



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
LIC. EN MEDICINA HUMANA



MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

RESUMEN A MANO SOBRE EXPLORACION FISICA DE APARATO GASTROINTESTINAL

Luis Brandon Velasco Sanchez

Dr Alan de Jesús Morales Domínguez

5 A

Exploración abdominal

Lugar óptimo para la exploración: Pz debe estar acostado en camilla en un ambiente relajado.

Para que la exploración abdominal sea completa debe ir guiada por una Sistemática de actuación.

El Pz debe encontrarse en posición en decubito supino y brazos extendidos a ambos lados del abdomen y se le pide que respire suavemente por la boca.

Exposición completa: de todo el abdomen (desde el apéndice xifóides hasta la sínfisis del Pubis, con los ingles visibles, rodeando el pecho del Pz cubriendo genitales).

El examinador se debe colocar en el lado derecho del Pz y antes de iniciar la exploración se le pregunta al Pz si hay alguna área abdominal en la que siente dolor. Esta área no debería ser la primera en explorarse.

• Se debe dividir el abdomen en 9 cuadrantes, teniendo en cuenta los umbos.

En caso de dolor en faja ilíaca derecha (motivo de consulta más frecuente), se podría comenzar por la faja ilíaca izquierda y avanzar en forma de espiral, cubriendo a los momentos del recto, para terminar en la región umbilical.

Hipocondrio derecho: Hígado y Vesícula biliar.

Epiestro: Estómago, principalmente duodeno, páncreas.

Hipocondrio izquierdo: Bazo, ángulo esplénico del colon derecho, algunos casos apéndice cecal (embarrado).

Meigastrio: Región umbilical, I duodeno, aorta, vena cava inferior.

Faja izquierda: Aparato urinario (ureter izquierdo), colon izquierdo.

Faja ilíaca derecha: Apéndice cecal, ciego, aparato urinario (ureter derecho), ileón terminal, ovario derecho (mujeres).

Hipoestrio: Aparato urinario (vesiga), útero (mujeres).

Faja ilíaca izquierda: Aparato urinario (ureter izquierdo), colon sigmoide, ovario izquierdo (mujeres).

12 vértebras lumbares, Cadera, isquion, 2 falanges.

(con palpación, percusión, auscultación y timpano).

Inspección abdominal: El 1er paso es la visualización, teniendo en cuenta posibles cambios de piel, también se tendrá en cuenta el tamaño del abdomen y las movimientos respiratorios. En caso necesario pedir al px que taca para evidenciar dolor con la tos y/o maneo que produce (Hernia) no visto previamente. No debe haber lesiones de la piel, excepto cicatrices quirúrgicas, pueden hallarse estrias.

Auscultación abdominal: En la exploración abdominal es importante hacer auscultación antes que Percusión y Palpación.

- **Motilidad intestinal (borborigmos)** (Procurar que no esté frío). Los ruidos intestinales (borborigmos) presentan un frecuencia de 5-35 por minuto. Si su frecuencia este aumentada (Ruido metálico) o no se escucha se debe esperar al menos 2-3 minutos en cada cuadrante → Obstrucción intestinal

- **Signos Vasciales y Sanguíneos:** Para ello mejor utilizar la campana del fonendoscopio, puede auscultar ruidos vasculares arteriales, venales y torácicos.

Percusión abdominal: La percusión se hace digital- digital. Con la 2da mano en Vano cuadrante abdominal. Se hiperextiende el dedo medio de la mano izquierda, posicionando la articulación interfalangea distal con firmeza sobre la superficie a Percutir.

- **Timpanismo:** (Preceda aire) Fundamentalmente en la región de epigastrio, excepto en la región del hipocóndrio derecho.

- **Métodos:** por la incruentación de líquido (con Soudet) o líquido (cuchara).

Palpación abdominal: Se hace con las 2 manos, una en todo el otro o con una mano encima de otra. Se comienza inicialmente superficial, realizándose paulatinamente una palpación más profunda.

Signos Característicos de la exploración abdominal

- Signo de Murphy: Característico de Colelitias aguda. Se palpa el PR en la región del hipocondrio derecho. Si aumenta el dolor, el signo de Murphy es +.
- Signo de Blumberg: Característico de la irritación peritoneal. Se palpa el PR (Cuadrante inferior, dependiendo de la Suspecta Clínica) y se desprende bruscamente aumentando el dolor. En la PR ilíaca derecha se debe sospechar una apendicitis aguda.
- Signo de McBurney: Característico de la apendicitis aguda. El punto más doloroso corresponde al ter. medio de una línea que se traza de ombligo hacia derecha entre superior al ombligo.
- Signo de Rovsing: Característico también de la apendicitis aguda. Se palpa la PR ilíaca izquierda y si el PR refiere dolor en la PR ilíaca derecha.
- Signo de Psoas: Característico de la apendicitis aguda (retrocecal). Se le pide al PR suba la pierna derecha 45° grados y dolor en la ilíaca derecha.
- Signo de obturador: Característico de la apendicitis aguda (cecal). Se le pide al PR que realice una rotación interna. Puntos de más dolor, aumento de dolor.
- Signo de Wain: Característico de la infección maxilar (de apendicitis aguda). Se coloca PR de lado lateral izquierdo.
- Signo de la orilla: Con una mano presiona hacia y cae el otro se presiona en la zona Contralateral de fémur que se sienten ondas. Suspecta de ascitis.