

INSPECCIÓN, PALPACIÓN, PERCUSIÓN Y AUSCULTACIÓN ABDOMINAL EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS

Autores:

RUBÉN MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ ORDÁS CAMPOS

SANTIAGO MARTÍNEZ ISASI

DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA



www.saludplay.com

¡COMIENZA
LA LECTURA!

Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación Abdominal en Enfermería de Urgencias

AUTORÍA:

RUBÉN MARTÍNEZ GUTIÉRREZ

BEATRIZ ORDÁS CAMPOS

SANTIAGO MARTÍNEZ ISASI

DANIEL FERNÁNDEZ GARCÍA

SALUSPLAY editorial

C/ESTARTETXE 5, OFICINA 306

48940 LEIOA, BIZKAIA, PAIS VASCO

TEL.: +34 946522986

FECHA Y LUGAR DE PUBLICACIÓN: LEIOA, 1 DE FEBRERO DE 2020.

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reproducir, almacenar en sistemas de búsqueda automática, realizar copias de todo tipo o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación) o transmitir de otra forma cualquier parte de esta publicación sin la autorización escrita del editor. No se podrá divulgar esta obra científica en ningún formato.

TEMA 1. VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CON PROBLEMAS GASTROINTESTINALES; HISTORIA CLÍNICA

En la documentación enfermera se debe de recoger información sobre:

- Dolor abdominal
- Náuseas y vómitos.
 - Si son por la mañana o con el estómago vacío y con emisión de material mucoso (saliva deglutida) o secreciones gastroentéricas son típicos de gestación, fármacos, tóxicos (alcohol) o trastornos metabólicos (diabetes mellitus, uremia).
 - Los vómitos fuera del período posprandial inmediato y se caracterizan por la evacuación de alimentos retenidos y parcialmente digeridos son típicos de una obstrucción a la salida gástrica de desarrollo lento o gastroparesia.
 - Los vómitos biliosos se observan habitualmente cuando se producen múltiples episodios de vómito muy seguidos debido a la entrada retrógrada de material intestinal en el estómago.
 - El vómito con olor feculento indica obstrucción intestinal, íleo asociado a peritonitis o bien obstrucción a la salida gástrica de larga evolución.

Los vómitos que aparecen bruscamente sin náuseas ni arcadas previas (vómitos en escopetazo) son característicos de la estimulación directa del centro del vómito, como puede suceder con lesiones intracerebrales (tumores, abscesos) o presión intracraneal aumentada

Diarrea: duración, frecuencia, presencia de sangre, consistencia.

- Estreñimiento. Se debe registrar la última deposición.
- Hematemesis.
- Vómitos en posos de café.
- Fiebre, escalofríos.
- Indigestión.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de apetito.
- Disfagia.

- Última menstruación.
- Disuria.
- Medicamentos: AINEs.
- Ingesta de alcohol.
- Viajes recientes.

En la evaluación del dolor es útil emplear la regla nemotécnica PQRST:

- *P provocation*: provocación.
- *Q quality*: calidad
- *R radioation/relief*: irradiación
- *S site/severity/other symptoms*: localización/severidad/otros síntomas
- *T time*: factores temporales

TEMA 2. VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CON PROBLEMAS GASTROINTESTINALES; EXPLORACIÓN FÍSICA

1. INSPECCIÓN

En la inspección abdominal una enfermera debe:

- Observar la presencia de distensión abdominal.
- Valorar la presencia de ascitis.
- Cicatrices y cirugías previas.
- Evisceración.
- Traumatismo superficial en el abdomen o en las costillas, heridas, abrasiones, hematomas.
- Ictericia. La ictericia colestásica se relaciona directamente con problemas hepáticos (cirrosis) o con causa extrahepáticas como colecistitis, pancreatitis o carcinoma.

