



Mi Universidad

INFOGRAFÍA

Nombre del Alumno: Andi Saydiel Gómez Aguilar

Nombre del tema: Exploración de Región Abdominal

Parcial: IV

Nombre de la Materia: Propedéutica, Semiología y Diagnóstico Físico

Nombre del profesor: Dra. Karen Michelle Bolaños Pérez

*Nombre de la Licenciatura: **Licenciatura en Medicina Humana.***

Semestre: IV

Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 30 de Junio del 2025



EXPLORACIÓN DE LA REGION ABDOMINAL

ANATOMIA Y FISIOLOGIA

El abdomen se encuentra entre el tórax y la pelvis y esta delimitado superiormente por la cúpula del diafragma, posteriormente por las vertebrae lumbares, anterolateralmente por la pared flexible de múltiples capas de músculos y tendones en forma de laminas. El revestimiento de esta cavidad corresponde al peritoneo parietal y visceral

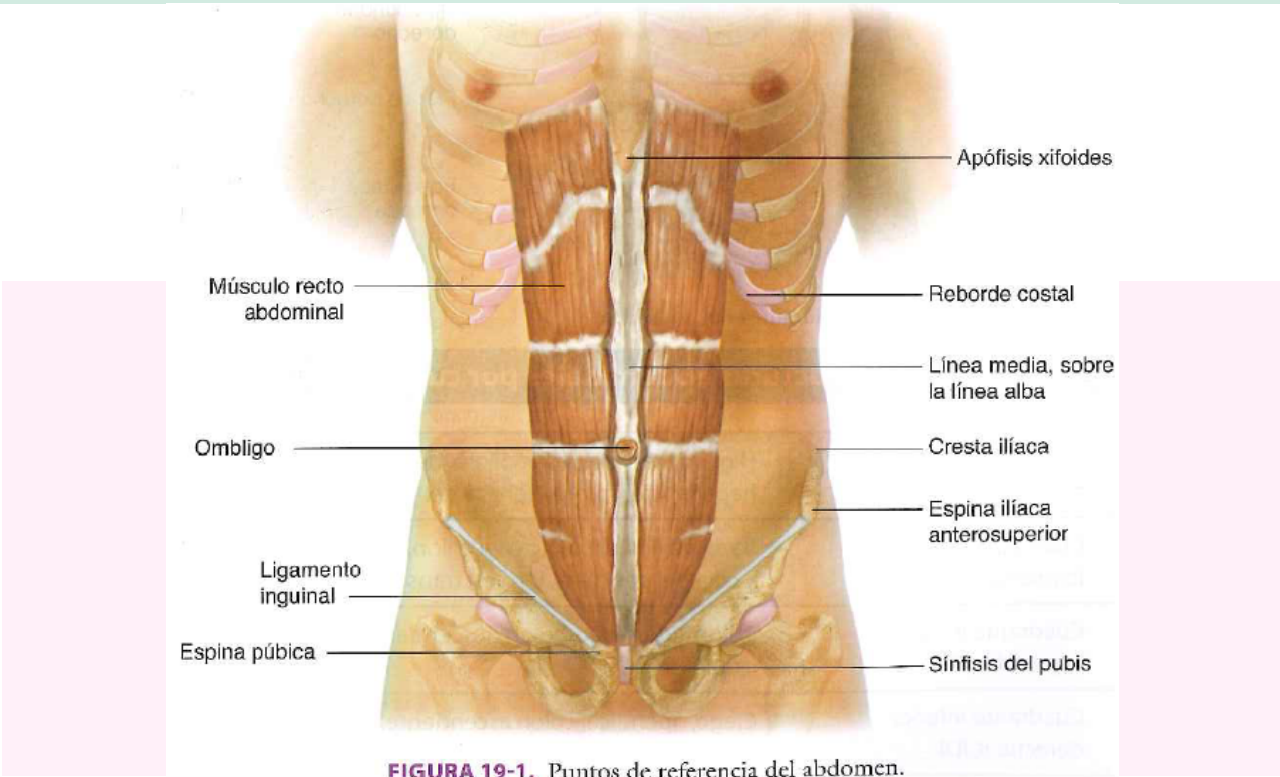


FIGURA 19-1. Puntos de referencia del abdomen.

