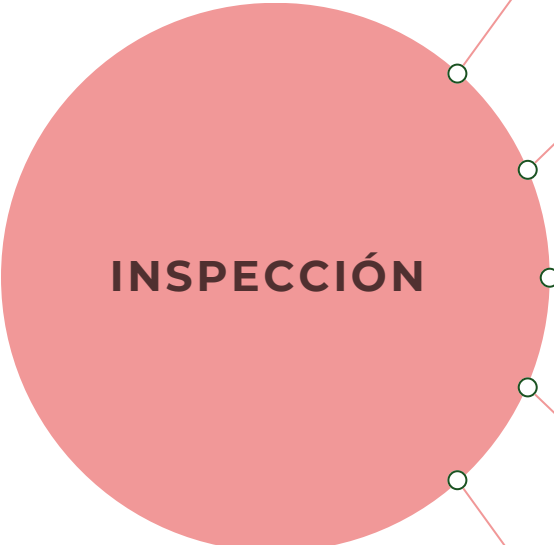
Exploración

DE

ABDOMEN

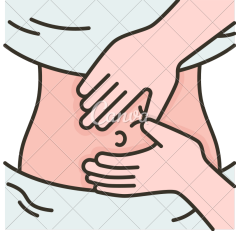


i PRINCIPALMENTE SE OBSERVA EL ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE, ES DECIR , SI ESTA ACOSTADO EN SILENCIO, SE RETUERCE DE DOLOR O SE TOMA DE UN LADO



#1 PIEL

- EXANTEMAS O EQUIMOSIS
- TEMPERATURA
- COLOR
- CICATRICES
- ESTRÍAS
- VENAS DILATADAS

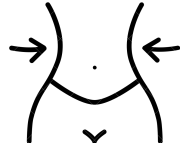


#2 OMBLIGO

- CONTORNO
- POSICIÓN
- INFLAMACION O PROTUBERANCIA

#3 CONTORNO DEL ABDOMEN

- PLANO, REDONDEADO, PROTUBERANTE O EXCAVADO
- PROTUSION DE FLANCOS O PROTUSIONES LOCALES
- SIMETRIA
- PRESENCIA DE ORGANOS U MASAS



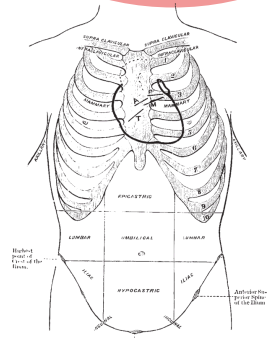
#4 PERISTALTISMO

- OBSERVAR DURANTE UNOS MINUTOS EN SOSPECHA DE OBSTRUCCIONES
- ES MAS PERCEPTIBLE EN PERSONAS DELGADAS



#5 PULSACIONES

- PULSACION ÁORTICA NORMAL VISIBLE EN EPIGASTRIO





ANOMALIAS

En la inspección

Inspecciona en busca de aumento de las pulsaciones de un aneurisma aórtico abdominal (AAA) o incremento de la presión del pulso.

*Se inspecciona para buscar una masa hipogástrica de un cáncer de útero o de ovario.
Busca un aumento de las ondas peristálticas en la obstrucción intestinal*

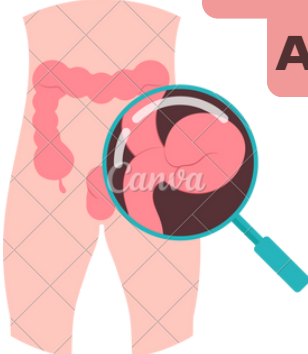
La asimetría sugiere una hernia, agrandamiento de un órgano, o una masa.

Observa los flancos saltones de la ascitis, la protrusión suprapúbica en la vejiga distendida o el útero gestante, y las hernias ventral, femoral o inguinales.

Exploración

DE

ABDOMEN



SE AUSCULTA EL ABDOMEN ANTES DE LA PERCUSIÓN O LA PALPACIÓN PORQUE ESTAS MANIOBRAS PUEDEN ALTERAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS RUIDOS INTESTINALES.

#1 IDENTIFICAR VARIACIONES EN RUIDOS INTESTINALES

INFLAMACIÓN PERITONEAL U OBSTRUCCIÓN

SOPLOS, SEMEJANTE A LOS CARDÍACOS

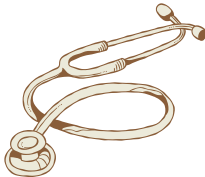


#2 AL USAR EL ESTETOSCOPIO

PRESTAR ATENCIÓN A LOS RUIDOS INTESTINALES

FRECUENCIA DE LOS RUIDOS INTESTINALES

CARACTERÍSTICAS DE LOS RUIDOS INTESTINALES

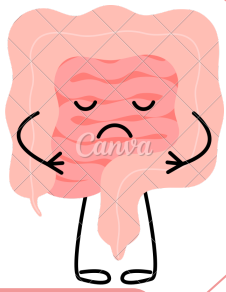


#3 ASPECTOS DE LOS RUIDOS INTESTINALES

LOS RUIDOS NORMALES CONSISTEN EN CHASQUIDOS Y BORBOTEOS

FRECUENCIA ESTIMADA DE 5-34 POR MINUTO.

SE ESCUCHA UN BORBOTEO PROLONGADO POR HIPERPERISTALTISMO O "RUGIDOS DEL ESTÓMAGO" LLAMADO BORBORISMO

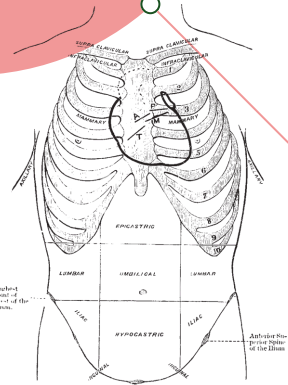
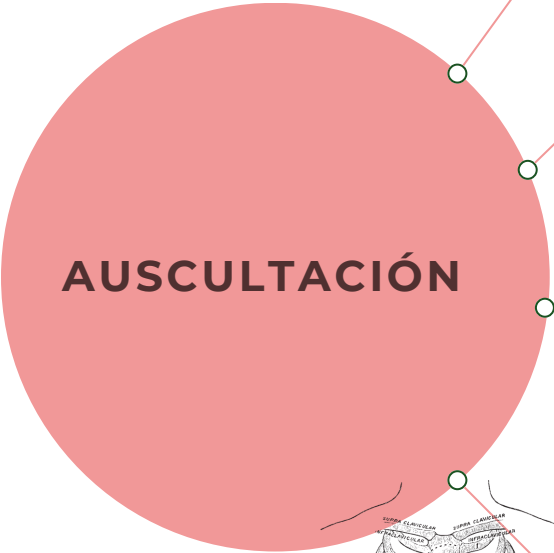


#4 SOPLOS Y ROCES DE FRICCIÓN ABDOMINALES

EN HIPERTENSION SE AUSCULTA EL EPIGASTRIO Y EL CS EN BUSCA DE SOPLOS

SE AUSCULTAN LOS SOPLOS SOBRE LA AORTA, ASÍ COMO LAS ARTERIAS ILÍACAS Y LAS FEMORALES

SE AUSCULTA SOBRE EL HÍGADO Y EL BAZO PARA BUSCAR FROTES POR FRICCIÓN



ANOMALIAS



En la auscultación

Los soplos sugieren una enfermedad vascular oclusiva.

Los ruidos intestinales pueden estar alterados en la diarrea, la obstrucción intestinal, el íleo paralítico y la peritonitis.

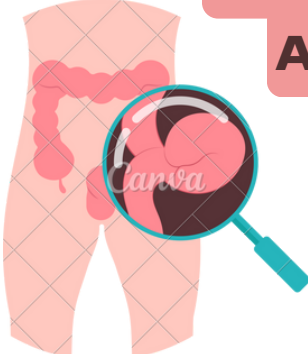
Un soplo en cualquiera de estas regiones con componentes sistólico y diastólico indica fuertemente una estenosis de la arteria renal como causa de la hipertensión

Los soplos con componentes sistólico y diastólico indican un flujo turbulento de la sangre por una arteriopatía aterosclerosa.

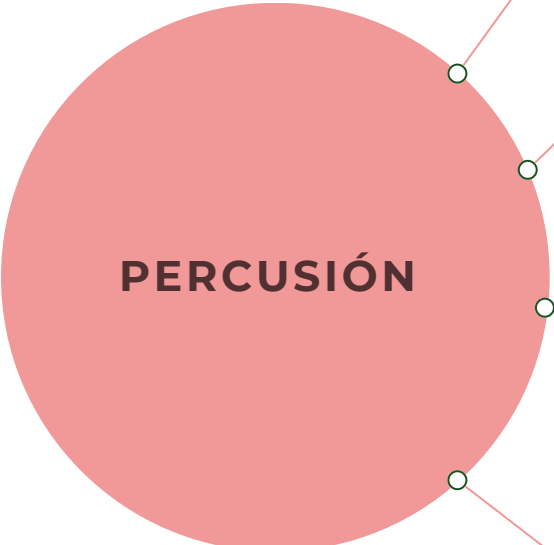
Exploración

DE

ABDOMEN



i AYUDA A EVALUAR LA CANTIDAD Y LA DISTRIBUCIÓN DEL GAS EN EL ABDOMEN, A IDENTIFICAR POSIBLES MASAS SÓLIDAS O LLENAS DE LÍQUIDO, Y A CALCULAR EL TAMAÑO DEL HÍGADO Y DEL BAZO.