2. PALPACIÓN

La palpación del abdomen (superficial y profunda) se realiza de forma sistemática con suavidad y con las manos templadas, iniciando la misma desde la zona más alejada del área dolorosa con el fin de evitar una contracción muscular voluntaria y espontánea del paciente. Se debe evaluar la tensión del abdomen y la presencia de masas. Maniobras más características:

- **Maniobra de Blumberg o signo del rebote.** Dolor por rebote de la víscera inflamada sobre la pared abdominal al retirar la mano bruscamente después de la palpación profunda sobre la zona dolorosa. En la fosa ilíaca derecha es muy indicativo de apendicitis aguda.
- **Contractura abdominal involuntaria.** Es un signo indicativo de irritación peritoneal. En la peritonitis generalizada, el dolor es difuso y el abdomen puede estar rígido con una gran contractura muscular (vientre en tabla).
- **Signo de Murphy.** Es un signo característico de la colecistitis aguda y es el dolor a la palpación profunda en el hipocondrio derecho durante la inspiración.

- **Signo de Rovsing.** Dolor referido a la fosa ilíaca derecha al presionar sobre la fosa ilíaca izquierda. También es indicativo de apendicitis aguda
- **Signo de McBurney.** Punto de máxima sensibilidad dolorosa cuando está afectado el apéndice. Se localiza en el tercio externo de una línea recta, entre la espina ilíaca anterior derecha y el ombligo.

Es importante la exploración genital y de los orificios herniarios sistemáticamente. No olvidar la búsqueda de los pulsos femorales. La palpación de una masa abdominal pulsátil dolorosa debe hacer pensar en un aneurisma de aorta abdominal. La presencia de globo vesical suele ser muy doloroso y de fácil resolución mediante sondaje vesical.

3. PERCUSIÓN

La percusión se utiliza para evaluar el tamaño y la densidad de los órganos del abdomen, así como para detectar la presencia de líquido (ascitis), aire (distensión gástrica) y masas llenas de líquido o sólidas. La percusión puede ser dolorosa en caso de abdomen agudo.

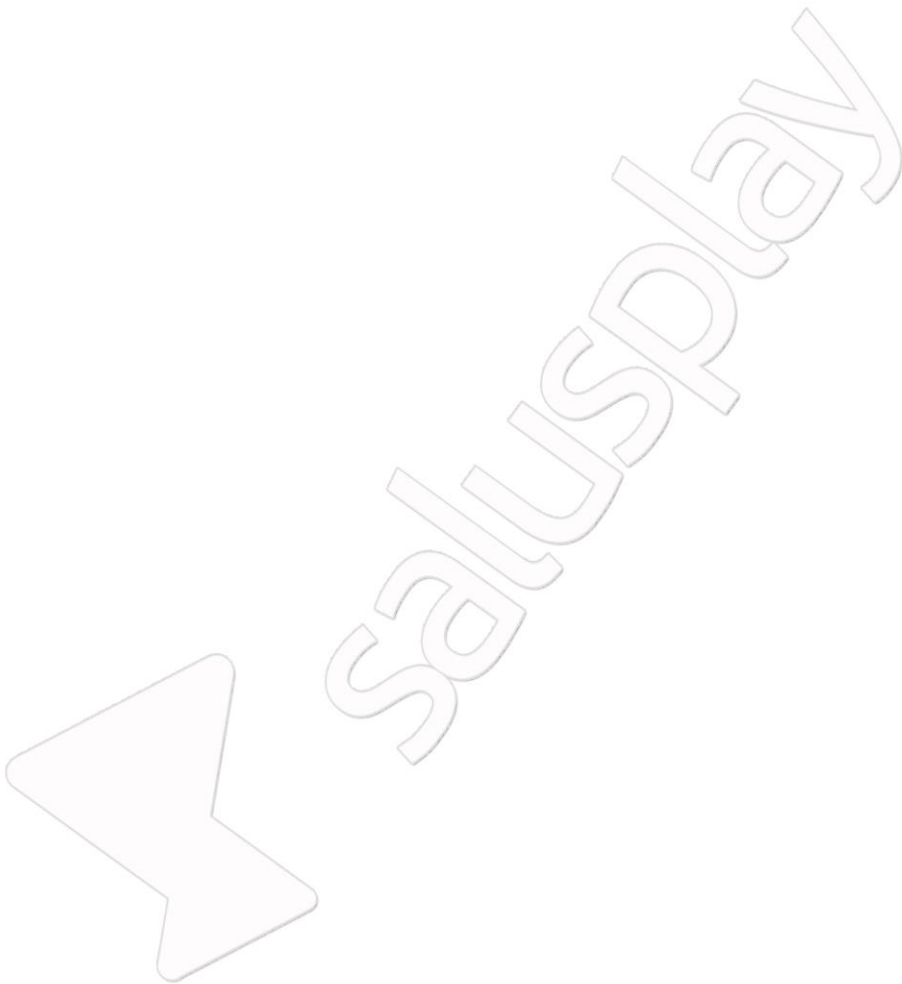
El **timpanismo** es el ruido predominante por la presencia de aire en estómago e intestinos. Se oye **matidez** sobre los órganos y las masas sólidas. La distensión vesical produce matidez en la zona suprapúbica.

