



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
4 "A"



PROPEDEUTICA, SEMIOLOGIA Y DIAGNOSTICO FISICO

CUADROS SINOPTICO

CATEDRATICO:
DRA. ARELY ALEJANDRA AGUILAR VELASCO

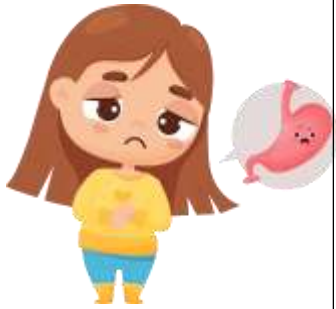
ALUMNA:
MARIA CELESTE HERNANDEZ CRUZ

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS; 25/06/2024

INTRODUCCION

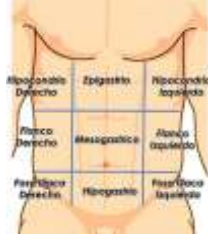
En el presente trabajo, se darán a conocer sobre los signos y síntomas propios del sistema digestivo; en la cual en cada uno de los cuadros se presenta lo mas preciso y lo mas relevante que un medico tanto como en formación, como médicos con cedula profesional, deben de tener presente y de conocer cada una de ellas; entre estas se presenta el dolor abdominal, ictericia, náuseas y vómitos entre otros.

DOLOR ABDOMINAL



Concepto

El dolor abdominal ocurre entre el pecho y las regiones pélvicas. Es un dolor parecido a un cólico, fuerte, palpitante, intermitente o agudo.



Semiología

- Ubicación e irradiación (localizado, generalizado y migratorio).
- Comienzo (Insidioso, brusco, súbito)
- Carácter (Cólico, sordo, dolor de hambre)
- Intensidad (leve, moderada, intenso, excruciante)
- Irrigación (irradiado y no irradiado)
- Factores que lo alivian (calor, comprensión abdominal, antiespasmódicos)
- Factores que lo agravan (movimientos)
- Evolución (continuo, periódico, episódico, paroxístico)
- Recurrencia
- Origen

Exploración física

- Inspección: Paciente acostado, se divide el abdomen en 4 cuadrantes en donde se observa el abdomen desde el lado y desde arriba, desde la caja torácica hasta el pubis, para determinar si su aspecto.
- Auscultación: Con el diagrama del estetoscopios se auscultaran los sonidos abdominales.
- Percusión: Con ambas manos, en el cual se coloca la mano sobre el px, y con la otra siendo el dedo índice y medio, se darán pequeños golpes para escuchar los ruidos.
- Palpación: Esto por medio de la mano dominante, en donde se colocaran la yema de los dedos se va palpando el abdomen, utilizando movimientos suaves, lento e inclinado buscando anomalías.

Dolor abdominal agudo y crónico

- Agudo: causa más frecuente son los trastornos gastrointestinales por bacterias o toxinas bacterianas, en los que el dolor es de tipo cólico intestinal y se acompaña habitual mente de náuseas, vómito y/o diarrea.
- Crónico: por enfermedades benignas o malignas.

Causas

IAM, pericarditis, menstruación, dismenorrea, tumores ginecológicos, acidosis diabética, enfermedades sistémicas, gastritis aguda, gastroenteritis aguda, colon irritable, apendicitis aguda, enfermedad intestinal, colitis.

Mecanismo

Dolor visceral verdadero. Es iniciado por un estímulo que actúa en las terminaciones nerviosas de la víscera hueca, habitualmente distensión o contracción de ella
Dolor referido. Puede ser víscera-sensitivo(inflamación de una víscera) o víscero-cutáneo(inflamación del tejido subperitoneal, peritoneo parietal y mesenterio, adyacentes a la víscera)



Enfoque diagnóstico

El médico que atiende a un paciente con dolor abdominal no solo necesita investigar sus características semiológicas, sino que también conocer su mecanismo de producción y el amplio número de enfermedades que pueden provocarlo. En primer lugar, debe pensar en las enfermedades más frecuentes, considerando además la edad, sexo y ocupación del enfermo, circunstancias de aparición del dolor, síntomas concomitantes, etc.

Dispepsia

Concepto

conjunto de síntomas digestivos inespecíficos, a veces mal definidos, que se relacionan con la ingestión de los alimentos y que los enfermos atribuyen a perturbaciones en su digestión.

Síntomas

- Mal gusto en la boca o boca amarga
- Saciedad precoz
- Repugnancia por los alimentos
- Regurgitación
- Acidez/pirosis
- Eructación
- Flatulencia anal
- Malestar epigástrico vago
- Sensación de distensión abdominal



Semiología

- La dispepsia ocasional no tiene importancia médica y habitualmente se relaciona con excesos en la comida o bebida
- La dispepsia reciente, de pocos días de evolución en un paciente joven, puede formar parte de los síntomas prodrómicos de una hepatitis aguda viral.
- La dispepsia crónica recurrente o persistente, siempre tiene importancia médica y obliga a investigar su causa el síndrome pilórico la dispepsia es precoz; y, ocasionalmente, una dispepsia tardía vaga con ritmo horario y periodicidad puede deberse a una úlcera péptica
- Dispepsia inespecífica, es decir, presentarse con la ingestión de cualquier tipo de alimento
- Específica (selectiva), tras la ingestión de determinado tipo de alimento.