#1 PERCUTIR Y EVALUAR LOS CUADRANTES POR LA DISTRIBUCIÓN DE TIMPANISMO Y MATIDEZ

EL TIMPANISMO SUELE PREDOMINAR POR LA PRESENCIA DE GAS EN EL TUBO DIGESTIVO

SOPLOS, SEMEJANTE A LOS CARDÍACOS

#2 MATIDEZ

SE VALORA CUALQUIER ÁREA EXTENSA DE MATIDEZ QUE SUGIERA UNA MASA O UNA ORGANOMEGALIA.

ESTA OBSERVACIÓN GUIARÁ LA PALPACIÓN.

#3 TIMPANISMO

EN LOS LADOS DE UN ABDOMEN PROTUBERANTE SE PUEDE DETECTAR AREAS TIMPANICAS

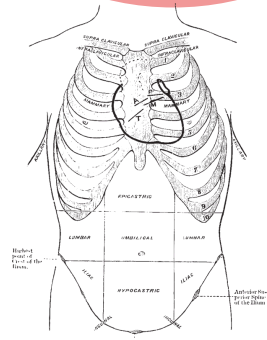
ESTAS AREAS CAMBIAN A MATIDEZ EN CASO DE HABER ESTRUCTURAS SOLIDAS

#4 PERCUSION EN EL AREA EN LA CARA ANTEROINFERIOR DEL TORAX

SE HALLA MATIDEZ HEPATICA, EN EL LADO DERECHO

EL TIMPANISMO SE EXTIENDE POR LA BURBUJA DE AIRE DEL ESTOMAGO, DEL LADO IZQUIERDO

Y LA FLEXURA ESOLENICA DEL COLON





ANOMALIAS

En la percusión

Un abdomen protuberante con timpanismo generalizado indica una obstrucción intestinal o íleo paralítico.

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

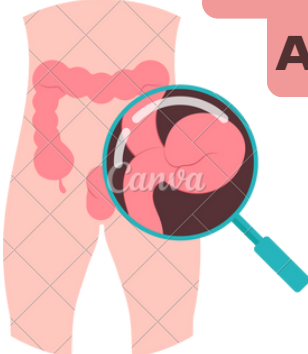
La matidez en ambos flancos obliga a realizar un estudio adicional en busca de ascitis

En el raro caso de situs inversus, o inversión de los órganos: burbuja de aire a la derecha y matidez hepática a la izquierda.

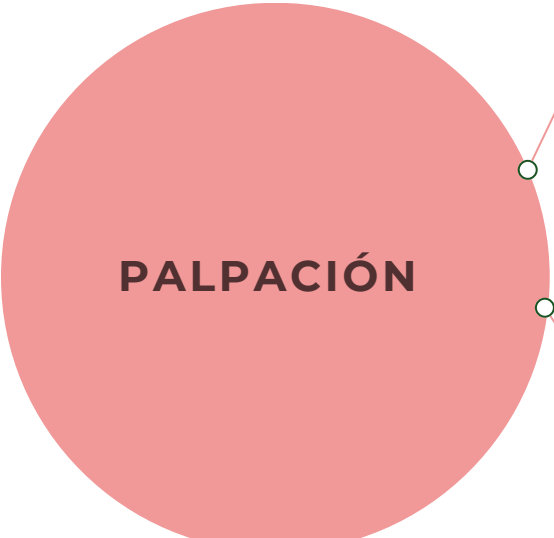
Exploración

DE

ABDOMEN



i AYUDA SOBRE TODO A DETECTAR LA SENSIBILIDAD ABDOMINAL, LA RESISTENCIA MUSCULAR Y ALGUNOS ÓRGANOS Y MASAS SUPERFICIALES. ADEMÁS, SIRVE PARA TRANQUILIZAR Y RELAJAR AL PACIENTE.



#1 SUPERFICIAL

SE COLOCA LAS YEMAS DE LOS DEDOS, DE LA MANO DOMINANTE, PLANAS Y JUNTAS SOBRE EL ABDOMEN DEL PACIENTE

IDENTIFICAR ÓRGANO U MASA SUPERFICIAL, ASÍ MISMO ÁREAS SENSIBLES O CON RESISTENCIA

TENICAS DE DISMINUCION DE DEFENSA VOLUNTARIA

- RELAJAR AL PACIENTE CON LOS METODOS ANTERIORES
- PALPAR DESPUES DE QUE EXHALE Y ASI MISMO RELAJA LOS MUSCULOS ABDOMINALES
- EL PACIENTE DEBERA RESPIRAR POR LA BOCA CON LA MANDIBULA DESCENDIDA

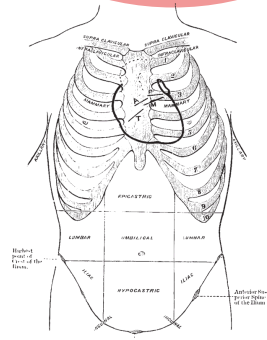
#2 PROFUNDA

SE UTILIZA PARA DELIMITAR EL BORDE HEPATICO, LOS RIÑONES Y MASAS ABDOMINALES

SE UTILIZAN LAS SUPERFICIES PALMARES DE LOS DEDOS SE PRESIONA HACIA ABAJO EN LOS CUATRO CUADRANTES

SE IDENTIFICA CUALQUIER MASA

- LOCALIZACION
- TAMAÑO
- FORMA
- CONSISTENCIA
- DOLOR
- PULSACION
- MOVILIDAD





ANOMALIAS



En la palpación



La rigidez involuntaria por lo general persiste a pesar de estas maniobras, lo cual indica una inflamación peritoneal.



Las masas abdominales pueden clasificarse de varias maneras: fisiológicas (útero grávido), inflamatorias (diverticulitis), vasculares (un AAA), neoplásicas (cáncer de colon) u obstructivas (distensión de la vejiga o asa intestinal dilatada).

Exploración

DE

ABDOMEN

HÍGADO

PERCUSIÓN



EL TAMAÑO Y LA FORMA DEL HÍGADO PUEDEN ESTIMARSE POR PERCUSIÓN Y PALPACIÓN. LA PRESIÓN EJERCIDA CON LA MANO TE PERMITIRÁ EVALUAR LA SUPERFICIE, LA CONSISTENCIA Y LA SENSIBILIDAD.

#1 LOCALIZACIÓN

SE MIDE LA EXTENSIÓN VERTICAL DE LA MATIDEZ HEPÁTICA EN LA LÍNEA MEDIA CLAVICULAR DERECHA

PRIMERO LOCALIZA DE FORMA METICULOSA LA LÍNEA MEDIOCLAVICULAR

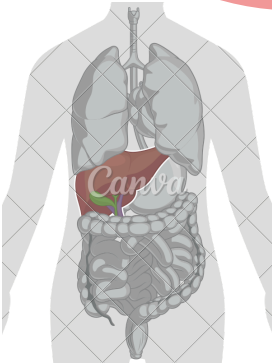
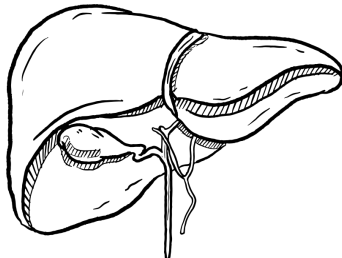
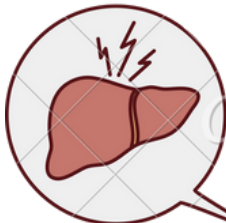
SE INICIA A UN NIVEL POR DEBAJO DEL OMBLIGO EN EL CID Y SE VA PERCUTIENDO HACIA ARRIBA, EN DIRECCIÓN AL HÍGADO.