CUADRANTES DEL ABDOMEN

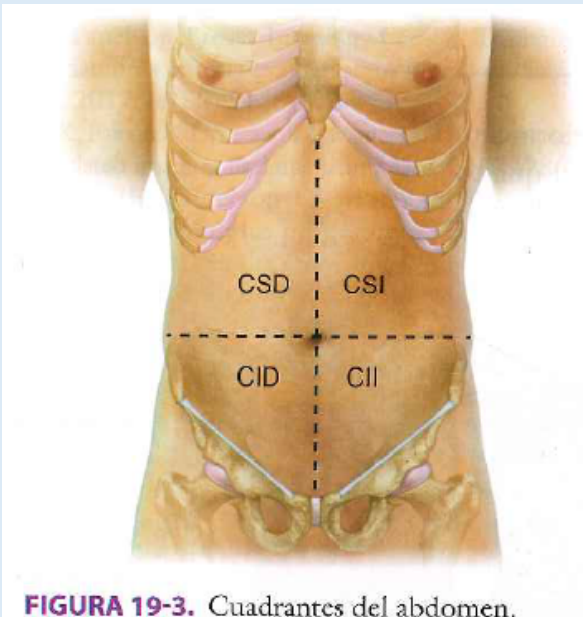


FIGURA 19-3. Cuadrantes del abdomen.

REGIONES DEL ABDOMEN

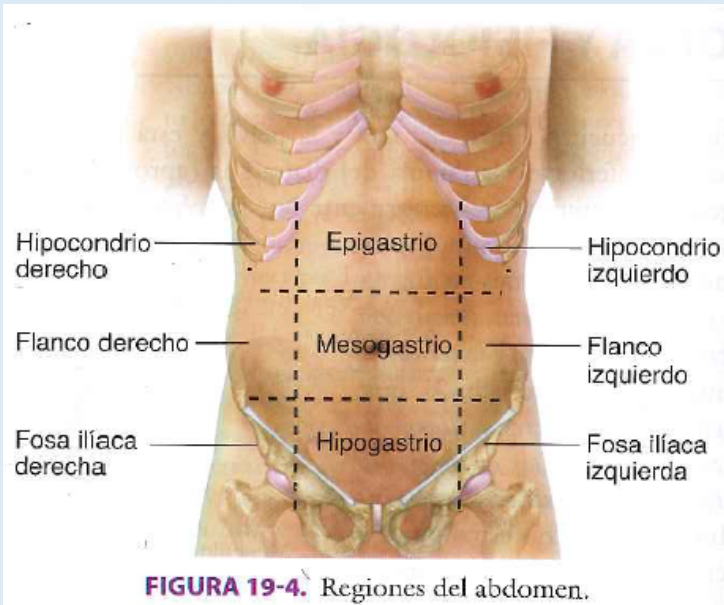


FIGURA 19-4. Regiones del abdomen.

ESTRUCTURAS ABDOMINALES POR CUADRANTE

Cuadro 19-1. Estructuras abdominales por cuadrante

Cuadrante superior derecho (CSD)	Hígado, vesícula biliar, píloro, duodeno, flexión hepática del colon y cabeza del páncreas
Cuadrante superior izquierdo (CSI)	Bazo, flexión esplénica del colon, estómago, cuerpo y cola del páncreas, y colon transverso
Cuadrante inferior izquierdo (CII)	Colon sigmoideo, colon descendente, ovario izquierdo
Cuadrante inferior derecho (CID)	Ciego, apéndice, colon ascendente, ovario derecho

SINTOMAS FRECUENTES Y PREOCUPANTES

ALTERACIONES GASTROINTESTINALES

- Dolor abdominal agudo y crónico
- Indigestión, náuseas, vómitos que incluyen a los sanguinolentos (hematemesis), pérdida de apetito (anorexia), saciedad temprana
- Dificultad para deglutir (disfagia) y dolor al deglutir (odinofagia)
- Cambios de la función intestinal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Ictericia



ALTERACIONES URINARIAS Y RENALES

- Síntomas urinarios (incluyen dolor suprapúbico, disuria, urgencia, polaquiuria, nicturia, poliuria, incontinencia urinaria, hematuria)
- Dolor en flancos y cólico ureteral



DOLOR ABDOMINAL

INFORMACION CLAVE DE LA ANAMNESIS

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Inicio

Localización

Características

Irradiación

Factores paliativos, atenuantes o asociados

Antecedentes médicos, quirúrgicos y socioeconómicos

SINTOMAS GASTROINTESTINALES ASOCIADOS CON EL DOLOR ABDOMINAL

1.

2.

3.

4.

5.