Causas

- Digestivas: Trastornos funcionales digestivos, colecistopatía crónica calculosa, constipación crónica, abuso de laxantes,, úlcera gastroduodenal, ascitis, cáncer gástrico, gastritis aguda y crónica, pancreatopatías, síndrome pilórico.
- Extradigestivas: Infección urinaria, insuficiencia cardíaca congestiva, uremia crónica, neoplasias extradigestivas, tuberculosis pulmonar, embarazo, drogas, alcohol, tabaco, alergia alimentaria.



Enfoque diagnóstico

La anamnesis y el examen físico deben ser acuciosos para orientarnos en el diagnóstico y pesquisar, por ejemplo, patología extra digestiva como causa de la dispepsia.



Náuseas y vómitos



Vómito

Es un complejo arco reflejo neural

Mecanismo

- Estímulos que influyen directamente sobre el centro del Vómito: Este se localiza en la formación reticular del tronco del encéfalo y recibe impulsos aferentes viscerales procedentes del tracto gastrointestinal (faringe, estómago, intestino, conductos biliares, mesenterio y peritoneo).
- Estímulos que influyen sobre la zona gatillo quimiorreceptora.: Esta se localiza en el suelo del cuarto ventrículo e integra diferentes receptores que responden a diversos estímulos químicos neurotransmisores endógenos y neuropéptidos.

Náuseas

Sensación desagradable de repulsión por los alimentos y deseo inminente e involuntario de vomitar.

Arcadas

Contracciones espasmódicas de los músculos espiratorios del tórax, con descenso y espasmo súbito del diafragma y contracción súbita simultánea de los músculos abdominales.

Regurgitación

Devolución espontánea de pequeña cantidad de contenido gástrico hacia la boca.

Vómito

Expulsión forzada y enérgica de contenido gástrico por la boca, generalmente repetido y habitual mente precedido de náuseas y acompañado de arcadas.

Rumiación

Regurgitación de alimento desde el estómago a la boca, nueva masticación del alimento y regurgitación al estómago.

Semiología

- Según tiempo de aparición después de ingerir la comida (precoz, tardío)
- Según aspecto macroscópico (vómito alimentario, no alimentario, de retención, de jugo gástrico)
- Síntomas acompañantes (malestar general, síntomas autonómicos, fatiga)
- Causas (digestivas, extra digestivas)

Tipos

Vómito alimentario, de retención, de jugo gástrico, hemorrágico, mucoso, purulento.

Causas

- Digestivas: gastroenteritis aguda, intoxicación alimentaria, hepatitis aguda viral, cáncer gástrico.
- Extradigestivas: neumonía, insuficiencia cardiaca congestiva, pielonefritis aguda, vómito funcional.





Diarrea



Concepto

Evacuación de deposiciones de consistencia disminuida (o de contenido líquido aumentado) y, en la mayoría de los casos, de frecuencia mayor que lo normal. Las evacuaciones diarreicas pueden ser solo material fecal o contener elementos patológicos (sangre, pus).

Disentería

Diarrea con sangre, *mucus* y pus, que se acompaña de pujo y tenesmo.



Semiología

- Tiempo de evolución (aguda o crónica)
- Comienzo (brusco, insidioso, violento)
- Circunstancias de aparición (Comidas ingeridas, estrés emocional)
- Características de la deposición (Consistencia, color, mucus, sangre, pus)
- Número de evacuaciones (múltiples, única)
- Evolución diaria (diurna, nocturna, ambas)
- Síntomas concomitantes (Dolor abdominal, fiebre, nauseas, vómitos, alteración emocional, enflaquecimiento)

Examen físico



- En el caso de la diarrea aguda lo más importante es determinar si existe deshidratación (taquicardia, hipotensión ortostática, sequedad de mucosas y axilas, etc.)
- En las diarreas crónicas el examen físico puede revelar enflaquecimiento (cáncer de colon, síndrome de malabsorción, pelagra, etc.)



Causas

- Diarrea aguda: Infecciosas (bacterias) Parasitarias (Giardia lamblia), Enterotoxinas (toxina estafilocócica)
- Drogas (laxantes, antibióticos, alcohol.)
- Diarrea crónica: Orgánicas (parasitarias, por malabsorción, neoplasias, enfermedades granulomatosas del intestino, infecciosas y drogas).

Clasificación fisiopatológica

- Diarrea osmótica: se produce por acumulación en el intestino de solutos poco absorbibles (nutrientes o drogas), lo que aumenta la osmolaridad en el lumen.
- Diarrea secretoria: Por secreción anormal de agua y eletrólitos hacia el lumen intestinal.
- Diarrea exudativa: es debida a lesión de la mucosa intestinal.
- Diarrea por perturbación de la motilidad intestinal: mecanismo, probablemente, involucrado en el colon irritable.



