



Mi Universidad

Resumen abdomen.

Daniela Montserrath López Pérez.

4to parcial.

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

Dr. Alan de Jesús Morales Domínguez.

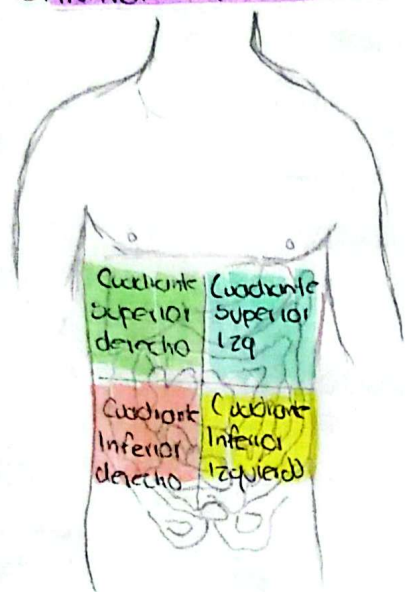
Medicina Humana

Cuarto semestre, grupo "C"

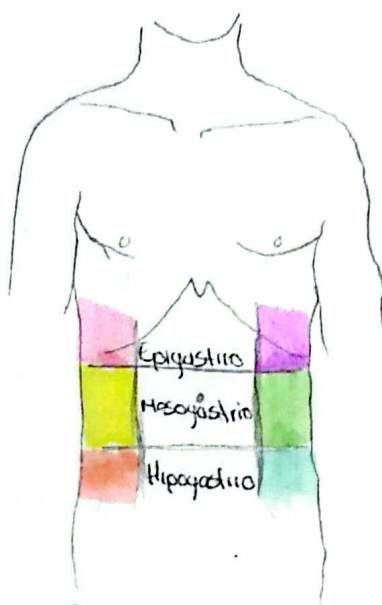
Comitán de Domínguez, Chiapas a 26 de junio del 2025.

EXPLORACIÓN FÍSICA DE ABDOMEN.

ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA.



Cuadrantes



Regiones

- Hipocondrio derecho
- Hipocondrio izquierdo
- Fosa iliaca derecha
- Flanco derecho
- Fosa iliaca izquierda
- Flanco izquierdo

Estructuras abdominales por cuadrantes

Derecho C.S.

Hígado
Vesícula biliar
Píloro
Duodeno
Páncreas: Cabeza.
GSR derecha
Riñón derecho: Polo superior
Ángulo hepático del colon
Colon ascendente: Porción
Colon transverso: Porción.

C.S. Izquierdo

Hígado, bazo izquierdo
Bazo
Estómago
Páncreas: cuerpo
GSR izquierdo
Riñón izquierdo: Polo superior
Ángulo esplénico
Colon transverso: Porción
Colon descendente: Porción.

C.I. derecho

Riñón derecho: Polo inferior
Ciego
Apendice
Colon descendente: Porción
Ovario derecho
Trompa de falopio derecha
Uterio derecho
Cordon espermático derecho
Útero (si esta aumentada de tamaño)
Vejiga (si esta aumentada)

C.I. izquierdo

Riñón izq: polo inferior
Colon sigmoide
Colon descendente: Porción
Ovario izq
Trompa de falopio izq.
Uterio izquierdo
Cordon espermático izq.
Útero } Si estan aumentados de tamaño.
Vejiga }

Conceptos:

- **Quimo:** Material semilíquido y cremoso que resulta de la digestión gástrica.
- **Enzimas del quimo:** Amilasa, lipasa y tripsina.
- **Secreciones:**
 - > Jugo gástrico (2 y 3L)
 - > Jugo pancreático (1 y 2L)
 - > Bilis (1L)
- **Absorción:**
 - Yeyuno:
 - Ileon: Ácidos biliares y V.B12

Repaso de síntomas específicos.

- Dolor
- Náuseas y vómitos
- Modificación en la defecación
- Rectorragia
- Ictericia
- Distensión abdominal
- Masas tumorales.
- Prurito
- Pérdida del apetito.

• Náuseas y vómito:

Tipos de vómitos:

1. No masivos
2. Episódicos
3. Persistentes

Preocupar:

1. Cuando comenzó
2. Color.
3. Olor.
4. Frecuencia
5. Relacionado con algo.
6. Última menstruación.
7. Náuseas sin vómito.

