

CAPÍTULO

21

Abdome

SUMÁRIO

Estrutura e Função, 527

Pontos de Referência na Superfície
Anatomia Interna

Dados Subjetivos, 532

Questões sobre a Anamnese

Dados Objetivos, 536

Preparação
Inspeção

Ausculta
Percussão
Palpação

Documentação e Raciocínio Crítico, 555

Achados Anormais, 557

Achados Anormais para a Prática Avançada, 559

ESTRUTURA E FUNÇÃO

PONTOS DE REFERÊNCIA NA SUPERFÍCIE

O abdome consiste em uma cavidade ampla e oval, que se estende do diafragma para baixo até a borda da pelve. Os seus limites posteriores são a coluna vertebral e a musculatura paravertebral, enquanto, lateralmente e à frente, seriam a região inferior da caixa torácica e musculatura abdominal (Fig. 21-1). Quatro camadas de musculatura ampla e achatada constituem a parede abdominal ventral. Essas camadas são unidas na linha média por uma bainha tendinosa – a **linha alba**. Um dos grupos musculares, o dos **retos abdominais**, constitui uma faixa que se estende por todo o comprimento da linha média, sendo suas margens palpáveis. Os músculos protegem e mantêm os órgãos localizados, além de flexionarem a coluna vertebral.

ANATOMIA INTERNA

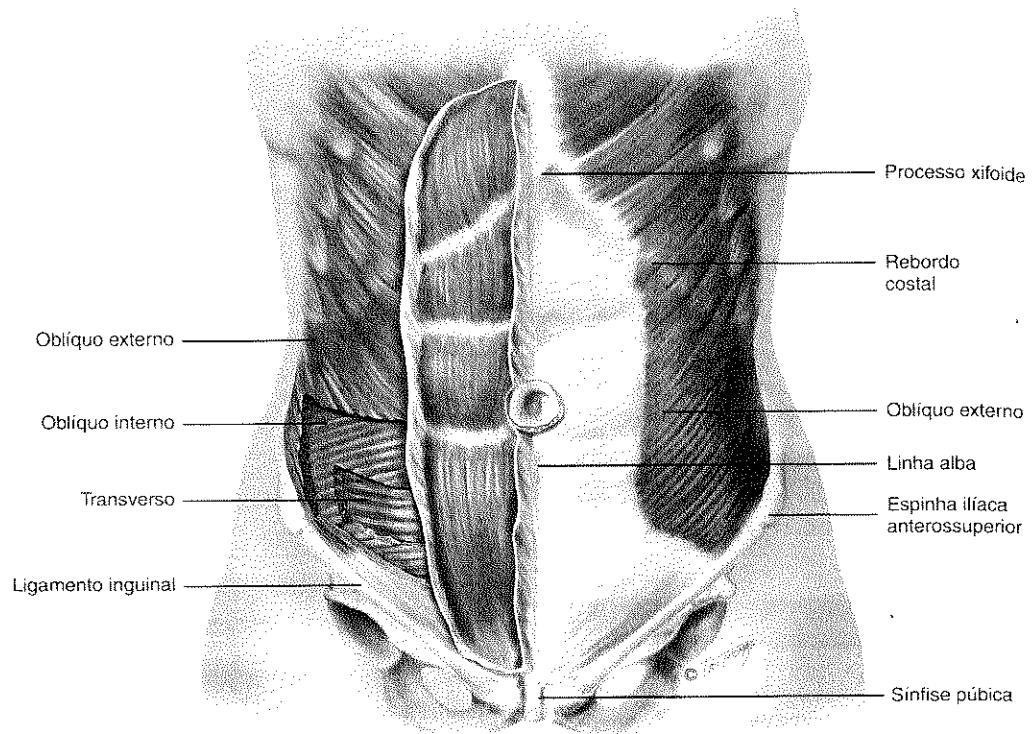
Dentro da cavidade abdominal, todos os órgãos internos são chamados de **visceras**. É importante que você saiba muito bem a localização desses órgãos, a ponto de ser capaz de “desenhar” um mapa localizando-os sobre a pele (Fig. 21-2). Você deve ser capaz de visualizar cada órgão auscultado ou palpado através da parede abdominal.

As **visceras sólidas** são aquelas que mantêm um formato característico (fígado, pâncreas, baço, glândulas adrenais, rins,

ovários e útero). O fígado ocupa a maior parte do quadrante superior direito (QSD) e se estende sobre a linha hemiclavicular esquerda. A borda inferior do fígado e o rim direito podem ser palpáveis, sem que isso indique anormalidade. Os ovários, em geral, são palpáveis apenas ao exame bimanual, durante a realização do exame pélvico.

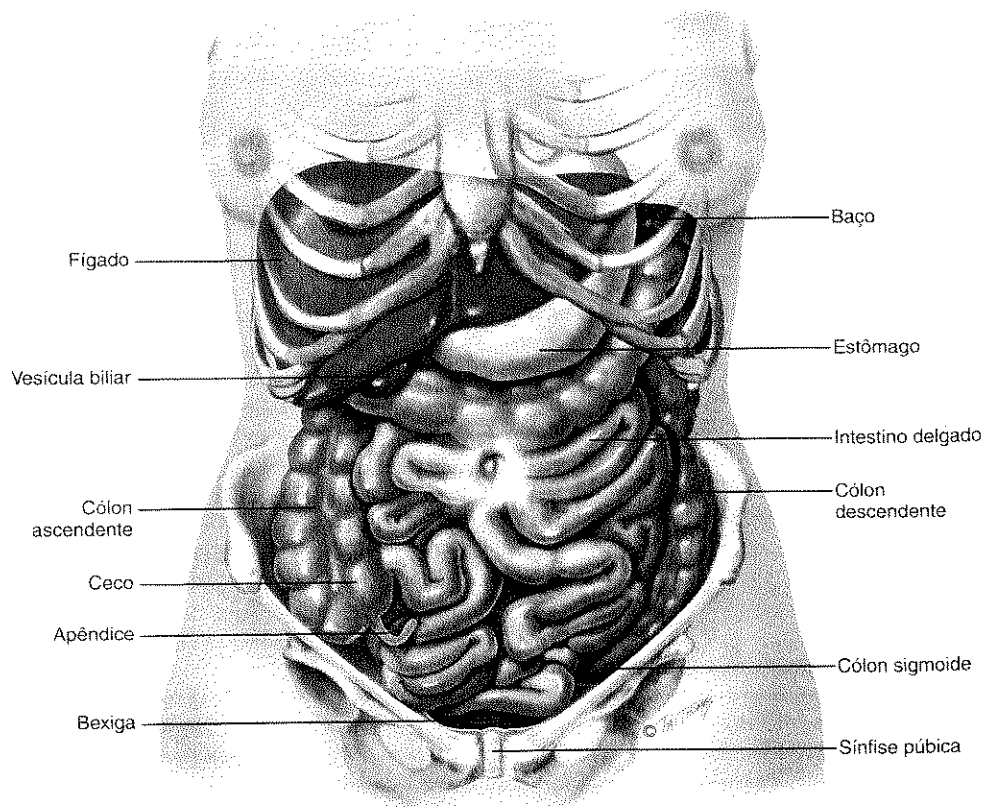
O formato das **visceras ocas** (estômago, vesícula biliar, intestino delgado, cólon e bexiga) depende de seus conteúdos. Esses órgãos, em geral, não são palpáveis, embora você possa sentir um cólon distendido contendo fezes ou uma bexiga distendida contendo urina. O estômago situa-se logo abaixo do diafragma, entre o fígado e o baço. A vesícula biliar repousa sob a superfície posterior do fígado, imediatamente ao lado da linha hemiclavicular direita. Observe que o intestino delgado está localizado em todos os quatro quadrantes. Ele se estende desde a válvula pilórica do estômago até a válvula ileocecal, localizada no quadrante inferior direito (QID), onde se une ao cólon.