#2 TAMAÑO

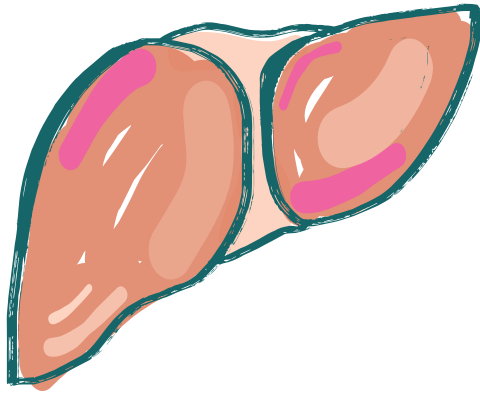
LA DISTANCIA SE MIDE EN CENTÍMETROS ENTRE LOS DOS PUNTOS Y SE OBTENDRÁ LA DIMENSIÓN VERTICAL DE LA MATIDEZ HEPÁTICA

SE DELIMITA SU BORDE AL PERCUTIR LAS ÁREAS INFEROMEDIALE EN CASO DE QUE EL HIGADO APAREZCA AUMENTADO DE TAMAÑO

HAY MAS PRECISION EN LA PERCUSION CUANDO EL HIGADO ESTA AUNMENTADO DE TAMAÑO Y SE PALPA EL BORDE



ANOMALIAS



En la percusión

La extensión de la matidez hepática disminuye cuando el hígado se reduce de tamaño o cuando hay aire libre bajo el diafragma, como en las perforaciones de vísceras huecas e intestinales.

El hígado puede revelar una matidez decreciente cuando remite la hepatitis o la insuficiencia cardíaca, o de modo menos habitual si progresa una hepatitis fulminante.

La matidez de derrame pleural derecho o de pulmón con consolidación, si está adyacente a matidez hepática, puede aumentar de manera falsa la estimación del tamaño hepático.

El gas en el colon puede producir timpanismo en el CSD, enmascarar la matidez hepática y reducir falsamente el tamaño hepático estimado.

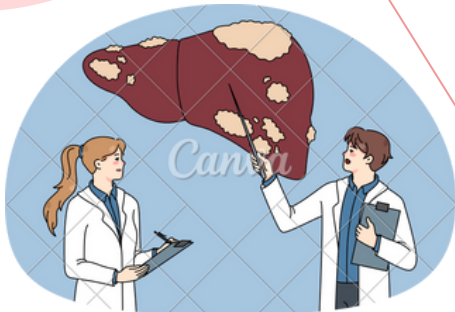
Exploración

DE

ABDOMEN

HÍGADO

PALPACIÓN



EL TAMAÑO Y LA FORMA DEL HÍGADO PUEDEN ESTIMARSE POR PERCUSIÓN Y PALPACIÓN. LA PRESIÓN EJERCIDA CON LA MANO TE PERMITIRÁ EVALUAR LA SUPERFICIE, LA CONSISTENCIA Y LA SENSIBILIDAD.

#1 ¿ COMO REALIZARLA ?

COLOCA LA MANO IZQUIERDA DEBAJO DEL PACIENTE, PARALELA Y SOSTENIENDO LAS COSTILLAS 11.A Y 12.A

MANTENER RELAJADO AL PACIENTE APOYANDO EL DORSO SOBRE TU MANO EN CASO DE SER NECESARIO

AL EMPUJAR CON LA MANO IZQUIERDA SE PALPA MEJOR QUE CON LA OTRA MANO

#2 ¿COMO PALPAR EL BORDE?

SE COLOCA LA MANO DERECHA SOBRE LA PARTE DERECHA DEL ABDOMEN, AA UN LADO DEL MÚSCULO RECTO, Y LOS DEDOS POR DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DEL ÁREA DE LA MATIDEZ HE

SI LA PALPACIÓN ES CERCA DEL BORDE COSTAL DERECHO, HAY POSIBILIDAD DE NO NOTAR EL BORDE INFERIOR DE UN HIGADO AGRANDADO

DURANTE LA INSPIRACIÓN, EL HÍGADO SE PALPA UNOS 3 CM POR DEBAJO DEL REBORDE COSTAL DERECHO EN LA LÍNEA MEDIO CLAVICULAR.

#3

TECNICA DE GANCHO

SE UTILIZA EN PERSONAS OBESAS. CONSISTE EN COLOCARSE DE LADO DERECHO DEL PACIENTE, JUNTAR AMBAS MANOS EN LA PARTE DERECHA DE ABDOMEN POR DEBAJO DE LA MATIDEZ HEPÁTICA Y SE PRESIONA CON LOS DEDOS, EL PACIENTE REALIZARA LA INSPIRACIÓN

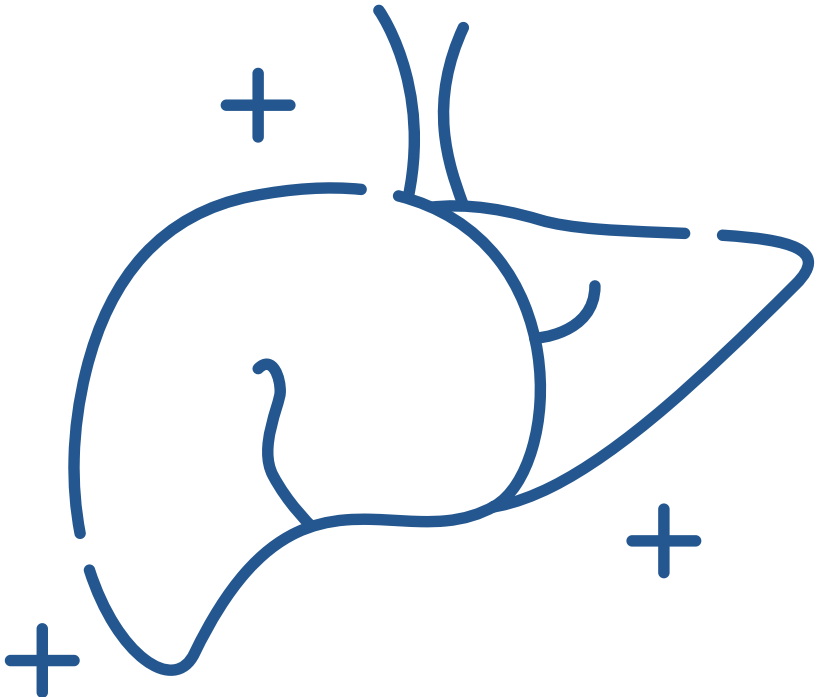
ANOMALIAS



En la palpación



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



La consistencia firme o dura del hígado, el borde romo o redondeado, y la irregularidad de su contorno, indican una anomalía hepática.

Exploración

DE

ABDOMEN

BAZO

PERCUSIÓN

TECNICAS PARA DETECTAR ESPLENOMEGALIA

PERCUTIR LA PARED INFERIOR IZQUIERDA DEL TÓRAX

- AUMENTA DE TAMAÑO
- SE EXPANDE HACIA ADELANTE, ABAJO Y EN SENTIDO MEDIAL
- ES PALPABLE BAJO EL BORDE DORSAL
- LA MATIDEZ INDICA EL AUMENTO EN SU TAMAÑO

• EMPIEZA APROXIMADAMENTE EN EL BORDE DE LA MATIDEZ CARDÍACA EN LA 6TA COSTILLA, HASTA LA LINEA AXILAR MEDIA

• SIGUE HACIA ABAJO HASTA EL BORDE COSTAL, LA ZONA PREDOMINADA ESPACIO DE TRAUBE

• SI EL TIMPANISMO ES MUY MARCADO, SOBRE TODO EN LA PARTE LATERAL, LA ESPLENOMEGALIA ES IMPROBABLE.

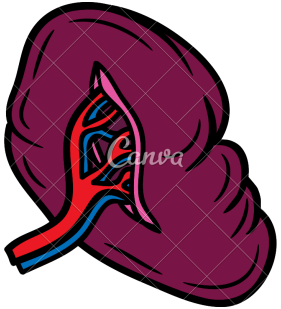
• LA MATIDEZ DEL BAZO NORMAL SUELE ESTAR ENMASCARADA POR LA MATIDEZ DE LOS OTROS TEJIDOS POSTERIORES

COMPROBAR SIGNO DE PERCUSIÓN ESPLÉNICA

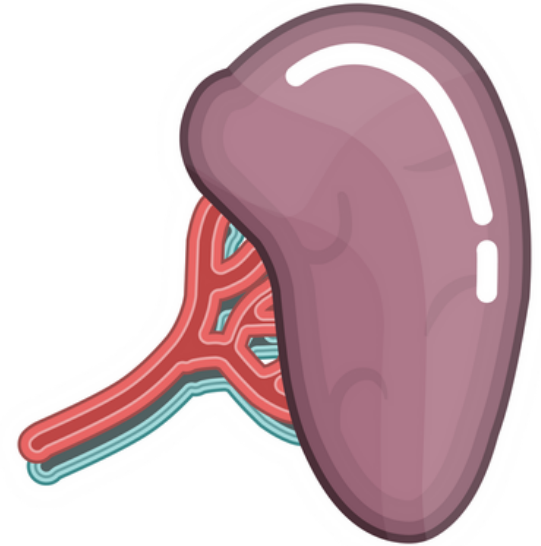
PRIMERO SE PERCUTE EL ESPACIO INTERMEDIO QUE SE ENCUENTRA MÁS ABAJO DE LA LÍNEA AUXILIAR ANTERIOR IZQUIERDA

SE LE PIDE AL PACIENTE REALIZAR UNA RESPIRACIÓN PROFUNDA PARA ASÍ VOLVER A PERCUTIR

SI EL TAMAÑO DEL VASO ES NORMAL, SE VA A ESCUCHAR UN SONIDO TIMPÁNICO AL MOMENTO DE PERCUTIR



ANOMALIAS



En la percusión

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

La presencia de líquidos o sólidos en el estómago o el colon también puede producir matidez en el espacio de Traube.