Relación dolor-vómito:

1. Apendicitis aguda: Dolor antes de vómito.
2. Vomitar contenido gástrico: Gastritis aguda.
3. Cólico biliar: Vómito amarillo o verdoso.
4. Vómito fecaloideo: obstrucción intestinal.
5. Enfermedad hepatocelular: Náuseas sin vómito.
6. Enfermedad de Meniere: Náuseas con sordera y acúfenos.

Maniobras y factores

que calman el dolor abdominal.

• Eructos — Estómago — Distensión gástrica.

• Comidas — Ex duos — Úlcera péptica.

• Vómitos — Ex y duo — obstrucción pilórica

• Inclinación — Cáncer de páncreas hacia adelante. pancreatitis

• Flexión de — Peritoneo las rodillas. — Peritonitis

• Flexión del — M. psoas der muslo der. — Apendicitis

• Flexión del — M. psoas izq. muslo izq. — Diverticulitis.

— Angina abdominal:

Triada

1. Dolor posprandial.
2. Anorexia
3. Pérdida de peso

→ Causas: E. vascular obstructiva del T. celíaco o A. mesenterica superior.

— Dolor suprapúbico:

→ Trastornos en la vejiga: cistitis.

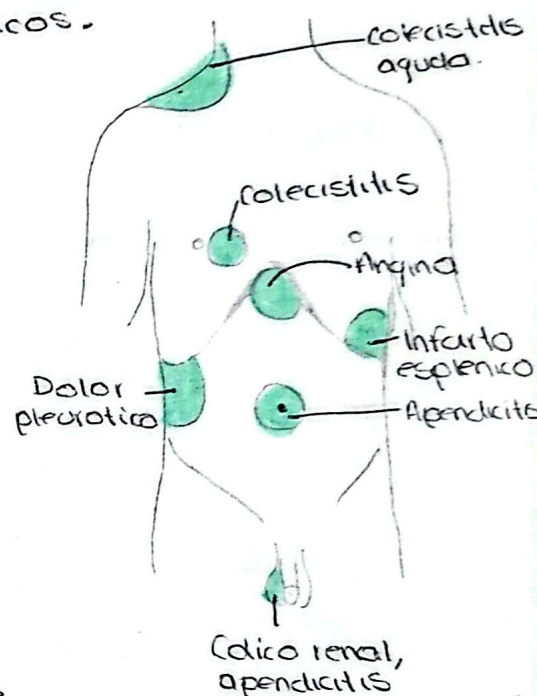
• Dolor

Tipos:

1. **Visceral**: Cuando órganos huecos se contraen o se estiran sus paredes. Es un dolor correoso, quemante, molesto.

2. **Parietal**: Por inflamación del peritoneo, es intenso y el px puede localizarlo.

3. **Referido**: Dolor en órganos internos pero localizado, en zonas inervados por los nervios somáticos.



Preocupar:

1. A qué hora comenzó (nocturno)
2. Que estaba haciendo
3. Agudeza del dolor
4. Donde comenzó el dolor
5. Localización
6. Características
7. Irradiación

8.6. Características del dolor:

8.1. Urente, desgarrante, cólico, sordo, calambre.

8. Factores que alivian o aumentan el dolor.

9. Asociado a algo (antes o después de las comidas).

• Modificación en las defecaciones:

> Preguntar si han habido cambios en los hábitos.

> Diarrea de inicio agudo:

- ✓ Cuando
- ✓ Cuántas veces por día
- ✓ De manera repentina
- ✓ Consistencia.
- ✓ Acompañadas de algo.

• Shigelosis y amebiasis: diarrea sanguinolenta.

> Diarrea crónica.

- ✓ Desde cuando
- ✓ Alternada con estreñimiento.
- ✓ Consistencia: líquida, flotan.
- ✓ Color
- ✓ Olor
- ✓ Acompañadas de algo (moco, sangre).

> Heces sueltas: Hemocolon 12g.

> Heces líquidas: EII

> Flotan: Mala absorción.

> Heces con sangre y moco: Colitis ulcerosa.

> Calibre de las heces.

> Color (pálido, gris).

• Distensión abdominal:

• Por:

1. Presencia de gas.
2. Ascitis.

• Distensión gaseosa relacionada con alimentos se alivia con la expulsión de gases o ruidos.

• Ruido:

- > P. generalizado
- > P. intenso
- > P. anal

✗ La higiene casi NO es un factor.

• Rectorragia

- Sangre de color rojo brillante
- Sangre con heces
- Heces negras alquitranadas.
- Hematoquecia: Tumores colon, e. diverticular o CU.

> Conceptos:

• **Tenesmo**: Sensación de querer defecar. Sensación de evacuación incompleta.