O **baço** é uma massa amolecida de tecido linfático na parede posterolateral da cavidade abdominal, imediatamente abaixo do diafragma (Fig. 21-3). Ocupa uma situação oblíqua, com seu eixo longo situado por trás e em paralelo com a décima costela, lateralmente à linha hemiaxilar. Sua largura se estende da nona até a 11ª costela, medindo cerca de 7 cm. Esse órgão normalmente



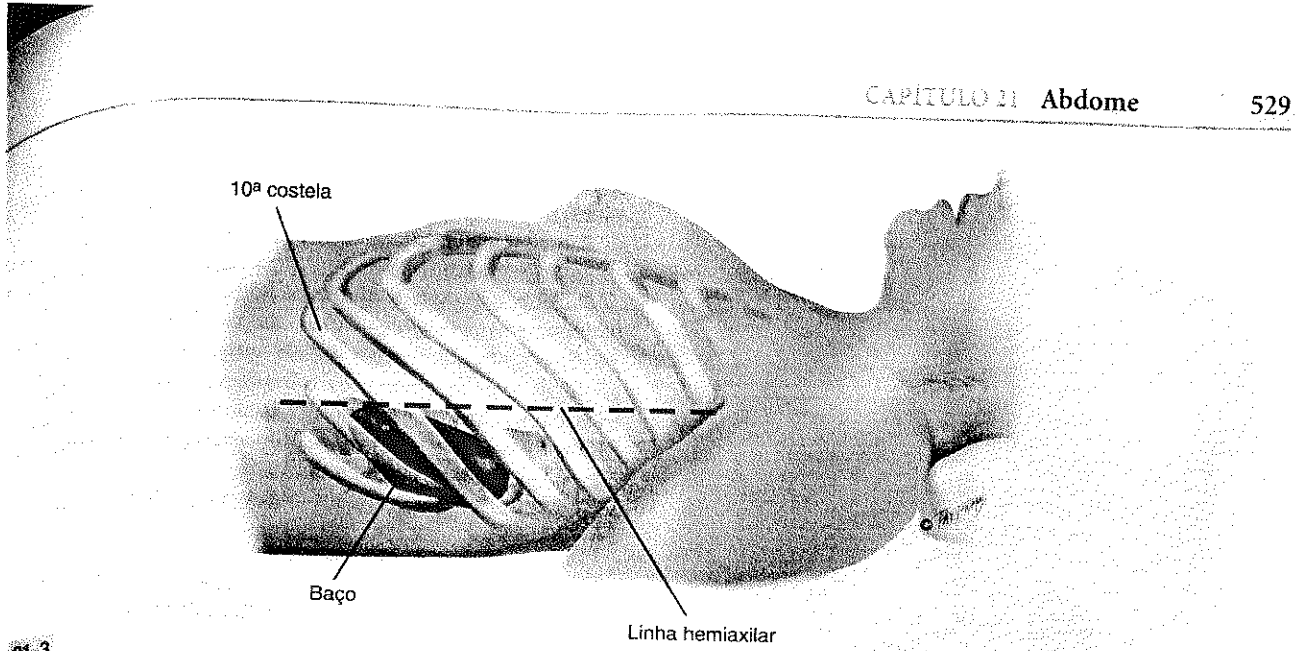
21-1

© Pat Thomas, 2006



21-2

© Pat Thomas, 2006



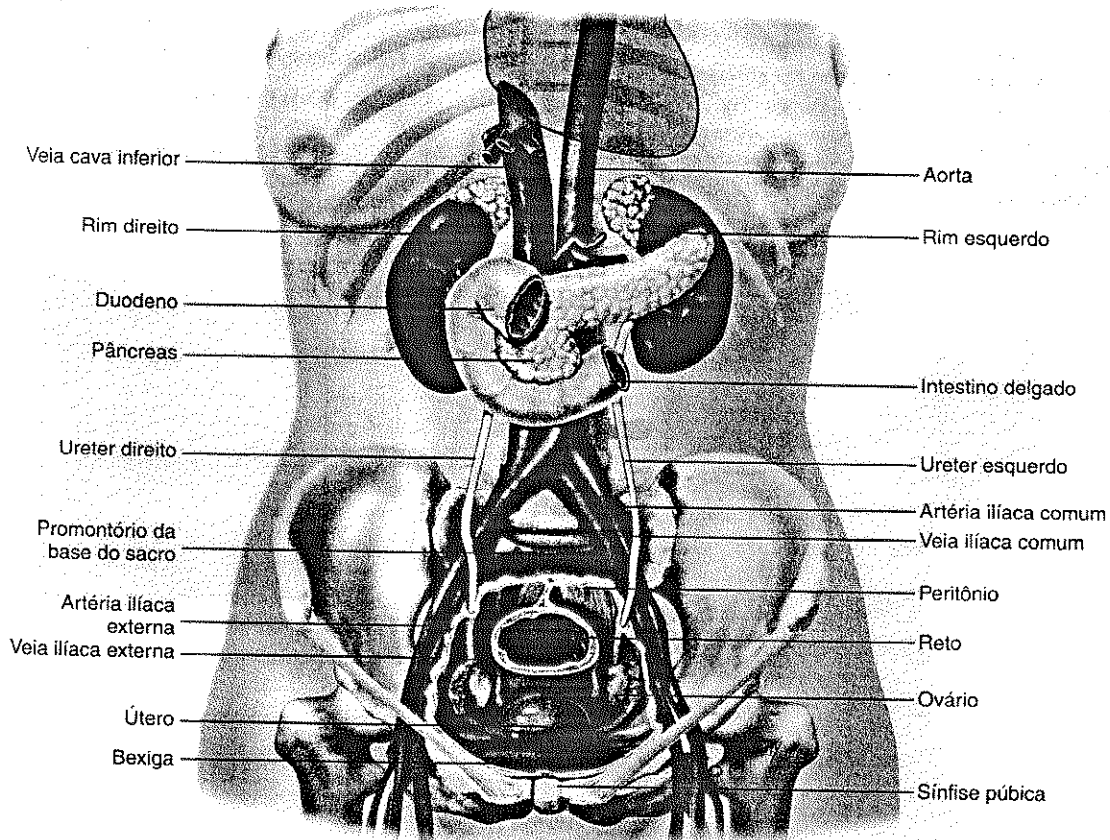
21-3

© Pat Thomas, 2006.

não é palpável. Se o baço aumentar de tamanho, seu polo inferior se move para baixo e para frente da linha média abdominal.

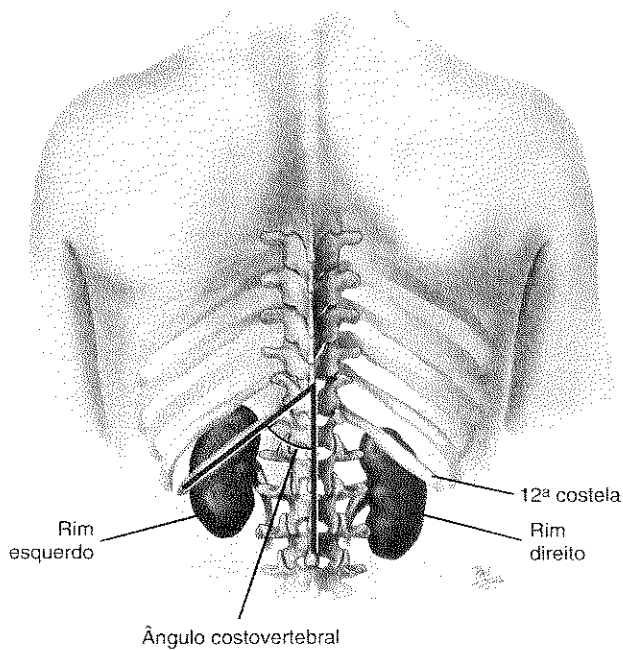
A **aorta** situa-se imediatamente à esquerda da linha média, na porção superior do abdome (Fig. 21-4). Desce por trás do peritônio e, 2 cm abaixo do umbigo, bifurca-se nas artérias ilíacas comuns direita e esquerda, sobre a quarta vértebra lombar. Você

pode palpar as pulsações aórticas, facilmente na parte superior da parede abdominal anterior. As artérias ilíacas direita e esquerda se transformam nas artérias femorais na região inguinal. Suas pulsações também são facilmente palpáveis, no ponto situado a meio caminho entre a crista ilíaca anterossuperior e a sínfise púbica.



21-4

© Pat Thomas, 2006.



21-5

O **pâncreas** é uma glândula mole e lobulada, situada atrás do estômago. Estende-se obliquamente através da parede abdominal posterior até o quadrante superior esquerdo.