Indigestión

Nauseas y vómitos

Hematemesis

Anorexia

Saciedad precoz

TECNICAS DE EXPLORACION

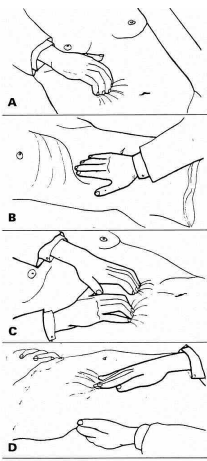


FIGURA 10-4 Maniobras para la palpación del hígado.

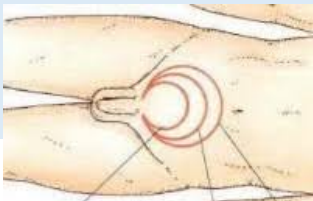
HIGADO

1. Estima el tamaño del hígado
2. Palpa y delimita el borde del hígado



VEJIGA URINARIA

1. Percute la vejiga urinaria (distensión, sensibilidad)



ABDOMEN

1. Tomar en cuenta la apariencia general del paciente
2. Inspeccionar superficie, bordes y movimientos del abdomen, incluida temperatura, color y presencia de cicatrices y estrías
3. Escuchar ruidos intestinales antes de palpación o percusión
4. Percute ligeramente el abdomen
5. Palpa ligeramente con una mano en los 4 cuadrantes
6. Palpa profundamente con las dos manos en los 4 cuadrantes
7. Busca signos de irritación peritoneal

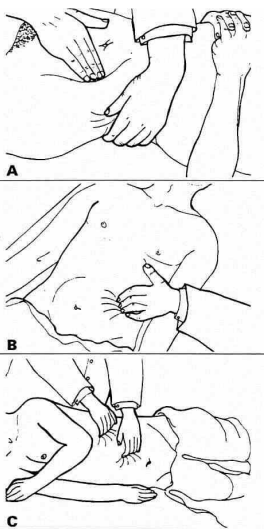


FIGURA 10-5 Maniobras para la palpación del bazo.

RIÑONES

1. Evalúa la sensibilidad del ángulo costovertebral mediante la técnica de puño percusión



TECNICAS ESPECIALES

1. Realiza técnicas especiales si esta indicado (ascitis, apendicitis, colecistitis)



BAZO

1. Realiza percusión para detectar agrandamiento esplénico
2. Palpa el borde esplenico con el paciente en decubito supino y en decubito lateral derecho

Palpación del Bazo. Posición de Naegeli

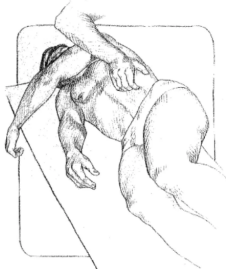


Fig. 7-16. Palpación del bazo: posición de Naegeli. Este procedimiento se utiliza si el bazo no se ha palpado con las maniobras ilustradas antes. El paciente se coloca en decúbito intermedio dorsolateral derecho, con las piernas semiflexionadas, el brazo derecho a lo largo del cuerpo y el izquierdo colgando por delante del tórax. El examinador, ubicado a la izquierda del paciente, palpa el bazo con una mano derecha o izquierda, en cuchara. La posición de Naegeli facilita el descenso del bazo.

INSPECCIÓN

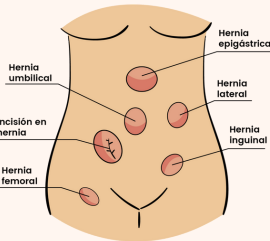
FORMA Y SIMETRIA DEL ABDOMEN



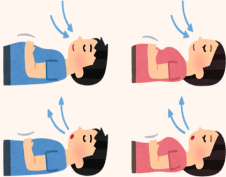
PULSACIONES VISIBLES



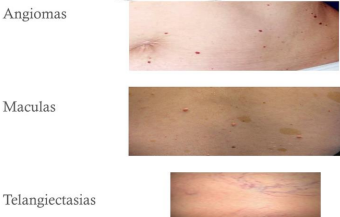
CICATRICES, MASAS O HERNIAS



MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS



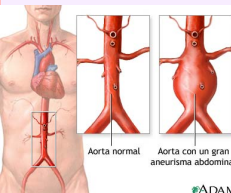
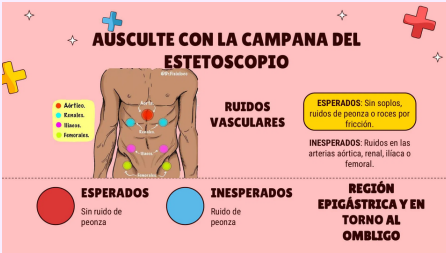
COLORACION Y LESIONES EN LA PIEL



