



ALUMNO:

UZIEL DOMINGUEZ ALVAREZ

DOCENTE:

DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

ASIGNATURA:

SEMIOLOGIA

ACTIVIDAD:

MAPA CONCEPTUAL

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

UNIVERSIDAD:

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LUGAR Y FECHA:

TAPACHULA CHIAPAS A 24/05/2024

# EXPLORACION DE ABDOMEN

Generalidades

Explica al paciente los pasos para explorar el abdomen y debe ubicarse en un lugar con buena luz. El paciente debe tener la vejiga vacía. Se presta atención que el paciente esté bien cubierto al exponer el abdomen.

## Inspección

Observar

El aspecto general del paciente: está acostado en silencio, se retuerce de dolor o se toma de un lado.

Presatar atención

Observar la piel

**Protuberancias o el peristaltismo** Es posible sentirse o agacharse para poder ver el abdomen de manera tangencial

**Temperatura.** Comprobar si la piel está caliente o fría y húmeda.  
**Color.** Se busca cualquier hematoma, eritema o ictericia.  
**Cicatrices.** Se describe o se dibuja su ubicación.  
**Estrías.** Las estrías nacaradas antiguas son normales.

Contorno del abdomen

¿Es plano, redondeado, protuberante o excavado muy cóncavo o hundido?  
¿Protuyen los flancos o se observan protuberancias locales?  
¿Es simétrico?  
¿Se ven órganos o masas?

## Auscultación

Importancia

Se ausculta el abdomen antes de la percusión o la palpación porque estas maniobras pueden alterar las características de los ruidos intestinales.

Importancia

Es necesario aprender a identificar las variaciones de los ruidos intestinales normales, el cambio de los ruidos que indican inflamación peritoneal u obstrucción, y los soplos.

Pasamos a

Colocar el estetoscopio con delicadeza sobre el abdomen. Se presta atención a los ruidos intestinales, así como a su frecuencia y características. Los ruidos normales consisten en chasquidos y borbotones

Identificar

Se puede escuchar un borboteo prolongado por hiperperistaltismo como "rugidos del estómago" llamado borborgimo

Soplos y roces de fricción

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

Se auscultan los soplos sobre la aorta, así como las arterias ilíacas y las femorales, sobre el hígado y el bazo para buscar frotos por fricción

## Palpación

Superficial

Profunda

Una palpación superficial ayuda sobre todo a detectar la sensibilidad abdominal, la resistencia muscular y algunos órganos y masas superficiales.

Técnica

Con la mano y el antebrazo y los dedos juntos y planos sobre la superficie abdominal, se palpa el abdomen con un movimiento ligero y suave hacia dentro.

Se identifica

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

Nos sirve para delimitar el borde hepático, los riñones y las masas abdominales. con las superficies palmares de los dedos se presiona hacia abajo en los cuatro cuadrantes.

Se identifica

Cualquier masa como: localización, tamaño, forma, consistencia, dolor, pulsaciones y posible movilidad con la respiración.

Posible peritonitis

Los signos de peritonitis incluyen una prueba de los tos positiva, defensa abdominal, rigidez, dolor a la descompresión (por rebote) y dolor a la percusión

## Percusión

Nos permite

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

Es importante

Percutir el abdomen ligeramente en los cuatro cuadrantes para explorar la distribución del timpanismo y de la matidez.

Tipos y características

El timpanismo suele predominar por la presencia de gas en el tubo digestivo

La matidez puede ser por el líquido y las heces

Observar

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

Generalidades

A la derecha del abdomen, por lo general se hallará la matidez hepática; a la izquierda, el timpanismo.

# EXPLORACIÓN DE ORGANOS ABDOMINALES

## HÍGADO

La exploración directa es difícil. El tamaño y la forma del hígado pueden estimarse por percusión y palpación. La presión ejercida con la mano evalúa la superficie, la consistencia y la sensibilidad.

### Percusión

Iniciamos a un nivel por debajo del ombligo en el CID (en una zona de tórpanismo, no de matidez) y se va percutiendo hacia arriba, en dirección al hígado.