Os **rins** têm formato de feijão e estão em posição retroperitoneal ou posterior aos conteúdos abdominais (Fig. 21-5). Os rins estão bem protegidos pelas costelas e musculatura posteriores. A 12ª costela forma um ângulo com a coluna vertebral – o **ângulo costovertebral**. O rim esquerdo repousa nesta localização, ao nível

da 11ª e da 12ª segunda costela. Em virtude do posicionamento do fígado, o rim direito repousa 1-2 cm inferiormente em comparação à posição do rim esquerdo, podendo às vezes ser palpável.

Por conveniência de descrição, a parede abdominal é dividida em **quatro quadrantes** por uma linha vertical e por outra horizontal, que se cruzam na altura da cicatriz umbilical (Fig. 21-6). (Um esquema mais antigo e mais complicado dividia o abdome em nove regiões. Embora o sistema antigo geralmente não seja usado, algumas denominações regionais persistem, como **epigástrica**, para a região localizada entre as bordas costais; **umbilical**, para a área em torno do umbigo; e **hipogástrica** ou **suprapúbica**, para a região acima do osso púbico.)

A localização anatômica dos órgãos em quadrantes é feita do seguinte modo:

QUADRANTE SUPERIOR DIREITO (QSD)

Fígado
Vesícula biliar
Duodeno
Cabeça do pâncreas
Rim e adrenal direitos
Flexura hepática do cólon
Parte do cólon ascendente e transverso

QUADRANTE INFERIOR DIREITO (QID)

Ceco
Apendice
Ovário e trompa direitos
Ureter direito
Cordão espermático direito

QUADRANTE SUPERIOR ESQUERDO (QSE)