Hemorragia digestiva

Concepto

Lesiones de distinta naturaleza y ubicadas en cualquier nivel del tubo digestivo, desde el esófago al recto, son susceptibles de sangrar.

Hemorragia digestiva Aguda o crónica y oculta.



Semiología

Características de la sangre: Hemorragia digestiva baja, en lesiones distales al Treitz, se caracteriza por la eliminación por vía rectal de sangre roja brillante o rojo oscuro (rectorragia o hematoquecia). Hemorragia digestiva alta se origina en lesiones situadas por encima del ángulo de Treitz, se caracteriza por vómitos de sangre roja o rojo oscuro, precedidos de náuseas y arcadas (hematemesis) y seguidas de eliminación de deposiciones pastosas de color negro, brillantes y de especial fetidez.

Cuantía. Según su cuantía, la hemorragia digestiva aguda puede ser discreta, moderada o masiva. Las hemorragias agudas de mayor cuantía se acompañan de síntomas hemodinámicos; malestar general, decaimiento, hipotensión, taquicardia.

- Antecedentes mórbidos (ulceras pépticas, reflujo gastroesofágico)
- Hábitos (Medicamentos, alcohol)
- Evolución (aguda o crónica)
- Visibilidad (aparente o inaparente)
- Color de la sangre (rojo, rojo oscuro, negro)
- Cuantía (Discreta, moderada, masiva)
- Alta o baja
- Síntomas concomitantes
- Síntomas hemodinámicos
- Condiciones que la simulan (alimentos, medicamentos)



Causas

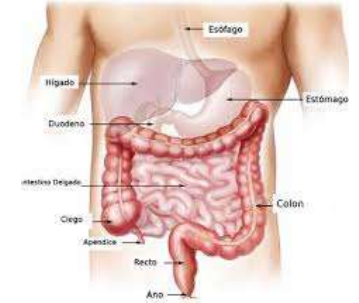
Hemorragia digestiva alta. En nuestro medio las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta son la rotura de várices esofágicas

- Rotura de várices esofágicas
- Úlcera gástrica y duodenal
- Gastritis erosiva hemorrágica
- Duodenitis erosiva hemorrágica
- Úlcera de la segunda porción del duodeno
- Síndrome de Mallory-Weiss
- Esofagitis
- Cáncer esofágico



Hemorragia digestiva baja. La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja es la patología anorrectal, particularmente las hemorroides erosionadas sangrantes

- Hemorroides erosionadas
- Diverticulosis de colon
- Displasias vasculares de colon
- Cáncer de colon
- Colitis ulcerosa inespecífica
- Colitis granulomatosa
- Colitis isquémica
- Trombosis de los vasos mesentéricos
- Fiebre tifoidea complicada





Ictericia

Concepto

coloración amarilla las escleras y de la piel (y de otros tejidos) por acumulación de pigmento billar en el organismo.

La ictericia aparece cuando el nivel de bilirrubina en la sangre excede el nivel normal (más de 1 mg/dL de suero).

Semiología

La anamnesis y el examen físico pueden aportar datos de mucha importancia para el diagnóstico causal de una ictericia.

Comienzo. Debe preguntarse sobre las características de comienzo de la ictericia. Edad. La edad es un elemento orientador: en el niño, adolescente y adulto joven se ven con más frecuencia las hepatitis virales; la cirrosis hepática en la edad media de la vida; y la neoplasia de páncreas en los viejos. Evolución. El curso o evolución de la Ictericia debe ser observado

- Edad del paciente
- Comienzo
- Síntomas prodrómicos
- Síntomas concomitantes
- Intensidad
- Curso o evolución
- Tonalidad o tinte
- Color de la orina y deposiciones
- Signos cutáneos
- Características físicas del hígado
- Variación de la matidez hepática
- Presencia o ausencia de esplenomegalia
- Hábitos
- Antecedentes epidemiológicos

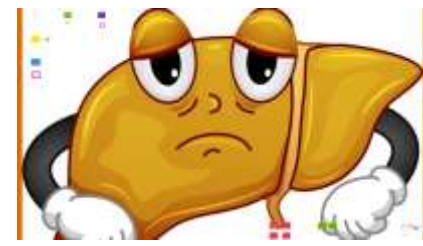
Examen físico

En el examen físico es muy importante precisar las características físicas del hígado y la presencia o ausencia de esplenomegalia. En la cirrosis está aumentado de consistencia.

Causas

- Hiperbilirrubinemia no conjugada:
- Por producción aumentada de bilirrubina
- Hemolisis intra o extra vascular
- Ictericias hemolíticas
- Eritropoyesis inefectiva
- Por alteración en la captación y conjugación de la bilirrubina en el hepatocito

- Hiperbilirrubinemia conjugada:
- Por alteración en la excreción de bilirrubina conjugada
- Ictericias no colestásicas
- Ictericias colestásicas
- Por enfermedad hepatocelular



Clasificación

- Prehepática (Ictericia hemolítica congénita)
- Hepática (Hepatitis agudas)
- Posthepáticas (Colédocolitiasis)



BIBLIOGRAFIA

Semiología medica cuarta edición (Alejandro goic) LIBRO