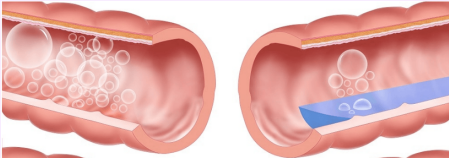
AUSCULTACIÓN



SOPLOS VASCULARES



RUIDOS INTESTINALES



PERCUSION

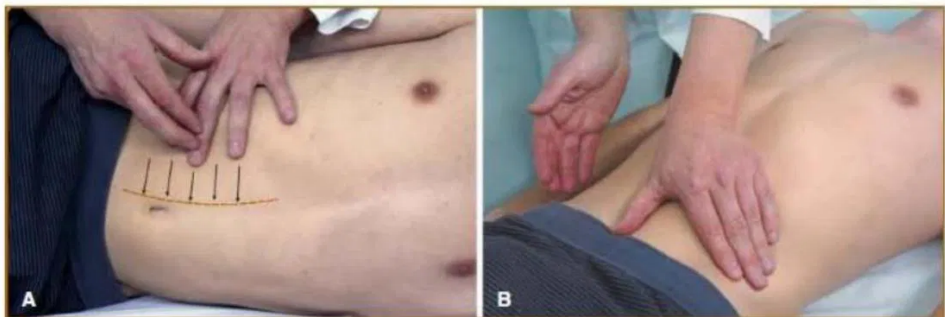


Fig. 41-5. A. Maniobra de la matidez desplazable. B. Maniobra de la onda ascítica.

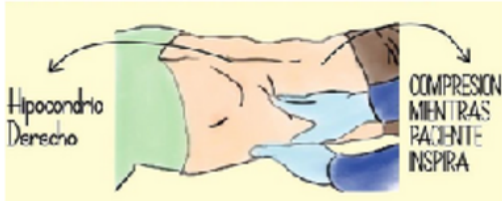
PALPACION



1.
2.
3.
- SENSIBILIDAD
- TEMPERATURA
- RESISTENCIA
- MUSCULAR

SIGNOS ESPECIALES

Signo de Murphy



DESCRIPCIÓN

- Se comprime **HIPOCONDRIO DERECHO**
- Se pide **INSPIRACIÓN FORZADA**
- Al descender el diafragma podremos tocar el (**Hígado y Vesícula**)

COLECISTITIS-POSITIVO
(si hay dolor)



SUGIERE

si hay dolor en colecistitis

Signo de Blumberg



DESCRIPCIÓN

- Se **comprime** con la punta de los dedos.
- Descompresión** súbita
- A LA ALTURA DEL OMBLIGO Y CRESTA ILIACA SUPERIOR



apendicitis Aguda-POSITIVO
(si hay dolor intenso al descomprimir)

SUGIERE

Proceso inflamatorio. Si es positivo en la fosa iliaca derecha (punto de McBur-ney) sugiere apendicitis Agudo

Signo de Rovsing



DESCRIPCIÓN

- Dolor en la **FOSA ILIACA DERECHA** al comprimir **FOSA ILIACA IZQUIERDA** (punto de Mc Burney)

Apendicitis Aguda POSITIVO
(si hay dolor)

SUGIERE

Apendicitis Aguda

Signo de Obturador

- Con el paciente en **DECÚBITO SUPINO**, se flexiona el músculo derecho.
- Se coloca la Pierna y rodilla ángulo recto, realizando rotación interna de la extremidad inferior.
- Causa dolor en **HIPOGÁSTRIO**

COLEApendice inflamado de localización pélvica-POSITIVO
(si hay dolor)

Signo de psoas

- Al presionar la **FOSA ILIACA DERECHA** y pedir que levante la pierna derecha
- Las estructuras de esa zona quedan entre la mano del explorador y el músculo psoas



Apendicitis Aguda POSITIVO
(si hay dolor)

Signo de McBurney



Haciendo presión suave y profunda con la punta de los dedos unidos cubriendo unos 2 cm, para luego y súbitamente retirar la mano observando si la maniobra produce dolor agudo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bickley Lynn S. (2021). *Bates Guía de Exploración Física e Historia Clínica*. Wolters Kluwer.