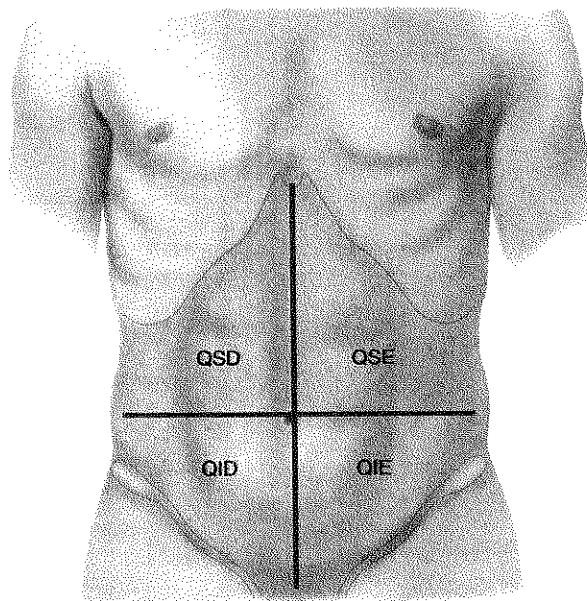
Estômago
Baço
Lobo esquerdo do fígado
Corpo do pâncreas
Rim e adrenal esquerdos
Flexura esplênica do cólon
Parte do cólon transverso e descendente

QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO (QIE)

Parte do cólon descendente
Cólon sigmoide
Ovário e trompa esquerdos
Ureter esquerdo
Cordão espermático esquerdo

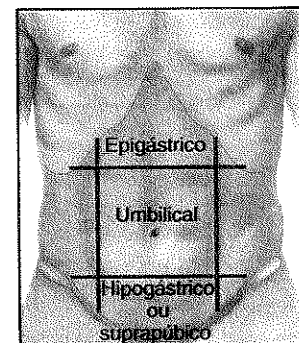
LINHA MÉDIA

Aorta
Útero (quando aumentado)
Bexiga (quando distendida)



21-6

Quatro quadrantes



CUIDADOS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

Lactentes e Crianças

No recém-nascido, o cordão umbilical apresenta-se proeminente sobre o abdome, contendo duas artérias e uma veia. O fígado ocupa um espaço proporcionalmente maior no abdome ao nascimento do que nas fases posteriores da vida. Em neonatos saudáveis nascidos a termo, a borda inferior pode ser apalpada 0,5-2,5 cm abaixo da rebordo costal direito. Os tamanhos esperados para o fígado, associados à idade, estão listados na seção Dados Objetivos. A bexiga urinária está localizada em posição mais alta no abdome nesta faixa etária em comparação à observada no adulto. Ela repousa entre a sínfise e o umbigo. Do mesmo modo, no início da infância, a parede abdominal é menos muscular e isso facilita a palpação dos órgãos.

A Gestante

Náusea e vômitos, ou "enjoo matinal", são os sinais iniciais de gravidez para a maioria das mulheres grávidas, que surgem entre o primeiro e o segundo mês de atraso menstrual. A causa é desconhecida, mas podem ser decorrentes das alterações hormonais, como a produção de gonadotrofina coriônica humana (hCG). Outro sintoma é a "indigestão ácida" ou azia (pirose) causada pelo refluxo esofágico. A motilidade gastrointestinal diminui, prolongando o tempo de esvaziamento gástrico. A motilidade diminuída faz com que mais água seja reabsorvida a partir do cólon, acarretando constipação. A constipação, assim como o aumento da pressão venosa na pelve inferior, pode causar hemorroidas.

O útero aumentado desloca os intestinos para cima e posteriormente. Os sons intestinais diminuem. Tradicionalmente, pensava-se que o apêndice era deslocado para cima e para a direita. Contudo, evidências clínicas se opuseram a essa ideia e demonstraram que a gravidez não muda a localização deste órgão.^{19,33} Qualquer dor relacionada à apendicite, mesmo durante a gravidez, será sentida no quadrante inferior direito. Por fim, alterações na pele sobre a região abdominal, como o aparecimento de estrias e da linha negra, são discutidas posteriormente neste capítulo e no Capítulo 12.

O Idoso

O envelhecimento altera a aparência da parede abdominal. Durante e após a meia-idade, há acúmulo de um pouco de gordura na área suprapúbica feminina, em decorrência da diminuição dos níveis de estrógeno. Os homens também apresentam alguns depósitos de gordura na área abdominal, que resultam no conhecido "pneu". Esse processo é mais acentuado nos adultos com estilo de vida mais sedentário.

Com o avanço do envelhecimento, o tecido adiposo é redistribuído no sentido do abdome e dos quadris, afastando-se da face das extremidades. A musculatura abdominal relaxa.

Também são observadas alterações do envelhecimento no sistema gastrointestinal, no entanto, não afetam significativamente a função, desde que o indivíduo não possua nenhuma doença.

A salivação diminui, causando boca seca e diminuição do sentido do paladar (Cap. 16).

O esvaziamento esofágico é retardado. Quando um indivíduo senescente é alimentado em decúbito dorsal, o risco de aspiração é maior.

- A secreção de ácido gástrico diminui com o envelhecimento, podendo causar anemia perniciosa (pois há interferência na absorção de vitamina B₁₂), anemia ferropriva e disabsorção de cálcio.
- A incidência de cálculos biliares aumenta com o avanço da idade, ocorrendo em 10%-20% dos adultos de meia-idade ou de idade mais avançada, e sendo mais comum entre as mulheres.
- O tamanho do fígado sofre uma diminuição de 25% entre os 20 e os 70 anos de idade, embora a maior parte da função hepática permaneça normal. O metabolismo de fármacos pelo fígado fica comprometido, em parte porque ao redor dos 65 anos de idade ocorre uma diminuição de 33% do fluxo sanguíneo pelo fígado.¹² Portanto, o metabolismo hepático que é responsável pela oxidação, redução e hidrólise enzimática dos fármacos é substancialmente diminuído com o avanço da idade, resultando em um aumento da incidência dos efeitos colaterais (p. ex., idosos que tomam benzodiazepínicos apresentam menores escores nas medidas de *status* funcional, além de apresentarem risco aumentado de desenvolver fraturas de quadril).³⁸
- Pessoas idosas com frequência relatam constipação; a maioria das estimativas de prevalência está entre 12% e 19%.¹⁸ Devido à divergência quanto à definição da constipação, foi desenvolvido um sistema padronizado de sintomatologia, descrito como critérios de Roma,³⁸ para confirmar a constipação, em que os sintomas incluem diminuição da frequência das evacuações (menos de três evacuações por semana), bem como esforço excessivo, fezes ressecadas ou duras, sensação de evacuação incompleta, sensação de bloqueio anorretal e o uso de manobras manuais.