El cambio en la nota de percusión de timpanismo a matidez después de la inspiración indica un signo de percusión esplénica positivo, pero este signo es sólo moderadamente útil para la detección de la esplenomegalia

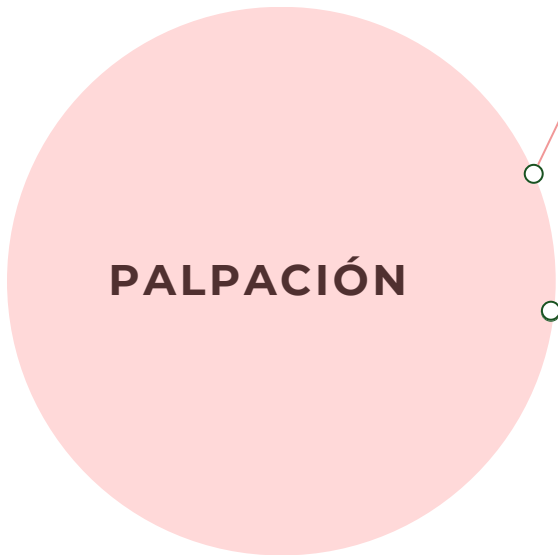
Exploración

DE

ABDOMEN



BAZO



#1 RELAJAR PARED ABDOMINAL

BRAZOS A LOS LADOS

FLEXIONAR CUELLO Y PIERNAS

CON LA MANO IZQ. RODEAR AL PACIENTE PARA IMPULSAR LA PARTE BAJA IZQ. DE LA CAJA TORACICA

SE COMIENZA EN UN LUGAR LO SUFICIENTEMENTE BAJO PARA DETECTAR UN BAZO AGRANDADO

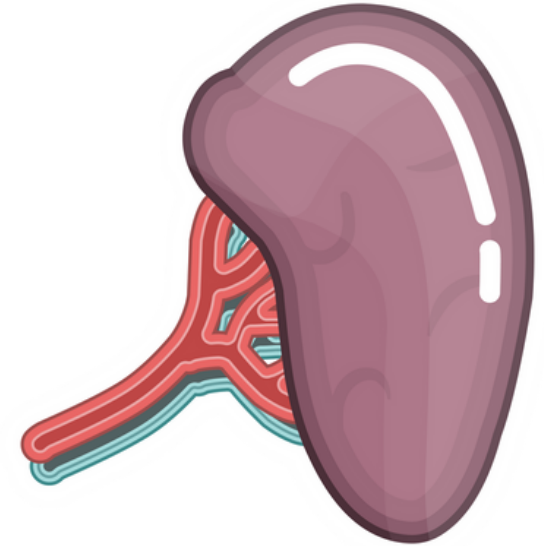
SE LE SOLICITA AL PACIENTE REALIZAR UNA RESPIRACION PROFUNDA

SE PALPA LA PUNTA O EL BORDE DEL BAZO CUNEO ESTE DESCIENDA LOS DEDOS

#2 ¿COMO PALPAR?

SE REPITE MANIOBRA CON EL PACIENTE ACOSTADO DEL LADO DERECHO, PIERNAS UN POCOC FLEXIONADAS EN LAS CADERAS Y RODILLAS

ANOMALIAS



En la palpación

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

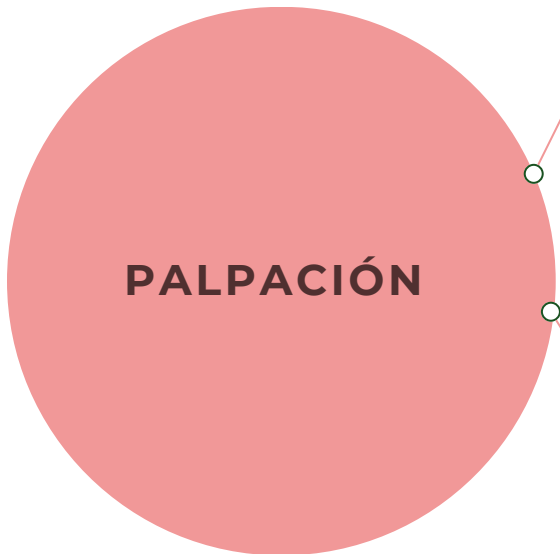
La esplenomegalia es ocho veces más probable cuando se palpa el bazo. Las causas incluyen hipertensión portal, cánceres hemáticos, infección por VIH, enfermedades infiltrantes como la amiloidosis, y el infarto o hematoma esplénico.

Exploración

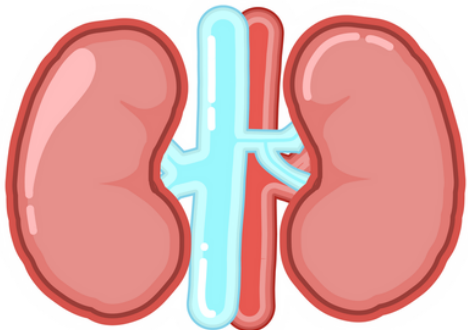
DE

ABDOMEN

RIÑONES



#1 PALPACION DE RIÑON IZQUIERDO



#2 PALPACION DEL RIÑON DERECHO

DOLOR AL PERCUTIR RIÑONES

i TIENEN UNA POSICIÓN RETROPERITONEAL Y SON DIFÍCILES DE PALPAR, LAS TÉCNICAS SON NECESARIAS YA QUE AYUDAN A DISTINGUIR ENTRE LOS RIÑONES AUMENTADOS DE TAMAÑO Y OTROS OTROS ÓRGANOS Y MASAS ABDOMINALES

- COLOCARSE A LA IZQ. DEL PACIENTE
- UBICAR LA MANO DERECHA DETRAS DEL PACIENTE

- POR DEBAJO Y EN PARALELO A LA 12VA COSTILLA, CON LA YEMA DE LOS DEDOS ROZANDO EL ACV

COLOCAR MANO IZQ. EN EL CSI, LATERAL Y PROFUNDO AL MUSCULO RECTO

- EN LA MAXIMA INSPIRACION SE PRESIONA CON LA MANO IZQUIERDA
- SE INTENTA ATRAPAR RIÑON CON DOS MANOS
- SE LE PIDE AL PACIENTE QUE ESPIRE Y DEJE DE RESPIRAR PREVIAMENTE
- SE LIBERA LA MANO SUAVEMENTE Y SE LOGRA PALPAR EL RIÑON DESPLAZANDO LENTO

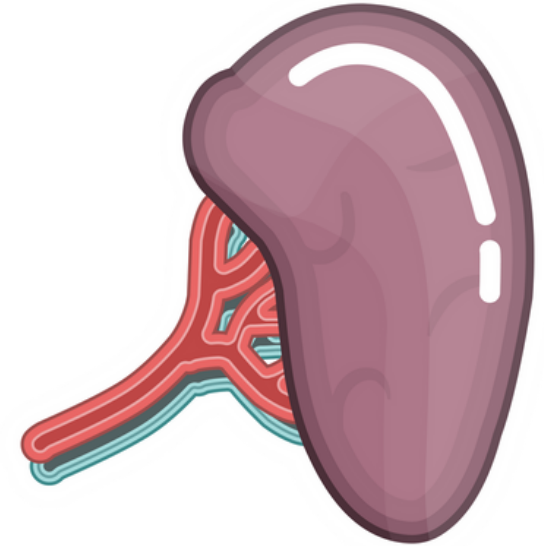
UN RIÑON SANO ES PALPABLE EN PACIENTES DELGADOS Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES SE ENCUENTRAN RELAJADOS

- SE DIRGE AL LADO DERECHO DEL PACIENTE
- SE UTILIZA MANO IZQUIERDA PARA LEVANTAR DESDE ATRAS
- LA MANO DERECHA SE USA PARA PALPAR PROFUNDAMENTE EL CSD

SI DUELEN AL PALPAR SE PERCUTE SOBRE EL ACV

- SE APLICA PRESION CON LAS YEMAS DE LOS DEDOS
- EN CASO DE QUE ESTAS NO DESENCADENEN DOLOR
- SE UTILIZA EL PUÑO Y SE GOLPEA LA REGION PALMAR
- ESTO PARA PRODUCIR GOLPE O RUIDO SORDO, PERO INDOLORO