### Posteriormente

Identificamos el borde superior de matidez hepática en la línea mediodavicular a partir de la línea del pezón, se percute ligeramente desde la resonancia pulmonar hasta 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.

### Palpación

Colocamos la mano izquierda debajo del paciente, paralela y sosteniendo las costillas 11.<sup>a</sup> y 12.<sup>a</sup>, así como los tejidos blancos adyacentes, y con la mano derecha hacemos la palpación.

### Posteriormente

Le pedimos al paciente que inspire y durante la aspiración el hígado se palpa unos 3 cm por debajo del reborde costal derecho en la línea mediodavicular.

### Técnica de gancho

Pedimos al paciente que inspire posteriormente ponemos ambas manos, una junto a la otra, en la parte derecha del abdomen por debajo del borde de matidez hepática. Presionamos con las yemas de los dedos.

### 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.

## BAZO

Cuando el bazo aumenta de tamaño, se expande hacia delante, hacia abajo y en sentido medial, y a menudo se reemplaza el tórpanismo del estómago y del coion por una matidez de órgano sólido.

### Percusión

Hay dos técnicas que ayudan a detectar la esplenomegalia o el aumento de tamaño del bazo.

### Técnicas

Percute la pared inferior izquierda del tórax aproximadamente desde el borde de la matidez cardíaca en la 5.<sup>a</sup> costilla, hasta la línea axilar anterior y hacia abajo hasta el borde cruzado.

Comprobar el signo de percusión esplénica. Se percute el espacio intermedio más bajo en la línea axilar anterior izquierda, esta área suele ser tórpanica.

### Palpación

Se comienza la palpación en un lugar lo suficientemente bajo como para poder detectar un bazo agrandado.

### Es necesario

Pedir al paciente que realice una respiración profunda. Trata de palpar la punta o el borde del bazo cuando este descienda hacia los dedos, observa si hay dolor, evalúa el contorno esplénico.

### Nuevamente

Repetimos la maniobra con el paciente acostado sobre el lado derecho y con las piernas un poco flexionadas en las caderas y las rodillas lo cual hace que el bazo se vaya hacia adelante.

## RIÑONES

Los riñones tienen posición retroperitoneal y casi nunca pueden palparse, pero aprender las técnicas para su exploración ayuda a distinguir entre los riñones aumentados de tamaño y otros órganos y masas abdominales.

### Riñón izquierdo

Se pone la mano derecha detrás del paciente, por debajo y en paralelo a la 12.<sup>a</sup> costilla, se levanta el riñón para desplazarlo en sentido anterior. Se coloca la mano izquierda suavemente en el CSI, lateral y paralela al músculo recto.

### Si es palpable

Es importante describir su tamaño, contorno y cualquier tipo de dolor.

Dolor en la percusión. Se coloca la región palmar de los metacarpienos en el ángulo costovertebral y se golpea con el borde cubital del puño.

### Riñón derecho

Para capturar el riñón derecho, se debe respirar al lado derecho del paciente. Se utiliza la mano izquierda para levantarlo desde atrás, y la mano derecha para palpar profundamente en el CSI es mejor en pacientes delgados.

### Importancia

El riñón derecho ocupa una posición más anterior y debe diferenciarse del hígado.

El polo inferior del riñón es redondeado, y el borde hepático, si es palpable, tiende a ser más agudo.

Mejor conocido como el golpe de GIORDANO

## Vejiga

La vejiga urinaria saludable no es palpable a menos que se distienda por encima de la sínfisis del pubis. Mediante la percusión se verifica la matidez y cuánto se eleva la vejiga sobre la sínfisis púbica.

### Exploración

El volumen vesical debe ser de 400-600 mL antes de que aparezca matidez. En la palpación, la cúpula de la vejiga distendida se palpa lisa y redonda.

### Aorta

Presionamos profundamente el epigastrio, ligeramente a la izquierda de la línea media, identificamos las pulsaciones de la aorta.

En las personas mayores de 50 años de edad, se evalúa el ancho de la aorta al presionar con profundidad en el epigastrio.

# Patologías comunes de órganos abdominales

## Ernias ventrales

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

Si se sospecha

Pedimos al paciente que levante la cabeza y los hombros de la camilla.