As causas comuns de constipação incluem redução da atividade física, ingestão inadequada de água, uma dieta com baixo teor de fibras, efeitos colaterais das medicações (opioides, antidepressivos tricíclicos), síndrome do intestino irritável, obstrução intestinal, hipotireoidismo e instalações sanitárias inadequadas (*i.e.*, a dificuldade de deambular até o toailete pode fazer com que a pessoa deliberadamente retenha as fezes até que estas se tornem duras e difíceis de evacuar).

CULTURA E GENÉTICA

A lactase é a enzima digestiva necessária à absorção do carboidrato lactose (açúcar do leite). Em alguns grupos raciais, a atividade de lactase é alta ao nascimento e declina durante a fase adulta, atingindo níveis baixos. Essas pessoas têm **intolerância à lactose** (ou deficiência de lactase) e manifestam dor e distensão abdominais, eructação e flatulência quando consomem produtos derivados do leite. Milhões de americanos adultos apresentam potenciais sintomas de intolerância à lactose, sendo que as estimativas tradicionais eram de que 15% dos brancos, 50% dos americanos descendentes de mexicanos e 80% dos afro-americanos tinham essa condição. Um estudo recente constatou que, no cenário atual, as taxas de prevalência são significativamente menores do que as previamente estimadas.³⁶ Quando indivíduos foram submetidos à triagem para detecção de sintomas após a ingestão de alimentos lácteos dentro do cenário doméstico, as estimativas de prevalência de intolerância à lactose foram de 7,72% para brancos, 19,5% para afro-americanos e 10% para hispânicos.³⁶ Esses dados são clinicamente importantes, porque os alimentos lácteos atendem aos requisitos nutricionais essenciais, incluindo cálcio, magnésio e potássio. Logo, se as próprias pessoas constatarem que são intolerantes à lactose com base na herança racial, haverá uma redução na ingestão de cálcio, o que pode afetar a saúde dos ossos. Os profissionais

da saúde devem incentivar e orientar uma dieta pobre ou isenta de gordura, bem como monitorar quaisquer sintomas.

Obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal, causado por uma complexa interação entre predisposição genética, ingestão dietética, inatividade física e um fator recente denominado ambiente “obesogênico”³⁶ (o ambiente que propicia a obesidade, pela ingestão de grandes porções de alimentos gordurosos e de alta densidade calórica). A prevalência da obesidade tem aumentado não só nos Estados Unidos, como também mundialmente. Hoje, um terço dos adultos americanos são obesos ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) e estima-se que em 2015 pelo menos 40% dos adultos vivendo nos EUA serão obesos.³⁹

Dados obtidos pelo National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) revelaram a existência de diferenças significativas entre os grupos raciais e étnicos.³⁷ Estudos revelam que as crianças americanas do sexo masculino e descendentes de mexicanos apresentam maior prevalência de sobrepeso do que os meninos brancos ou negros. Em relação àquelas do sexo feminino, também descendentes de mexicanos e as negras são significativamente mais propensas a desenvolver sobrepeso do que as brancas. Na fase adulta, não foram encontradas diferenças significativas de taxas de sobrepeso entre os homens pertencentes aos diversos grupos raciais. Contudo, entre as mulheres adultas, as americanas descendentes de mexicanos e as afro-americanas mostraram uma propensão significativamente maior à obesidade do que as brancas.

A obesidade em adultos resulta em comorbidades como o *diabetes mellitus* tipo 2 e as doenças cardiovasculares. Crianças obesas apresentam risco aumentado de desenvolver asma, diabetes, doença hepática, doença cardiovascular, apnéia do sono e problemas articulares, além de correrem risco de se tornarem adultos obesos.²⁵ O controle da obesidade epidêmica será importante para a contenção dos gastos com assistência à saúde. Será que os americanos veem a obesidade como uma ameaça à saúde, do mesmo modo como agora enxergam os perigos associados ao tabagismo? Uma mudança da consciência pública e da forma de pensar da população em relação à obesidade, passando a encará-la como um “inimigo comum”, foi proposta para obter apoio do público.²⁵ As áreas que precisam de mudanças são vastas e incluem estratégias pessoais, comunitárias e governamentais. As recomendações incluem:²⁵

Tornar os alimentos e bebidas saudáveis mais amplamente disponíveis; proporcionar acesso a alimentos mais saudáveis, instalando lojas nas áreas menos supridas; e diminuir a disponibilidade de alimentos e bebidas menos saudáveis. ... desestimular o consumo de bebidas artificialmente adoçadas; intensificar o apoio à amamentação; estabelecer medidas que favoreçam o consumo de frutas e vegetais; modificar a política agrícola; e melhorar a infraestrutura da comunidade e das vias públicas para promover exercícios físicos, como o ciclismo e a caminhada.

DADOS SUBJETIVOS

- | | | |
|---------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| 1. Apetite | 4. Dor abdominal | 7. História abdominal progressiva |
| 2. Disfagia | 5. Náusea/vômito | 8. Medicamentos |
| 3. Intolerância alimentar | 6. Hábitos intestinais | 9. Avaliação nutricional |

- Apetite**
 - Houve alguma alteração do **apetite**? Houve perda de apetite?
 - Houve alguma alteração do peso? Quantos quilos foram ganhos ou perdidos? Durante que período de tempo? A perda de peso deve-se à dieta?
- Disfagia**
 - Você tem dificuldade para deglutir? Quando você percebeu isso pela primeira vez?
- Intolerância alimentar**
 - Existe algum alimento que você não consegue comer? O que acontece quando você o come: reação alérgica, azia, eructação, distensão abdominal, indigestão?
 - Você usa antiácidos? Com que frequência?
- Dor abdominal**
 - Você sente **dor abdominal**? Por favor, indique o local.
 - Essa dor é localizada em um ponto ou se move?
 - Como a dor começou? Há quanto tempo você a sente?
 - A dor é constante ou intermitente? Ocorre antes ou após as refeições? A dor atinge um pico? Em que momento?
 - Como você descreveria a característica da dor: em cólica, queimação epigástrica, surda, como uma facada, ardente?

A **anorexia** é a perda do apetite em decorrência de uma doença gastrointestinal (GI), ou como efeito colateral de alguns medicamentos, da gravidez ou de transtornos psicológicos.

A **disfagia** ocorre com distúrbios envolvidos do a garganta ou o esôfago.

A **intolerância alimentar** (p. ex., deficiência de lactase, resultando em distensão abdominal e flatulência após a ingestão de derivados do leite).