ANOMALIAS



En la palpación

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

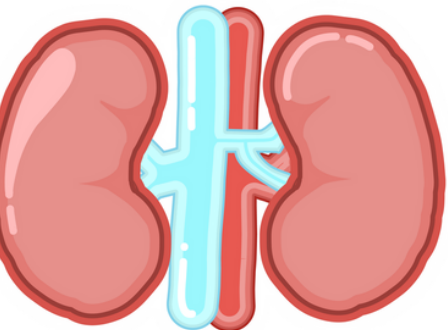
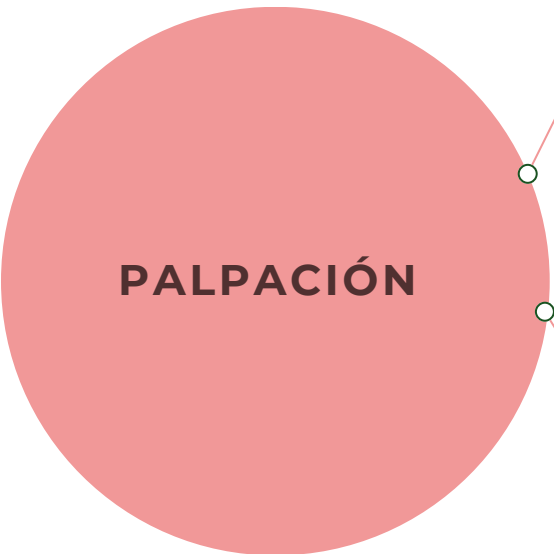
La esplenomegalia es ocho veces más probable cuando se palpa el bazo. Las causas incluyen hipertensión portal, cánceres hemáticos, infección por VIH, enfermedades infiltrantes como la amiloidosis, y el infarto o hematoma esplénico.

Exploración

DE

ABDOMEN

RIÑONES



i TIENEN UNA POSICIÓN RETROPERITONEAL Y SON DIFÍCILES DE PALPAR, LAS TÉCNICAS SON NECESARIAS YA QUE AYUDAN A DISTINGUIR ENTRE LOS RIÑONES AUMENTADOS DE TAMAÑO Y OTROS OTROS ÓRGANOS Y MASAS ABDOMINALES

#1 PALPACION DE RIÑON IZQUIERDO

- COLOCARSE A LA IZQ. DEL PACIENTE
- UBICAR LA MANO DERECHA DETRAS DEL PACIENTE

- POR DEBAJO Y EN PARALELO A LA 12VA COSTILLA, CON LA YEMA DE LOS DEDOS ROZANDO EL ACV

COLOCAR MANO IZQ. EN EL CSI, LATERAL Y PROFUNDO AL MUSCULO RECTO

- EN LA MAXIMA INSPIRACION SE PRESIONA CON LA MANO IZQUIERDA
- SE INTENTA ATRAPAR RIÑON CON DOS MANOS
- SE LE PIDE AL PACIENTE QUE ESPIRE Y DEJE DE RESPIRAR PREVIAMENTE
- SE LIBERA LA MANO SUAVEMENTE Y SE LOGRA PALPAR EL RIÑON DESPLAZANDO LENTO

#2 PALPACION DEL RIÑON DERECHO

UN RIÑON SANO ES PALPABLE EN PACIENTES DELGADOS Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES SE ENCUENTRAN RELAJADOS

- SE DIRGE AL LADO DERECHO DEL PACIENTE
- SE UTILIZA MANO IZQUIERDA PARA LEVANTAR DESDE ATRAS
- LA MANO DERECHA SE USA PARA PALPAR PROFUNDAMENTE EL CSD

DOLOR AL PERCUTIR RIÑONES

SI DUELEN AL PALPAR SE PERCUTE SOBRE EL ACV

- SE APLICA PRESION CON LAS YEMAS DE LOS DEDOS
- EN CASO DE QUE ESTAS NO DESENCADENEN DOLOR
- SE UTILIZA EL PUÑO Y SE GOLPEA LA REGION PALMAR
- ESTO PARA PRODUCIR GOLPE O RUIDO SORDO, PERO INDOLORO

Exploración

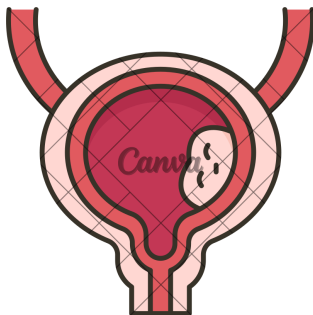
DE

ABDOMEN



#1

VEGIGA



- LA VEJIGA URINARIA SALUDABLE NO ES PALPABLE A MENOS QUE SE DISTIENDA POR ENCIMA DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS.

OTROS
ÓRGANOS

#2

AORTA



- PRESIONAR EL EPIGASTRIO CON FIRMEZA Y DE MANERA PROFUNDA
- DE FORMA LIGERA DEL LADO IZQUIERDO DE LA LINEA MEDIA, E IDENTIFICAR LAS PULSAIONES DE LA AORTA

- EN PERSONAS MAYORES DE 50 AÑOS SE EVALUA EL TAMAÑO DE LA AORTA
- ESTO SE HACE PRESIONANDO EL EPIGASTRIO CON UNA MANO EN CADA LADO DE LA AORTA
- SU TAMAÑO NO TIENE QUE EXCEDER LOS 3 CM

Ascitis

Detección de posible Ascitis

> PRUEBA DE MATIDEZ CAMBIANTE

Se realiza después de percudir el límite del timpanismo y la matidez con el paciente en posición supina, y se vuelve a evaluar hacia un lado

> ¿QUE SE HACE?

Se vuelve a percudir y se marcan de nuevo los límites

> ¿QUE SE ENCUENTRA?

En una persona sin ascitis, el límite entre el timpanismo y la matidez suele mantenerse más o menos constante

> ¿PARA QUE?

- Esta presión ayuda a detener la transmisión de la oleada a través de la grasa.
- 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

> PRUEBA DE LA OLEADA ACUSTICA

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

> DESVENTAJA

Por desgracia, este signo suele ser negativo hasta que la ascitis es evidente, y a veces es positivo en personas sin ascitis.

> IDENTIFICACIÓN DE UN ÓRGANO O UNA MASA EN UN ABDOMEN ASCÍTICO

Lo podemos identificar apartir de que el órgano o la masa peloteen

> ¿COMO LO HAGO?

Endereza y tensa juntos los dedos de una mano, la cual se coloca sobre la superficie abdominal, dando un golpe rápido y directo hacia la estructura prevista.

> ¿QUE ES LO QUE PASA?

Este movimiento rápido suele desplazar el líquido, por lo que las yemas de los dedos pueden tocar brevemente la superficie de la estructura a través de la pared abdominal

Apendicitis

Evaluación de una posible apendicitis

ASPECTOS

La apendicitis es una causa habitual de dolor abdominal agudo.

¿QUE SE HACE?

Se le pide 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.

El dolor de la apendicitis clásica comienza cerca del ombligo y luego se desplaza al CID. Los adultos mayores son menos propensos a presentar este patrón

¿FORMAS DE EVALUARLO?

Realiza una exploración rectal y, en las mujeres, una exploración pélvica. Estas maniobras tienen sensibilidad y especificidad bajas, pero pueden identificar un apéndice inflamado que se localiza de manera atípica dentro de la cavidad pélvica, así como otras causas de dolor abdominal.

PUNTO MC BURNEY

El punto de McBurney se encuentra casi siempre a unos 5 cm de la apófisis espinosa anterior del ilion sobre una línea que va de esta apófisis hasta el ombligo

SIGNO DE ROVSING

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

SIGNO DE 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.

SIGNO DEL 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. Esta maniobra estira el músculo obturador interno.

COLECISTITIS AGUDA

HERNIAS VENTRALES

MASAS EN LA PARED ABDOMINAL

> ¿COMO EVALUARLA?

Si el dolor y la sensibilidad en el CSD sugieren colecistitis aguda, se evalúa el signo de Murphy.

> ¿COMO EVALUARLO?

Las hernias ventrales corresponden de forma exclusiva a las hernias de la pared abdominal y que no aparecen en las ingles.

¿?

De vez en cuando, hay masas en la pared abdominal en lugar de estar dentro de la cavidad abdominal.

> ¿SIGNO DE MURPHY?

Se realiza un gancho con el pulgar izquierdo o los dedos de la mano derecha bajo del borde costal izquierdo en el punto de intersección del borde lateral del músculo recto y el borde costal

Se le pide al paciente que realice una inspiración que empuja al hígado y la vesícula biliar hacia abajo, en dirección a los dedos que exploran. Vigila la respiración del paciente y observa el grado de molestia.

> EN CASO DE SOSPECHA

- Si se sospecha una hernia umbilical o incisional, pero no se puede ver, pide al paciente que levante la cabeza y los hombros de la camilla.