Inspección

Palpación

Se inspeccionan las regiones inguinales y los genitales en busca de masas y asimetrías

Se palpa en busca de una hernia inguinal mediante las técnicas que a continuación se describen. Se continúa de frente al paciente, que debe permanecer de pie.

Técnicas

Se coloca la punta del dedo índice dominante en el borde inferior anterior del saco escrotal, manteniéndose en la superficie del testículo, y luego se mueve el dedo y la mano hacia arriba y hacia el anillo inguinal externo

Una masa cerca del anillo inguinal externo sugiere una hernia inguinal directa.  
Una masa cerca del anillo inguinal interno sugiere una hernia inguinal indirecta.  
Los expertos afirman que es difícil distinguir el tipo de hernia, con una sensibilidad y especificidad del 74-92% y del 93%

## Ascitis

Prueba de la ola

Pide al paciente o a un asistente que presione con firmeza los bordes de ambas manos en la línea media del abdomen. Esta presión ayuda a detener la transmisión de la oleada a través de la grasa

## Apendicitis

Signos apendiculares

Se evalúa de forma metódica la existencia de signos apendiculares del dolor abdominal agudo y otros signos de dolor a la palpación  
Signo de McBurney, el signo de Rovsing, el signo del psoas y el signo del obturador.

Signos apendiculares

Mc Burney

Signo de McBurney es identificar la cresta iliaca y el ombligo posteriormente dividir en regiones y en la 2da región hacer presión con las yemas de los dedos si es + es el indicado para sospechar de una apendicitis

Rovsing

El signo de Rovsing es la presencia de dolor en el cuadrante abdominal inferior derecho cuando se realiza presión sobre la fosa iliaca izquierda

Psoas

El signo del psoas es colocar al paciente decúbito dorsal y pedir que levante la pierna derecha

El signo del obturador es colocar al paciente decúbito dorsal con la rodilla derecha en alto y flexionada, luego leve en rotación interna de la rodilla; si se incrementa el dolor la maniobra es positiva

## Colecistitis

signo de Murphy

Escala de TOKIO

Si el dolor y la sensibilidad en el CSD sugieren colecistitis aguda

Técnicas

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.

Palpar el CSD con los dedos de la mano derecha cerca del borde costal. Si el hígado está aumentado de tamaño, haz un gancho con el pulgar o los dedos bajo el borde hepático en un punto comparable.

Las Guías de Tokio (TG-13) se utilizan para diagnosticar, evaluar la gravedad y guiar el manejo de la Colecistitis Aguda.

Los soplos sugieren una enfermedad vascular oclusiva. Los ruidos intestinales pueden estar alterados en la diarrea, la obstrucción intestinal, el íleo paralítico y el 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.

Importancia

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

Los roros o frotos por fricción se observan en los hepatomas, la infección gonocócica, perihéptica, el infarto esplénico y el cáncer de páncreas.

Area de auscultación

## Aorta

Causas

- **Estenosis aórtica:** Estrechamiento de la válvula aórtica, que puede ser congénito o adquirido.
- **Aneurisma de la aorta abdominal:** Dilatación anormal de la aorta que puede provocar turbulencia en el flujo sanguíneo.
- **Aterosclerosis:** Acumulación de placas en la aorta

Características

- Se escucha mejor en el área epigástrica o la parte superior del abdomen.
- Puede irradiarse hacia la espalda o el tórax.
- Generalmente es un soplo sistólico

## Arteria rena

Causas

- **Estenosis de la arteria rena:** Estrechamiento de la arteria rena, frecuentemente causado por aterosclerosis o displasia fibromuscular.
- **Aneurisma de la arteria rena:** Una dilatación anormal que puede causar turbulencia.

Características

- Se escucha mejor en la región periumbilical, los flancos o la espalda baja.
- Suele ser un soplo sistólico.
- Puede asociarse con hipertensión renovascular, que es una forma de hipertensión secundaria.