A **pirose** (azia) consiste em uma sensação de queimação no esôfago e no estômago, devido ao refluxo gástrico.

Eructação (emissão de gases do estômago pela boca).

A dor abdominal pode ser **visceral**, originária em um órgão interno (incômoda, em geral mal localizada); **parietal**, por inflamação do peritônio sobrejacente (aguda, precisamente localizada, agravada pela movimentação); e **referida**, provocada por um problema em outro local (Tabela 21-2). Uma dor aguda necessitada de diagnóstico urgente é observada em casos de apendicite, colecistite, obstrução intestinal ou perfuração de órgão.

A dor é aliviada quando você se alimenta, ou piora após a refeição?

A dor está associada à menstruação ou irregularidades menstruais, estresse, excessos dietéticos, fadiga, náusea e vômito, gases, febre, sangramento retal, micção frequente, secreção vaginal ou peniana?

O que piora a dor: alimentos, posição, estresse, medicamento, atividade?

O que você já tentou fazer para aliviar a dor: repousar, compressa quente, mudar de posição, medicamento?

Náusea/vômito

Você sente náuseas ou vômitos? Com que frequência? Quanto é o débito? Coloração e aspecto? Tem odor?

O conteúdo do vômito é sanguinolento?

A náusea/vômito estão associados à cólica, diarreia, febre, calafrios?

Que alimentos você ingeriu nas últimas 24 horas? Em que local? Em casa, na escola, em um restaurante? Alguém mais da família tem apresentado os mesmos sintomas nas últimas 24 horas?

Hábitos intestinais

Qual a frequência da **evacuação**?

Qual a cor e consistência das fezes?

Você apresenta diarreia ou constipação? Há quanto tempo?

Houve alguma alteração recente dos hábitos intestinais?

Você usa laxantes? Quais? Com que frequência?

História abdominal progressa

Há alguma **história** de problemas gastrointestinais: úlcera, doença da vesícula biliar, hepatite/icterícia, apendicite, colite, hérnia?

Já fez alguma cirurgia abdominal? Descreva.

Houve alguma complicação pós-cirúrgica?

Já fez exames radiológicos abdominais? Quais foram os resultados?

Medicamentos

Quais **medicamentos** você está tomando atualmente?

Com relação a bebidas alcoólicas – quanto você diria que consome diariamente? E semanalmente? Qual foi a última vez em que você consumiu bebida alcoólica?

Com relação ao tabagismo – você fuma? Quantos maços por dia? Há quanto tempo?

Avaliação nutricional

Em relação à sua dieta, descreva todos os alimentos que você ingeriu ontem, começando pelo café da manhã.

Existem mercados de comidas saudáveis em sua vizinhança?

A dor crônica das úlceras gástricas usualmente ocorre mediante esvaziamento gástrico; a dor associada a úlceras duodenais se manifesta 2-3 horas após a refeição e é aliviada pela ingestão alimentar.

Náuseas/vômitos são efeitos colaterais comuns de muitos medicamentos e ocorrem em casos de doença GI e no início da gravidez.

A hematêmese ocorre em casos de úlcera gástrica ou duodenal e também em indivíduos com varizes esofágicas.

Considerar a possibilidade de intoxicação alimentar.

Avalie os padrões **intestinais habituais**.

Fezes negras podem estar alcatroadas devido à presença de sangue oculto (melena), devido à hemorragia digestiva ou não alcatroadas em decorrência da medicação à base de ferro. Pacientes com hepatite produzem fezes acinzentadas.

Sangue vermelho-vivo nas fezes ocorre na hemorragia digestiva ou por sangramentos localizados em torno do ânus.

A doença da úlcera péptica ocorre com frequência entre indivíduos que usam fármacos anti-inflamatórios não esteroidais (AINES), consomem bebidas alcoólicas, fumam e apresentam infecção por *Helicobacter pylori*.

A **avaliação nutricional** feita por meio da recordação das últimas 24 horas (consulte no Cap. 11 a discussão completa).

Muitas vizinhanças situadas no centro da cidade são “desertas” em termos de comida saudável, sendo repletas de restaurantes de *fast-food*.

Anamnese Complementar para Lactentes e Crianças

1. Você está amamentando seu bebê ou o bebê usa mamadeira? Caso utilize mamadeira, como o bebê tolera o leite?
2. Quais alimentos da tabela nutricional você introduziu? Como o lactente tolera os alimentos?
3. Com que frequência o bebê/criança se alimenta? Faz refeições regulares? Como você se sente em relação aos padrões alimentares de seu filho?
 - Por favor, descreva tudo que seu(sua) filho(a) comeu ontem, começando pelo café da manhã. Quais alimentos fazem parte dos lanches da criança?
 - A criança já ingeriu algo que não fosse comida: grama, barro, lascas de tinta?
4. A criança apresenta constipação? Há quanto tempo?
 - Quantas vezes ele(a) evacua por dia? E por semana?
 - Qual a ingestão de água e sucos na dieta?
 - A constipação parece estar associada ao treinamento higiênico?
 - O que você tentou fazer para tratar a constipação?
5. A criança apresenta dor abdominal? Por favor, descreva o que você percebeu e quando isso começou.
6. Para crianças com sobrepeso: Há quanto tempo o peso tem sido um problema?
 - Com que idade o sobrepeso foi detectado na criança pela primeira vez? Desde então, houve alguma mudança no padrão de dieta?
 - Descreva o padrão da dieta atual?
 - Outros familiares apresentam problema semelhante?
 - Como a criança se sente com relação ao seu próprio peso?

Considere um novo alimento como um possível alérgeno. Adicionar apenas um alimento novo de cada vez à dieta do bebê ajuda a identificar as alergias.

Padrões de alimentação irregulares são comuns e constituem uma fonte de ansiedade parental. Enquanto a criança apresentar crescimento e desenvolvimento normais e somente alimentos nutritivos estiverem sendo ofertados, os pais podem permanecer tranquilos.

Pica: embora uma criança em fase de engatinhar possa experimentar coisas que não sejam alimentos em algum momento, ao redor dos 2 anos de idade ela consegue identificar aquilo que é comestível.