> EN CASO DE HERNIAS, CRURALES O ESCROTALES ESTRANGULADAS

Se requiere una evaluación quirúrgica inmediata.

> ¿COMO LO HAGO?

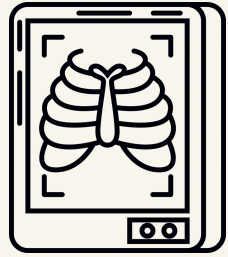
Se pide al paciente que levante la cabeza y los hombros o que haga presión hacia abajo, apretando así los músculos del abdomen.

> ¿QUE PROCEDE?

Se palpa nuevamente la masa.



PATOLOGIAS COMUNES



APENDICITIS

Inflamación del apéndice, que puede ser aguda o crónica.

Los síntomas suelen incluir dolor abdominal en el lado derecho, fiebre, náuseas y vómitos.

El diagnóstico por imagen se realiza comúnmente mediante ecografía abdominal y tomografía computarizada (TC)



ULCERA PÉPTICA

Lesión en la mucosa del estómago o duodeno, que puede ser gástrica o duodenal.

Los síntomas típicos incluyen dolor abdominal, acidez estomacal, náuseas y, en casos graves, vómitos con sangre.

La endoscopia es el método más preciso para diagnosticar úlceras pépticas.



COLECISTITIS

Inflamación de la vesícula biliar, que puede ser aguda o crónica.

Los síntomas incluyen dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, fiebre, náuseas y vómitos

La ecografía abdominal es la herramienta más utilizada para diagnosticar la colecistitis.

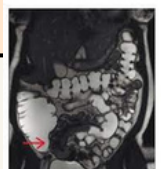


OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Se produce cuando hay un bloqueo en el intestino que impide el paso normal de los alimentos y líquidos

Los síntomas pueden incluir dolor abdominal intenso, distensión abdominal, vómitos, estreñimiento o incapacidad para expulsar gases

El diagnóstico de imagen suele incluir radiografías, tomografías computarizadas (TC) o resonancia magnética (RM)



Soplos cardíacos

SOPLOS CARDÍACOS

CRONOMETRAR EL SOPLO

¿ Se encuentra en sístole o diástole ?
¿ Cuanto tiempo dura?

Sonido de la sangre que fluye a través del corazón, que puede deberse al esfuerzo normal del corazón al hacer ejercicio o a una válvula del corazón afectada u otra anomalía.

INTENSIDAD Y CARACTERÍSTICAS

Se califica la intensidad del soplo del 1 - 6 y se determina su tono y calidad

Se identifica si sus características están asociadas , como la calidad r1 ó r2, presencia de ruidos adicionales, chasquidos, etc..

LOCALIZACION

Identificar el lugar en el precordio donde el soplo tiene mayor intensidad

- Base
- Largo o borde esternal
- Ápice

También se evalúa si este se irradia o se mantiene

OTRAS MANIOBRAS

- Pedirle al paciente que se incline hacia adelante y que espire
- O también pedirle que se coloque en posición decubito lateral izquierda

DETERMINAR FORMA

¿ Es creciente ?
¿ Es decreciente?
¿ Es holosistolico?

Soplo cardiaco

Características

Cronología

Primero debes distinguir si estás auscultando un soplo sistólico, entre R1 y R2, o un soplo diastólico, entre R2 y R1. Palpar el pulso carotídeo te ayudará a determinar la cronología. Los soplos que coinciden con la pulsación carotídea son sistólicos.

Forma

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

Lugar de máxima intensidad

Se determina por el sitio donde se origina el soplo. Localízalo explorando la zona donde escuches el soplo. Describe en qué espacio intercostal se ausculta mejor y su relación con el esternón, la punta o las líneas mediaesternal, clavicular media o cualquiera de las axilares.

Irradiación

Refleja no sólo el punto de origen sino también la intensidad del soplo, la dirección del flujo sanguíneo y una buena conducción en el tórax. Explora la zona alrededor del soplo y determina en qué otro lugar puedes auscultarlo.

Intensidad

Suele calificarse sobre una escala de 6 puntos y expresarse como fracción. El numerador describe la intensidad del soplo en el lugar donde se ausculta con mayor nitidez; el denominador indica la escala que se está utilizando. La intensidad depende del grosor de la pared torácica y de la presencia de tejido intermedio

Tono

Se clasifica como alto, intermedio o bajo.

Cualidad

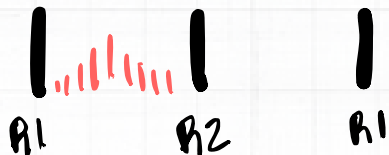
Se describe como sibilante, áspero, arrastrado (arrastre) y musical.

SOPLO SISTÓLICO

Un soplo que ocurre cuando la sangre sale del corazón (soplo sistólico) generalmente es un soplo cardíaco inofensivo. Este sucede entre R1 y R2

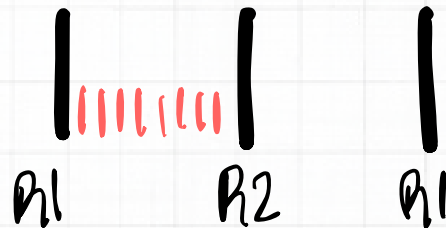
SOPLO MESOSISTÓLICO

Comienza después de R1 y se detiene antes de R2. Pueden auscultarse breves lagunas entre el soplo y los ruidos cardíacos. Ausculta con atención la laguna justo antes de R2, cuando se escucha con mayor facilidad y, si está presente, suele confirmar que el soplo es mesosistólico y no pansistólico.



SOPLO PANSISTÓLICO

Comienza con R1 y se detiene en R2, sin que haya una laguna entre el soplo y los ruidos cardíacos.



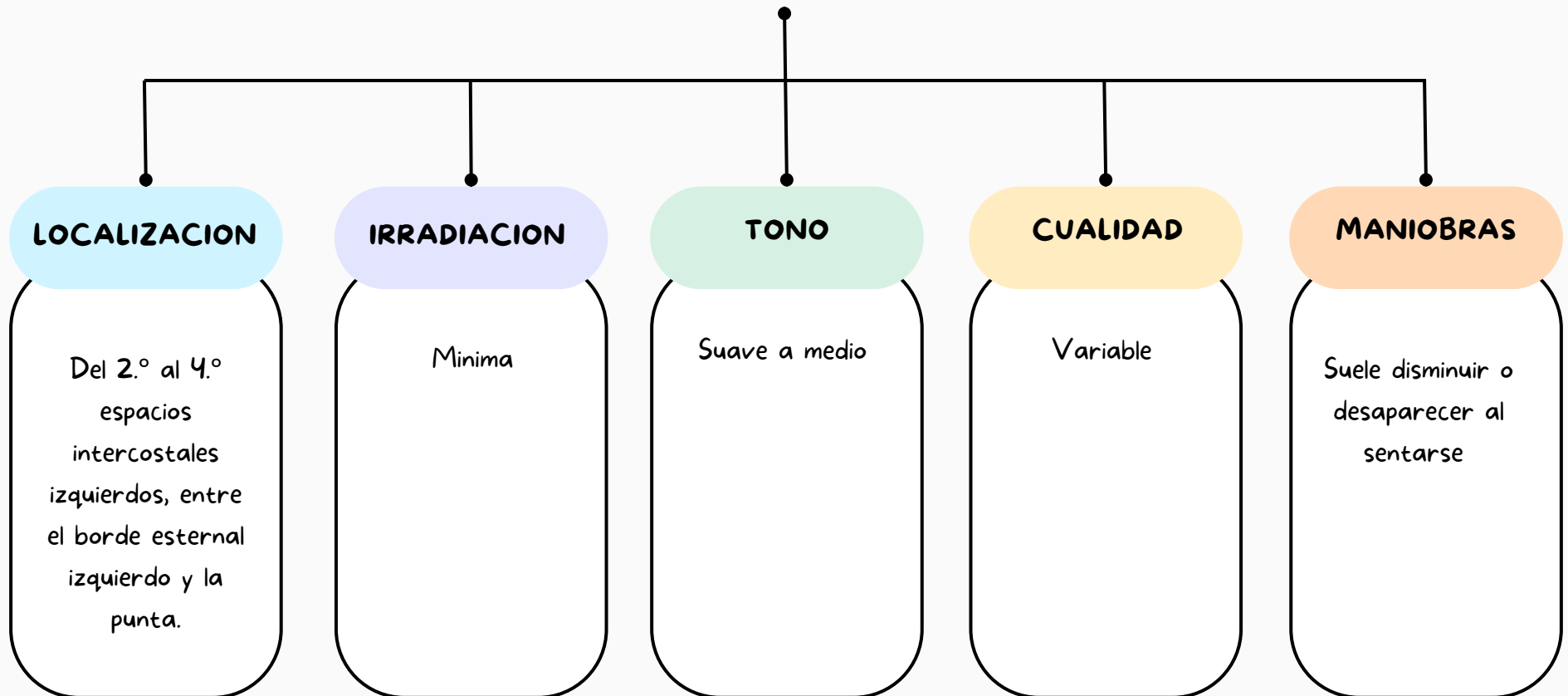
SOPLO TELESISTÓLICO

Suele comenzar en mesosístole o telesístole, y persiste hasta R2.



