

EXAMEN ABDOMINAL y URINARIO:

El paciente debe estar sin ropa, con genitales y mamas cubiertos, respetando su pudor.

Se realizará una valoración general destacando:

- Pisquismo, estado de conciencia.
- Temperatura corporal.
- Relación de edad cronológica con biológica.
- Hábito o biotipo.
- Estado general, estado nutricional, polo calórico e hidratación.
- Peso corporal y talla.
- Piel y mucosas.
- Bucofaringe.
→ Debería de continuarse con cuello, linfoganglionar, CV y PP.
- Abdomen:

1. **Inspección:**

a. **Estática:** con el paciente en decúbito dorsal y el examinador a los pies de la cama.

- i. Tipo de abdomen: plano, excavado, globuloso.
- ii. Simetría, cicatrices, hernias, eventraciones.
- iii. Cicatriz umbilical.
- iv. Latidos visibles.
- v. Circulación venosa colateral.
- vi. Reptación: movimientos peristálticos visibles.

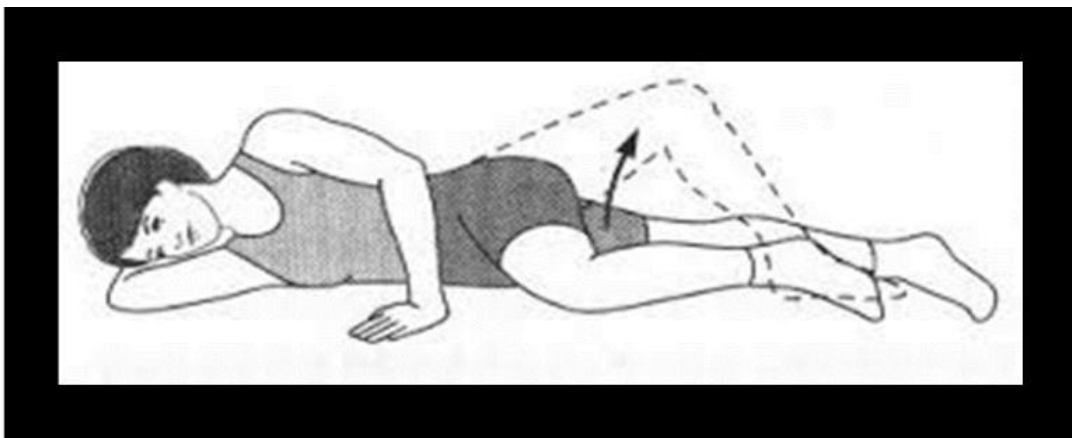
b. **Dinámica:** solicitar al paciente que ejecute diversas maniobras de forma de movilizar la pared abdominal: distender el abdomen con una espiración profunda, hundir el abdomen. Se busca objetivar la aparición de asimetrías o su acentuación, tumoraciones, etc. Se deben realizar también maniobras dirigidas a aumentar la presión intra abdominal: toser y pedirle que se siente sin apoyarse en los MM.SS. Es importante destacar si cada una de estas maniobras despierta o exacerba dolor en el paciente.

2. **Palpación:** sentado a la derecha del paciente. La mano debe descansar a plano sobre la región a examinar con el pulgar separado y los últimos cuatro dedos juntos. El paciente debe estar en decúbito dorsal, sin almohada y los miembros superiores a los lados del tronco.

a. **Palpación superficial:** leves movimientos de flexo extensión de los dedos iniciando por la fosa ilíaca izquierda, siguiendo por el resto del abdomen en

sentido inverso a las agujas del reloj. Si el paciente presenta dolor se iniciará por la zona indolora y luego se palpará el resto del abdomen,

- b. **Palpación profunda:** interesa la búsqueda de visceromegalias y tumefacciones, se debe realizar con los miembros inferiores flexionados.
 - i. **Palpación del hígado:** apoyando mano derecha o ambas en forma plana y engancho suavemente con la punta de los dedos el reborde costal. Lo correcto es iniciar la palpación desde fosa ilíaca derecha para detectar hepatomegalias de gran tamaño.
 - ii. **Palpación del bazo:** colocarse del lado izquierdo del paciente.
 - 1. **Decúbito dorsal:** con la mano izquierda desde la FII hacia el hipocondrio haciendo inspirar al paciente profundamente.
 - 2. **Posición de Sims:** Se coloca al paciente en decúbito lateral derecho, la pierna izquierda flexionada y estirada la derecha con el miembro superior izquierdo sobre la cabeza. La palpación se realiza igual que la anterior, con la mano izquierda ascendiendo desde FII en inspiración profunda. El bazo se diferencia de otras tumores ya que se moviliza desde el primer tiempo de la inspiración y no permite introducir la mano entre el y la parrilla costal, no presenta peloteo y es mate a la percusión.



- 3. **Percusión:** topografiar el borde superior hepático (5EICD LMC)
 - a. **Matidez esplénica:** normalmente puede no encontrarse o existir una muy pequeña área de matidez a nivel de la 10 costilla entre la línea axilar anterior y posterior.
 - b. **Espacio semilunar de Traube** ← cámara gástrica: Región de la pared anterior del hemitórax izquierdo delimitada por un borde superior convexo que se proyecta desde la sexta articulación condroesternal izquierda hasta la extremidad de la novena o décima costilla, su borde inferior está representado por el reborde costal. Normalmente este espacio es timpánico. Puede estar

desplazado, disminuido o ausente dependiendo de la presencia de hepatoesplenomegalia o derrames, tumores, etc.