Este sintoma é difícil de avaliar em crianças pequenas. Muitos quadros envolvendo sistemas orgânicos sem relação com o abdome associam-se à dor abdominal vaga (p. ex., cólica média). Crianças são incapazes de articular sintomas específicos e muitas vezes se concentram na "barriga". A dor abdominal acompanha inflamação intestinal, constipação, infecção no trato urinário e ansiedade.

Atividade física reduzida e práticas de marketing de alimentos contribuem para a atual epidemia de obesidade.

História familiar de obesidade.

Avalie a imagem corporal.

Anamnese Complementar para Adolescentes

1. O que você come nas refeições regulares? Você toma café da manhã? O que você come como lanche?
 - Quantas calorias você acha que consome?

Um adolescente passa a controlar a própria alimentação e pode rejeitar os valores familiares (p. ex., deixar de tomar o café da manhã, consumir alimentos do tipo *fast food*, refrigerantes). O único controle que os pais exercem é sobre os alimentos consumidos em casa.

É provável que você não consiga modificar os padrões de alimentação do adolescente, mas você pode muni-lo de informações nutricionais.

2. Qual é o seu padrão de exercícios?

3. Se o peso estiver abaixo das necessidades corporais: Quanto você perdeu? Em decorrência de dieta, exercícios ou de que forma?

- Como você se sente? Cansado, com fome? Como você vê seu corpo?
- Qual é o seu padrão de atividade?
- A perda de peso está associada a alguma outra alteração corporal, como irregularidade menstrual?
- O que seus pais dizem a respeito da sua alimentação? E seus amigos?

Anamnese Complementar para o Idoso

1. Como você adquire gêneros alimentícios e prepara suas refeições?

2. Você faz as refeições sozinho(a) ou na companhia de outras pessoas?

3. Por favor, descreva o que você comeu ontem, começando pelo café da manhã.

- Você tem algum problema para ingerir estes alimentos?
- O que você faz logo após a refeição: caminha, tira um cochilo?

4. Com que frequência evacua?

- Se a pessoa relatar constipação: O que você quer dizer com "constipação"? Quanto líquido contém a sua dieta? E quanto há de massa ou fibra?
- Você toma alguma coisa para melhorar a constipação, como laxantes? Quais? Com que frequência?
- Que medicações você toma?

Meninos necessitam em média de 4.000 cal/dia para manter o peso; mais calorias são necessárias quando se deseja praticar exercícios. Meninas apresentam uma necessidade calórica 20% menor e requerem a mesma quantidade de nutrientes que os meninos. Os alimentos do tipo *fast food* são ricos em gordura, calorias e sal, mas não contêm fibras.

Submeta à triagem qualquer menina adolescente extremamente magra, a fim de detectar uma possível **anorexia nervosa**. Essa condição é um grave distúrbio psicológico que envolve perda do apetite, inanição voluntária e uma severa perda de peso. Uma pessoa afetada pode amplificar a perda de peso, provocando vômitos autoinduzidos e usando laxantes.

A negação dessas sensações é comum. Ainda que esteja magra, essa pessoa insiste que parece gorda, "horrível". A imagem corporal é distorcida.

O anorético pode praticar exercícios e atividades saudáveis, mas costuma ser hiperativo.

A amenorreia é comum em casos de anorexia nervosa.

Trata-se de um problema familiar, que envolve aspectos relacionados ao controle. Qualquer pessoa que esteja em risco deve ser encaminhada ao médico ou ao psicólogo.

Avalie o risco de déficit nutricional: acesso limitado ao supermercado, receita ou instalações de cozinha; incapacitação física (comprometimento visual, mobilidade reduzida, força diminuída, déficit neurológico).

Avalie o risco de déficit nutricional, caso a pessoa viva sozinha; pode não se interessar em preparar refeições; isolamento social; depressão.

OBSERVAÇÃO: A memória das últimas 24 horas pode não ser suficiente porque o padrão diário pode variar. Tente fazer um diário da ingestão alimentar ao longo de um período de 1 semana. O padrão alimentar pode diferir ao longo do mês, se a receita mensal (p. ex., cheque do seguro social) acabar.

Considere os efeitos colaterais GI (p. ex., náusea, dor de estômago, anorexia, boca seca).

DADOS OBJETIVOS

PREPARAÇÃO

A iluminação deve incluir uma luz forte de cima para baixo e um foco secundário. Exponha o abdome, de modo a visualizá-lo totalmente. Cubra a genitália e as mamas femininas.

- As medidas listadas a seguir irão intensificar o relaxamento da parede abdominal:
- O paciente deve ter esvaziado a bexiga, exceto se for necessária uma amostra de urina.
 - Mantenha o quarto aquecido para evitar o resfriamento e tensionamento muscular.
 - Posicione o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça sobre o travesseiro, os joelhos dobrados ou sobre um travesseiro, e os braços ao lado do corpo ou cruzados sobre o tórax. (Observação: Impeça o paciente de posicionar os braços sobre a cabeça, porque isso irá tensionar a musculatura abdominal.)
 - Para evitar a tensão abdominal, o diafragma do estetoscópio deve estar aquecido, suas mãos devem estar aquecidas e as unhas dos dedos das mãos devem estar bem aparadas (curtas).
 - Investigue quaisquer áreas dolorosas. Deixe para examinar as áreas desse tipo por último, a fim de evitar defesa muscular.
 - Por fim, aprenda a fazer uso da distração: Intensifique o relaxamento muscular com exercícios de respiração; apelos emotivos; sua voz lenta e suave; encoraje uma conversa sobre a história dos problemas abdominais, enquanto você realiza a palpação.

EQUIPAMENTO NECESSÁRIO

Estetoscópio
 Régua pequena com escala em centímetros
 Caneta para marcação da pele
 Swab com álcool (para limpar o diafragma do estetoscópio)

Padrões de Normalidade

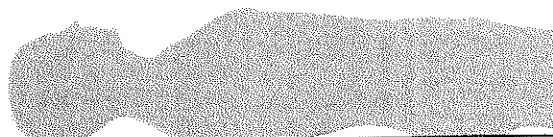
INSPECIONE O ABDOME

Contorno

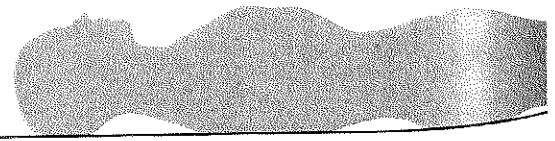
Posicione-se de pé e à direita do indivíduo e inspecione o abdome. Em seguida, incline-se para frente ou sente-se para olhar o abdome de lado a lado. Sua cabeça deve estar em uma posição discretamente acima deste. Determine o perfil desde a margem da costela até o osso púbico. O contorno descreve o *status* nutricional e normalmente varia de achatado a arredondado (Fig. 21-7).