• **Melena**: Deposición negra alquitranada por hemorragia.

• **Heces de color plateado**: Heces acuosas con melena (cáncer de la ampolla de Vater).

• Ictericia:

Resultado de la ↓ de bilirrubina conjugada hacia la bilis.

> Tipos

✓ Ictericia de causa médica

✓ Ictericia quirúrgica.

✓ Ictericia obstructiva: con ictericia y colorida.

✓ Colangitis: con ictericia, fiebre y escalofríos

• Masa abdominal:

> Por

1. Neoplasia

2. **Hernia**: Protruberancia de la c. peritoneal por un prolapso del contenido peritoneal

> Tipos:

1. Inguinal

2. Femoral

3. Umbilical.

4. Interna.

> **Hernia reducible**: Cuando varía el contenido por presión o cambio de postura.

Perdida del apetito:

Intolerancia a ciertos alimentos

• Hepatitis: Pérdida de apetito y fuma si lo hacían antes.

EXPLORACION FISICA.

EQUIPO:

- Estetoscopio
- Guantes
- Lubricante
- Toallas
- Targetas
- Hemocult.

TECNICA:

- El px debe estar **descubierto** desde la parte **inferior** del **esternon** hasta las **rodillas**, en decubito supino. los brazos a lo largo del cuerpo y las piernas extendidas.
- Examinador** de lado derecho.
- Cubrir** genitales y pecho.
- Explorar zona dolorosa a TINA**.

PASOS

1. Inspección
2. Auscultación
3. Percusión
4. Palpación
5. Tacto rectal.
6. Técnicas especiales.

INSPECCION:

Aspecto general:

- ✓ Contorsiones en la cara: colico renal/biliar.
- ✓ Permanencia inmóvil: Peritonitis

Determinación de la FR:

- ↑ en hemorragia, obstrucción I. o peritonitis

Inspección de la piel:

- ✓ Color
 - 1. Ictericia

- ✓ Arterias vasculares
- ✓ Ulceraciones

Inspección de las manos:

- ✓ Atrofia
- ✓ Uñas: ↑ tamaño lunula.
- ✓ Dedos: uñas mitad y mitad.

Inspección de las facies:

Inspección del contorno del abdomen y de la presencia de hernias.

Forma

- ✓ Excavado o cóncavo: Caquexia
- ✓ Protuberante: Distensión, acutis.

Asimetría

- ✓ Distensión
 - ✓ Masas
 - ✓ Ondas peristálticas visibles
- } Observar desde arriba.

Buscar:

- ✓ Estrías — Ploteados — Distensión — Píndulos de peso
- ✓ Cicatrices — Púrpura rosacea — ↑ secreción corticosteroidal.

Buscar:

- ✓ Evacuación del ombligo: ↑ presión abdominal.

- ✓ Equimosis

- ✓ Signo de Collen: Color azulado del ombligo secundario a hemoperitoneo.

- ✓ Pedir que tosa en caso de hernia.

Inspección de las venas superficiales:

- ✓ Obstrucción de la V. Cava drenan hacia la cabeza.

- ✓ Signo de cabeza de medusa: Venas dilatadas irradian al ombligo en H. portal

- ✓ Técnica para evaluar la dirección del drenaje de las venas superficiales:

1. Se coloca la punta de los dedos índices sobre una vena aumentada en sentido cefalo-caudal
2. Se comprime.
3. Se deslizan los dedos generando presión continua, separando (7-10cm)
4. Se retira 1 dedo y se observa el llenado en la dirección del flujo.

• AUSCULTACION

• Evaluación de los ruidos peristálticos.

> Técnica:

1. Px decubito supino
2. Se coloca el diafragma sobre la parte media del abdomen y se escuchan los ruidos peristálticos

> Se escuchan entre 5-10 seg.

> Tono agudo

> Si no se escuchan después de 2 min — Ausencia — Ileo paralítico.

> Borborigmos: Ruidos graves retumbantes.

• Descartar obstrucción visceral.

Basuqueo gástrico.

> Chapotero de succusión: Estetoscopio sobre el abdomen del px y se agita el abdomen de un lado a otro.

> Buscamos ruido de chapotero

• Descartar soplos abdominales:

> Por cada cuadrante.

> Causas:

1. Estenosis arterial renal o aorta.

• Descartar ruidos peritoneales.

> Ruido áspero y chirriante

> En hipocóndrios por inflamación hepática o esplénica.