4. AUSCULTACIÓN

La auscultación debe preceder a la percusión y palpación.

- Se deben auscultar los ruidos intestinales, y anotar su frecuencia y sus características.
- Habitualmente, se oyen como **chasquidos y borboteos** que aparecen de forma irregular. Los ruidos intestinales suelen ser generalizados.
- Los **borboteos prolongados** e intensos se denominan borborismos (rugido del estómago) y se producen por un aumento de los ruidos intestinales en la gastroenteritis, en las primeras fases de la obstrucción intestinal y en situaciones de hambre.

- Los **ruidos de tintineo** de tono elevado indican la presencia de líquido y aire a presión en el intestino, como en las primeras fases de la obstrucción.
- En la peritonitis y en el íleo paralítico hay disminución de los ruidos intestinales.
- La **ausencia de ruidos intestinales junto a la presencia de dolor abdominal y rigidez** se asocia a una urgencia quirúrgica.



BIBLIOGRAFÍA

- Ball J, Dains J, Flynn J, Solomon B & Stewart R. Manual Seidel de Exploración física. 8ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 6ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Cabrera Calandria AM, Gómez Calvo R, Santaella Leiva. Panceatitis grave. En Aragonés Manzanares R, De Rojas Romá JP. Cuidados intensivos. Atención integral al paciente crítico. Madrid: editorial médica panamericana; 2016.p. 637-671.
- Carretero Ribón C, Pastrana Delgado J, García-Casasola. Enfermedades del Páncreas. In Pastrana Delgado J, García de Casasola Sánchez G. Fisiopatología y patología general básicas para ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 270-275.
- Cisneros Herreros JM, Carneado de la Fuente J. Manual de Urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío; 2009.
- Criado García J, Barrera Baena P, Jiménez Morales AI, Pérez Caballero AI. Fallo hepático fulminante. En Delgado Lista J, Pérez Caballero AI, Pérez Martínez P. Guía de atención rápida en clínicas médicas. Barcelona: Elsevier; 2014. p.155-159
- Couto Wörner I, Tizón Ares MI, Souto Ruzo J, Bello Rodríguez L. Ascitis. Cad Atención Primaria. 2009;16:295–9.
- Delgado Lista J, Pérez Caballero AI, Pérez Martínez P. Guía de atención rápida en clínicas médicas. Barcelona: Elsevier; 2014. p.115-119
- Feldman M, Friedman LS & Brandt LJ. Sleisenger Y Fordtran. Enfermedades Digestivas y Hepáticas. 10ª edición. Barcelona: Elsevier; 2017.
- Goldman L, Schafer AI. Cecil y Goldmand. Tratado de Medicina Interna. 24 edición. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Laso Guzmán FJ. Introducción a la Medicina Clínica. Fisiopatología y semiología. 3ª edición. Barcelona: Elsevier; 2015.
- Mas A. Insuficiencia hepática grave. En Nicolás JM, Ruiz J, Jiménez X, Net A. Enfermo crítico y emergencias. Barcelona: Elsevier; 2011. p.432-438.
- Montejo JC, García de Lorenzo A, Marco P, Ortiz C. Manual de medicina intensiva. 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.

- Pastrana Delgado J, García de Casasola Sánchez G. Fisiopatología y patología general básicas para ciencias de la salud. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Raffensperger EB. Manual de la Enfermería. Barcelona: Océano/Centrum; 2003. 1168 p.
- Rodríguez García MC, Fernández-Samos Gutiérrez R. Criterios de actuación en Urgencias. León: Eolas ediciones; 2014.