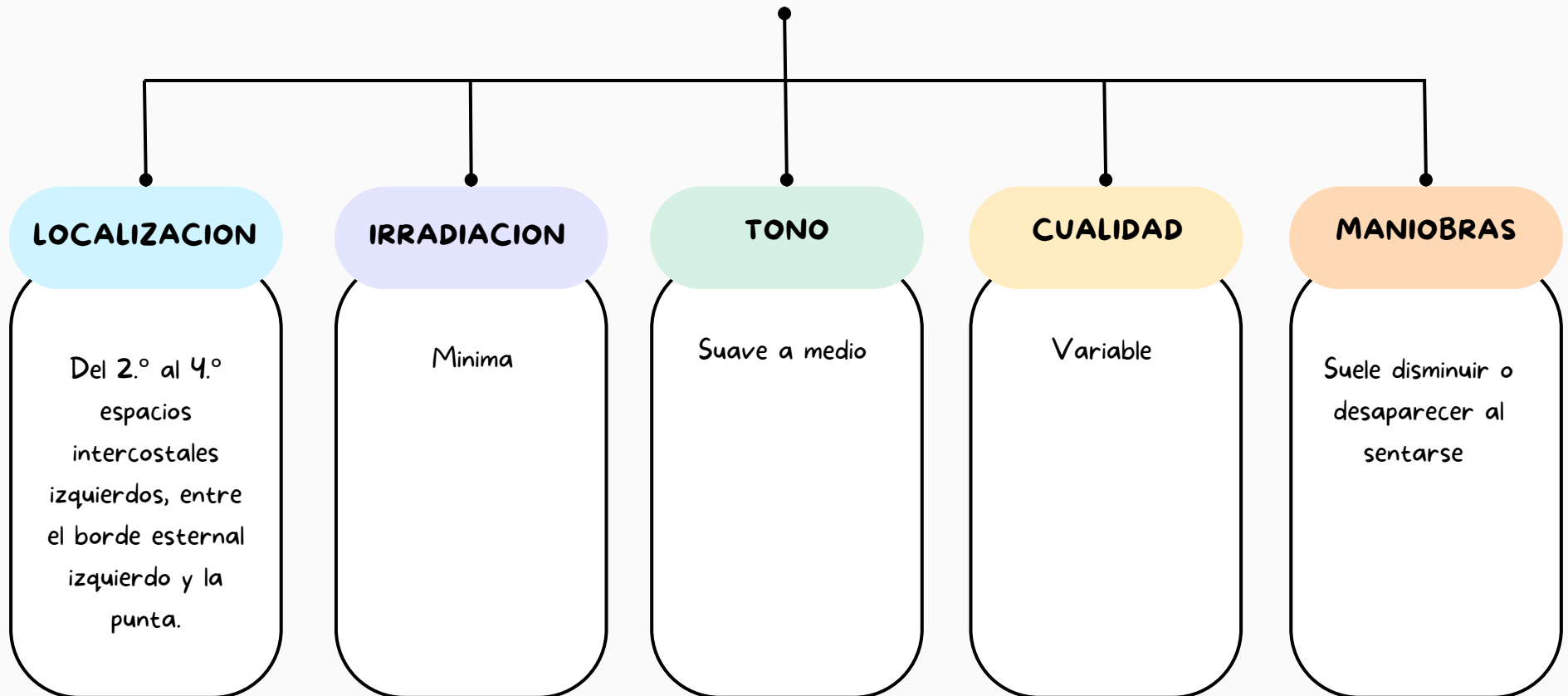
Soplo mesosistólico

Soplo inocente



Soplo mesosistólico

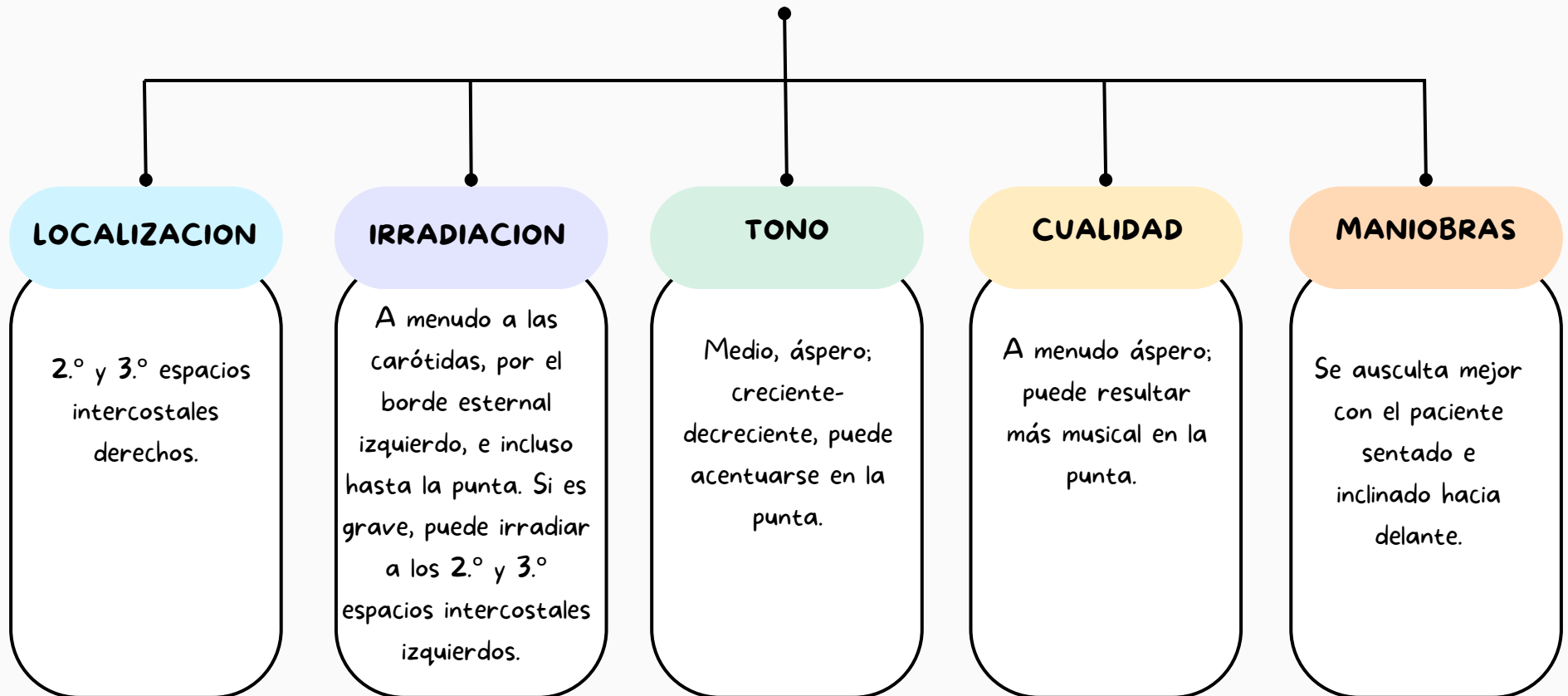
Soplo Fisiológico



Tiene los mismos datos que el soplo inocente ya que son similares

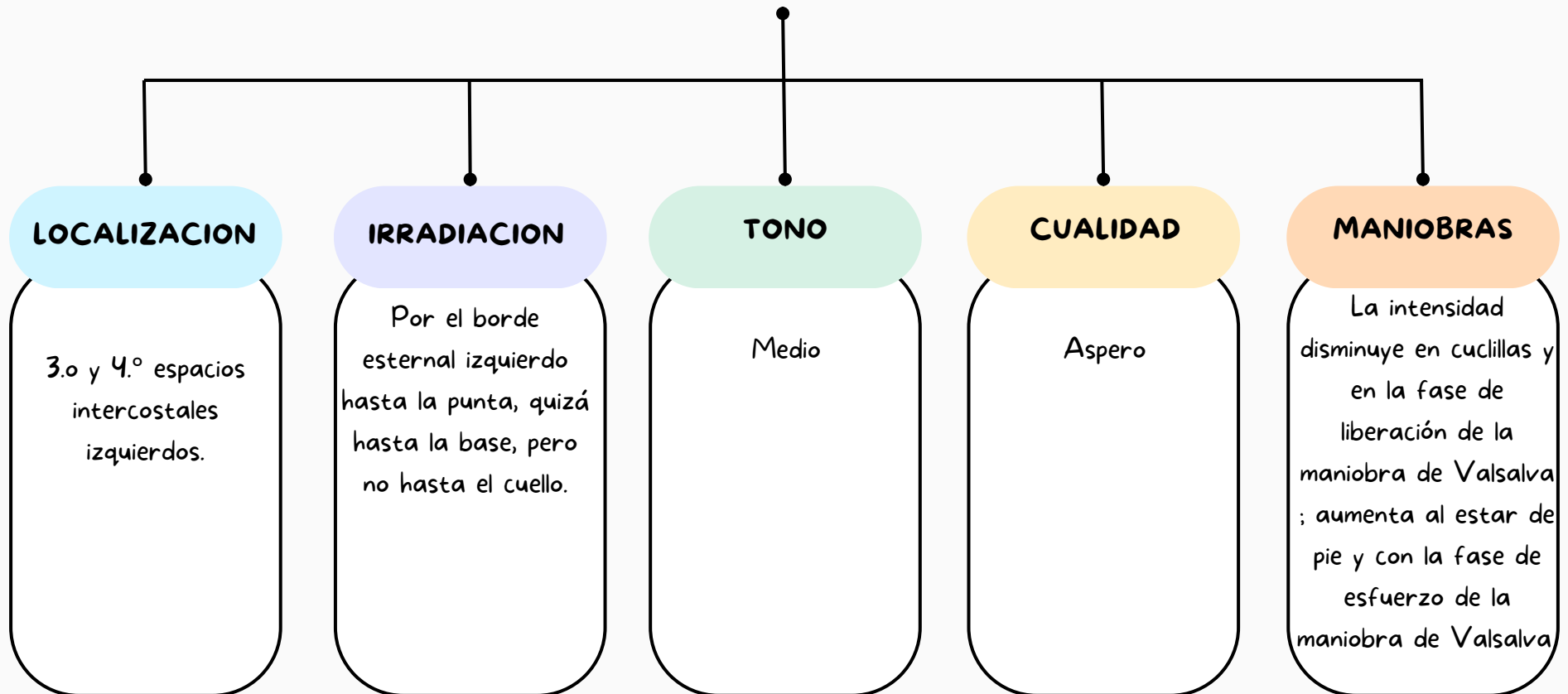
Soplo mesosistólico

Soplo patológicos - Estenosis aórtica



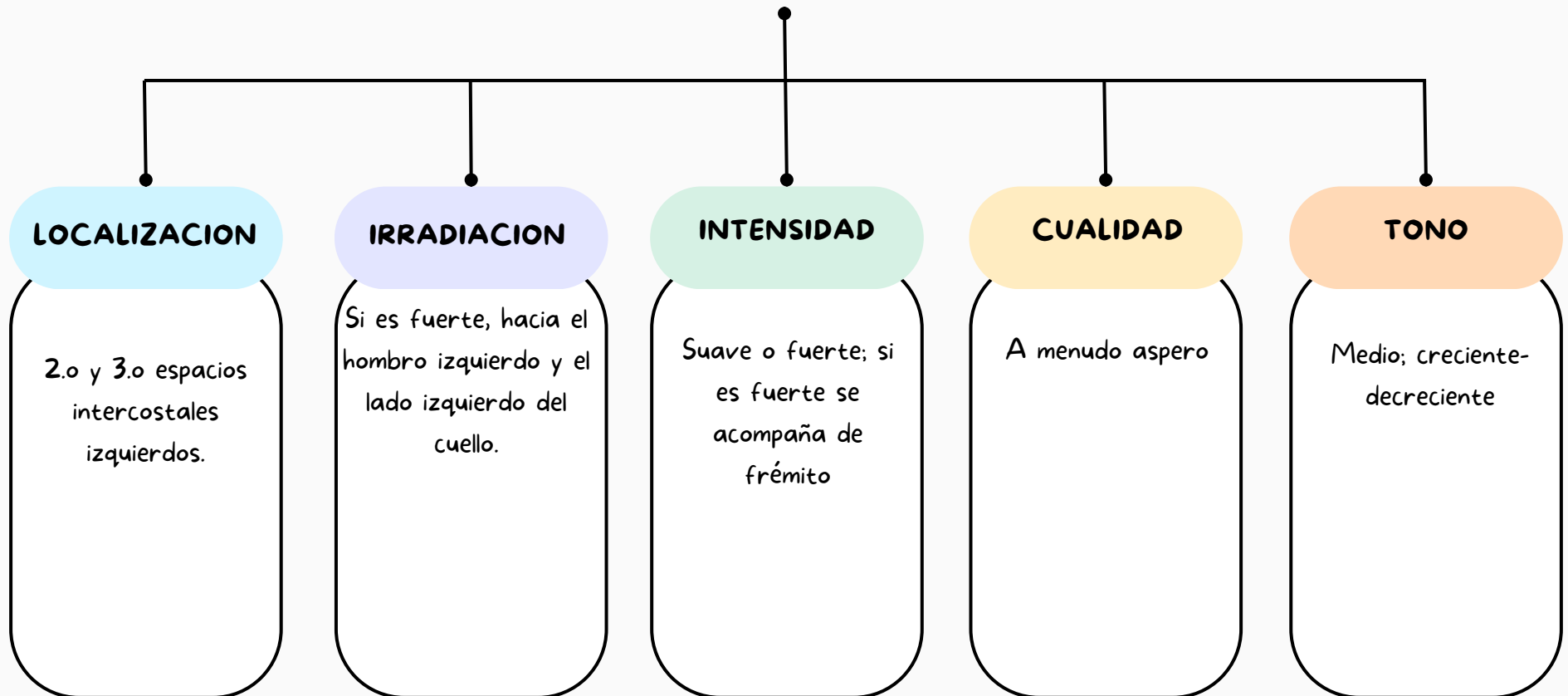
Soplo mesosistólico

Soplo patológicos - Miocardiopatía hipertrofia



Soplo mesosistólico

Soplo patológicos - Estenosis pulmonar



SOPLO DIASTÓLICO

Un soplo que ocurre cuando el corazón se llena de sangre (soplo diastólico)
Este sucede entre R2 y R1

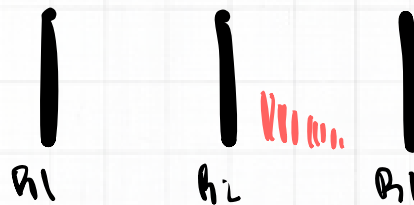
SOPLO PROTODIASTÓLICO

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



SOPLO MESODIASTÓLICO

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



SOPLO TELEDIASTÓLICO

comienza en telediástole y suele continuar hasta R1.



SOPLO CONTINUO

Se consideran soplos continuos aquellos que persisten y se escuchan en sístole y diástole, y son causados por el paso continuo de la sangre desde una zona de alta a otra de baja presión, manteniéndose un gradiente de presión a lo largo de todo el ciclo cardíaco