• Descartar ascitis

• Técnica "matidez cambiante":

1. Determinar los bordes del timpanismo y matidez.
2. Timpanismo por encima de matidez

3. Pedimos al px que gire y percutimos de nuevo.

> Ascitis: Matidez cambia a posición más declive

> Zona del ombligo apagada cuando lo normal es timpánico.

• Líquido libre:

1. Coloca mano en la posición media
2. Se percute un flanco mientras se palpa el otro.
3. Si hay decubito hay ascitis.

• PERCUSION

• Buscamos

- ✓ Distensión — Aire
- ✓ Masas sólidas. — Líquido.

• Percusión del abdomen:

1. Px en decubito supino.
2. Percute en los 4 cuadrantes
3. Sonidos:

> Mate: Vejiga llena

> Timpanismo: Estómago

> Apagado (higado)

> Sordo (hueso)

> Resonante (bazo).

• Percusión del hígado:

> Técnica: Se percute el borde superior del hígado en la línea medioclavicular derecha, comenzando en la porción media del tórax. Los bordes s.e.1 del hígado no deben estar separados por más de 10 cm.

> Cambio de ruidos:

Resonante a apagado → timpánico.

• Percusión del bazo:

> Normal: Ocuillo dentro de la parrilla costal, sobre la pared posterolateral de la cavidad abdominal, en el espacio de Traube.

> Esplenomegalia:

1. Matidez en el espacio de Traube.
2. Perdida timpanismo del colon
3. Estómago lleno de aire.

> Técnica:

1. Px decubito supino.
2. Con respiración normal se percute el espacio intercostal más abajo, a nivel de la línea axilar anterior del lado izq.

Normal: Sonido resonante o timpánico.

Anormal: Apagado

• Flancos sobresalientes:

> El peso del líquido abdominal es suficiente para empujar los flancos hacia fuera.

PALPACION

• Pasos:

1. Palpación superficial.
2. Palpación profunda.
3. Palpación del hígado.
4. Palpación del bazo.
5. " " "riñón."

• Técnica:

> Px en decubito supino, se debe de iniciar la palpación en la zona más alejada al dolor.

1. Palpación superficial:

utilizada para:

- > Hipersensibilidad dolorosa
- > Espasmo muscular o rigidez.

• Utilizamos la parte plana de la mano o pulpejos de los dedos, NO puntos. Dedos juntos y evitar movimientos bruscos. Se levanta la mano para ir de una zona a otra.

• Encontramos:

- 1. Rigidez: Espasmo involuntario de los músculos
- 2. Difusa
- 3. Localizada
- 4. Abdomen en tabla: Peritonitis.

2. Palpación profunda.

• Utilizada para:

- > Determinar tamaño del órgano.
- > Masas abdominales.

• Técnica: Se coloca la mano derecha sobre el abdomen y la izquierda encima de la derecha, generando presión, la derecha se encarga de detectar cualquier estimulación táctil.

• Consideraciones:

1. Pedir al px que respire por la boca
2. " " "mantenga los brazos relajados a los lados" Relajar musculatura.
3. Evitar las manos frías por "defensa voluntaria".
4. Charlar para relajar px.
5. Identificar zonas de dolor.

• Dolor de rebote: Dolor presente después o al retirar la presión.

4. Palpación del Bazo:

• Técnica:

1. Px sobre su espalda y examinar a la derecha
2. Mano izq. sobre el torax del px y se eleva la parvula costal del lado izq.
3. Mano derecha plano por debajo del reborde costal izq. y se ejerce presión hacia adentro y arriba en dirección de la línea axilar anterior.
4. Indicamos al px que inspire profundamente, mientras se ejerce presión hacia adentro con la mano derecha.
- > Se debe sentir la punta del bazo conforme este desciende.
- repite en decubito lateral.

3. Palpación del hígado:

• Técnica: Se coloca la mano izquierda en la posición posterior, entre la 12 costilla derecha del px y la cresta ilíaca, lateral a los músculos paravertebrales. Se coloca la mano derecha en el hipocóndrio derecho, paralela y lateral a los músculos rectos del abdomen.

Se le indica al px que inspire de manera profunda mientras se ejerce presión hacia adentro y arriba con la mano derecha y con la izquierda se tira hacia arriba.

> Debemos sentir el deslizamiento del borde superior del hígado

• Método de enganche: El examinador se coloca cerca de la cabeza del px y pone los 2 manos juntas por debajo del reborde costal derecho y la zona de matidez. Se ejerce presión hacia adentro y arriba y se "engancha" mientras el px hace una inspiración profunda

> Prueba de escarificación: Diafragma por debajo del reborde costal, con el dedo índice se rasca en semicírculo