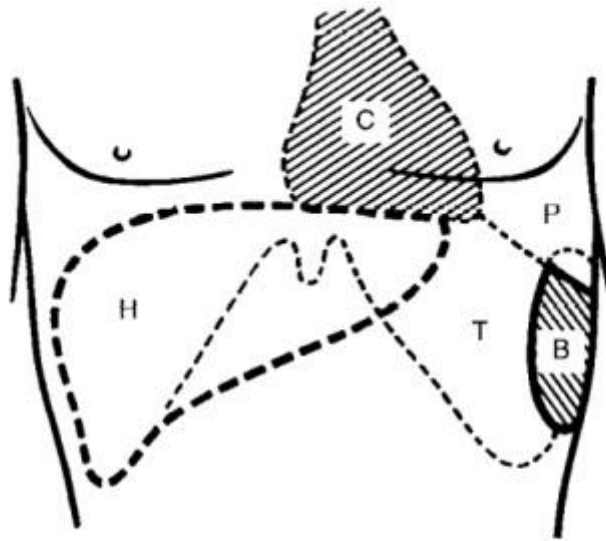


Fig. 2-45. Espacio de Traube. Su límite superior se encuentra en la línea que une la región de la punta cardíaca con el borde superior de la matidez esplénica. El inferior es el borde costal. Por dentro, límites con el borde inferior del hígado y, por fuera, con la matidez esplénica.

- c. **Matidez de flancos:** percutir los flancos, luego colocar al paciente en ambos decúbitos laterales objetivando si la matidez es desplazable. Cuando sucede estamos ante líquido en cavidad libre.

- 4. **Auscultación:** objetivar ruidos hidroaéreos, determinando timbre y frecuencia. Normalmente 3 ruidos por minuto.

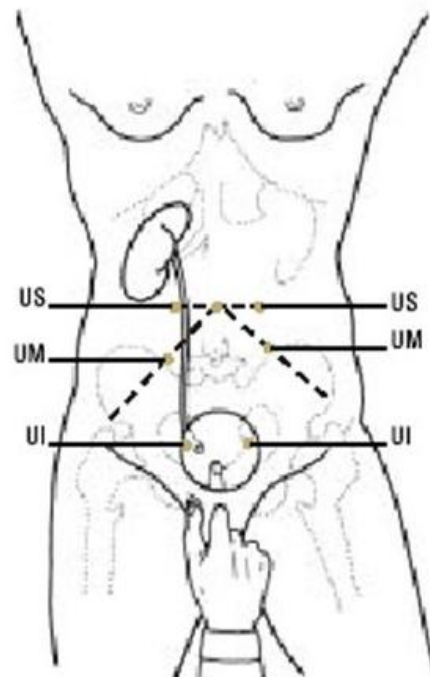
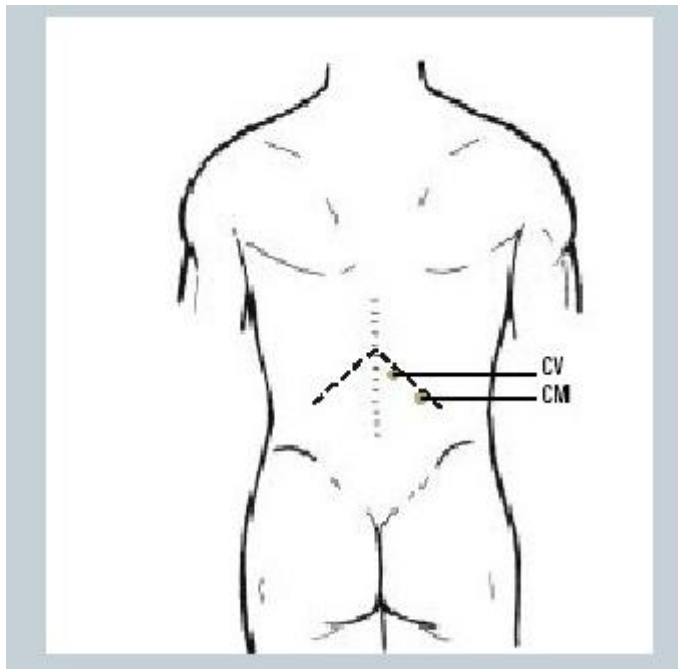
→ **Un examen abdominal completo debe terminarse con el tacto rectal.**

- **Fosas lumbares:** paciente en decúbito dorsal, palpación bimanual. En condiciones normales el riñón no se palpa.
 - **FL derecha:** colocarse a la derecha del paciente con la mano izquierda por detrás, debajo de las costillas (ángulo costo muscular). Se trata de hundir el hueco lumbar tratando de poner en contacto el riñón con la mano anterior. La mano derecha, en posición vertical por fuera del recto anterior es la que percibirá el riñón.
 - **FL izquierda:** colocarse a la izquierda del paciente con la mano derecha por detrás, en este caso la izquierda es la anterior que percibirá al riñón.
 - **Peloteo:** realizar con los dedos de la mano inferior impulsos secos y repetidos. Se impulsa el órgano hacia adelante con el movimiento de flexión. Solo un órgano que haga contacto lumbar puede generar este signo.



○ Puntos renales:

- **Guyon:** unión de la última costilla con el borde lateral de los músculos paravertebrales.
- **Surraco:** extremidad anterior de la 11ª costilla con el borde anterior del dorsal ancho.



○ Puntos ureterales:

- **Superior (pieloureteral):** borde externo del recto anterior del abdomen con línea umbilical.
- **Medio:** borde externo de los rectos anteriores con línea bilíaca.
- **Inferior (ureterovesical):** por tacto vaginal o rectal.

- Maniobra de Giordano: percusión con el borde cubital de la mano sobre los músculos del tronco de arriba hacia abajo; es positiva cuando despierta dolor y contracción brusca de los músculos inclinando el tronco hacia adelante.