SOPLO CONTINUO

Comienza en sístole y perdura durante toda la diástole o parte de ella (aunque no es necesariamente uniforme a lo largo del soplo).



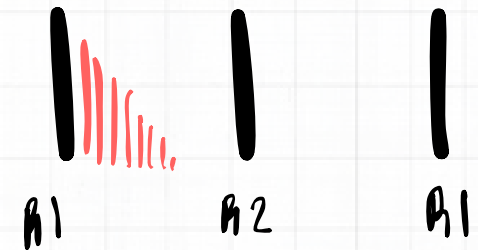
SOPLO CRECIENTE

Va aumentando su intensidad.



SOPLO DECRECIENTE

Va atenuándose

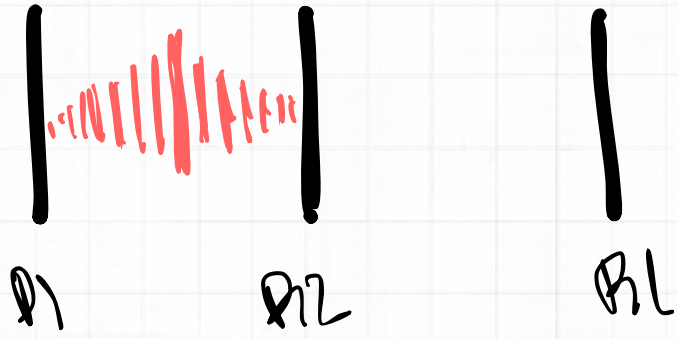


SOPLO CONTINUO

Se consideran soplos continuos aquellos que persisten y se escuchan en sístole y diástole, y son causados por el paso continuo de la sangre desde una zona de alta a otra de baja presión, manteniéndose un gradiente de presión a lo largo de todo el ciclo cardíaco

SOPLO CRECIENTE-DECRECIENTE

Primero aumenta de intensidad y luego disminuye



SOPLO EN MESETA

Tiene la misma intensidad en todo momento





GRADACION 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, 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

Bibliografía

ES, B. Bates. Guia de exploracion fisica 12^a edicion.