## Arteria iliaca

Causas

- **Estenosis o oclusión de la arteria iliaca:** A menudo causada por aterosclerosis.
- **Aneurisma de la arteria iliaca:** Puede producir un flujo turbulento

Características

- Se escucha en la región inguinal.
- Suele ser un soplo sistólico.
- Puede irradiarse hacia las extremidades inferiores.

## Arteria femoral

Causas

- **Estenosis de la arteria femoral:** Frecuentemente debido a aterosclerosis.
- **Aneurisma de la arteria femoral:** Dilatación que puede causar flujo turbulento.

Características

- Se escucha en el área femoral, en la parte superior del muslo.
- Generalmente es un soplo sistólico.
- Puede estar asociado con claudicación intermitente y otros síntomas de enfermedad arterial periférica.

# PATOLOGIAS

## Síndrome esofágico

### Definición

Es el conjunto de manifestaciones originadas por la afección de este órgano y que aparece por la aparición de 5 síntomas los cuales son los siguientes

### Disfagia

Es una sensación de dificultad para deglutir que puede responder a una causa orgánica existen dos tipos la orofaríngea y la esofágica

### Pirois

Es el ardor esofágico como sensación de quemazón retroesternal que se origina a nivel epigástrico se extiende a la garganta o espalda

### Dolor torácico

Este puede producirse en forma espontánea o durante la comida

### Regurgitación

Aparición espontánea sin esfuerzo del contenido gástrico o esofágico en la boca

### Odinofagia

Se trata dolor a la deglución de alimento y al igual al tragar saliva por lesión en la mucosa esofágica (esofagitis)

## Síndrome ulceroso y Gastritis

### Definición

Es el conjunto de signos y síntomas producido por una pérdida de sustancia de la pared gástrica

### Anamnesis

La anamnesis se debe basar en la investigación del dolor, sus características, su forma de presentación y la relación con las comidas

### DX

Radiología endoscopia

### Gastritis

Es la inflamación de la mucosa gástrica que desde el punto de vista histológico está asociado al aumento de células inflamatorias.

### Clasificación

**Gastritis erosiva:** se debe en la mayoría de los casos al uso de AINE, aspirina, alcohol.

**No erosiva:** se divide en 3 grupos:  
1. Gastritis de las glándulas fundíacas  
2. Gastritis superficial  
3. Pangastritis

## Síndrome pilórico

### Definición

Es el conjunto de síntomas y signos provocados por una obstrucción a nivel del píloro que impide el vaciamiento

### Síntomas en los pacientes

El síntoma más frecuente en esta patología es el vómito presente un 90%, náuseas, dolor abdominal, constipación

### Anamnesis

Frente a la sospecha de un síndrome pilórico el primer paso es determinar los síntomas se deben a la retención gástrica, debemos de interrogar al paciente del consumo de antiinflamatorios, acidez, gastritis, asco a las comidas.

## Síndrome diarreico

### Definición

Se puede definir como el aumento del número de evacuaciones de consistencia más fluida

### Signos y síntomas

Náuseas, vómito, dolor abdominal, fiebre

### Anamnesis

Es importante interrogar al paciente y preguntarle sobre la consistencia de sus evacuaciones, color, olor, la consistencia

### Escala de Bristol

Esta escala nos permite clasificar las heces para determinar en qué escala se encuentra la evacuación de los pacientes.

## Síndrome de intestino irritable

### Definición

Es una alteración funcional del tubo digestivo ya que no se halla ninguna causa estructural bioquímica o infecciosa que lo provoque

### Manifestaciones en SII

1. Desaparición del dolor con la evacuación intestinal
2. Alteración en la consistencia de las heces
3. Aparición de moco
4. Sensación de evacuación incompleta
5. Sensación de distensión abdominal.

### Más comunes

Dolor abdominal, diarrea que despierta al paciente por las noches, pérdida de peso, fiebre, sangre oculta en heces.

### Escala para SII

1. Criterios de Roma III
2. Escala de Guayaco que nos permite ver sangre oculta en heces



**Referencia:**

- Semiología medica Argente Álvarez 2da edición / página 689 cap.: 25 síndromes y patologías
- BATES guía de exploración física e historia clinica/ cap. 11 página 470