Achados Anormais

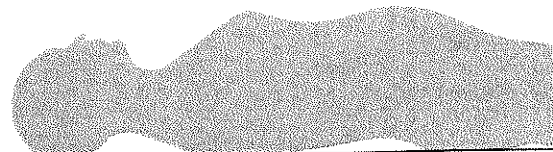
O abdome escavado cede à pressão
 Abdome protuberante, distensão abdominal
 (Tabela 21-1, Distensão Abdominal, p. 557-558)



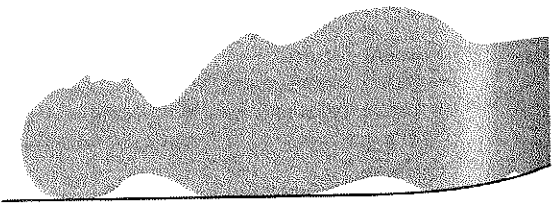
Plano



Escafoide



Globoso

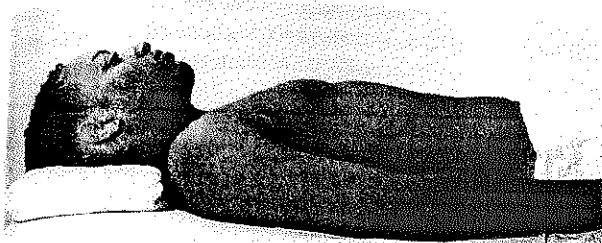


Saliente

Padrões de Normalidade

Simetria

Com um foco de luz, ilumine perpendicularmente o abdome e, depois, paralelamente ao corpo do indivíduo, inspecione o abdome de ambos os lados, para verificar a simetria. O abdome deve ser bilateralmente simétrico (Fig. 21-8). Observe abaulamento, massa visível ou formato assimétrico. Até mesmo pequenas saliências são destacadas pelo sombreado. Coloque-se no pé da mesa de exames, a fim de checar a simetria novamente.



21-8

Peça à pessoa para respirar profundamente, destacando melhor qualquer alteração. O abdome deve estar liso e simétrico. Alternativamente, solicite à pessoa para sentar-se e levantar-se sem auxílio das mãos.

Umbigo

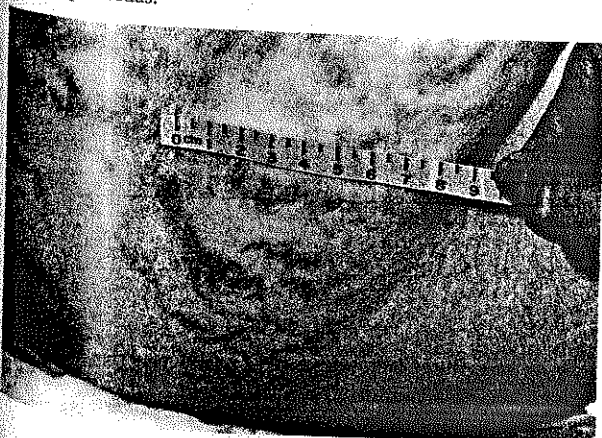
Normalmente, situa-se na linha média e em posição invertida, sem apresentar sinais de descoloração, inflamação ou hérnia. Com a gravidez, o umbigo pode ficar invertido ou destacado.

O umbigo é um local comumente utilizado para colocação de *piercings* em mulheres jovens. A área não deve apresentar vermelhidão nem crostas.

Pele

A superfície é lisa e uniforme, apresentando coloração homogênea. Esta é uma área apropriada para avaliar a pigmentação, pois costuma ficar protegida do sol.

Uma alteração pigmentar comum são as *estrias* (*lineae albicantes*) – marcas branco-acinzentadas, lineares, com cerca de 1-6 cm de comprimento (Fig. 21-9). Ocorrem quando as fibras elásticas presentes na camada reticular da pele são rompidas após um estiramento rápido ou prolongado, como ocorre na gravidez ou no ganho de peso excessivo. As estrias recentes são cor-de-rosa ou azuis, e posteriormente se tornam branco-prateadas.



21-9 Estrias

Achados Anormais

Abaulamentos, massas.

Hérnia – protrusão das vísceras abdominais através de uma abertura anormal na parede muscular (Tabela 21-3. Anormalidades à Inspeção, p. 560).

Observe a existência de abaulamentos localizados.

Podem aparecer hérnia, hepatomegalia e esplenomegalia.

Evertido na ascite ou quando há massas subjacentes (Tabela 21-1).

Profundamente deprimido na obesidade.

Aumentado ou evertido na presença de uma hérnia umbilical.

A região periumbilical adquire uma cor azulada (ainda que raramente) em casos de sangramento intra-abdominal (sinal de Cullen).

Vermelhidão com inflamação localizada.

Icterícia (mais bem observada sob a luz natural do dia).

Pele distendida e brilhosa, na presença de ascite.

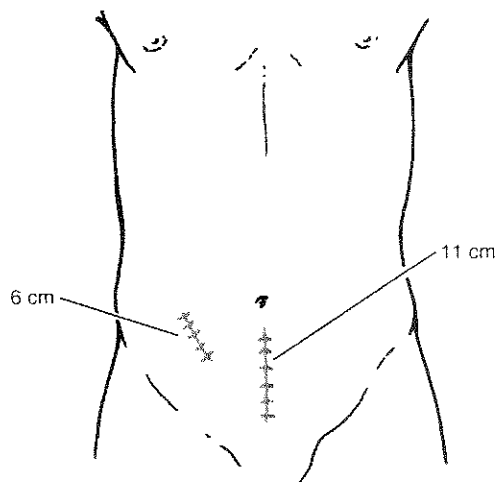
As estrias também aparecem quando há formação de ascite.

As estrias adquirem uma cor roxo-azulada na síndrome de Cushing (o excesso de hormônio adrenocortical torna a pele frágil e facilmente rompível mediante um estiramento normal).

Padrões de Normalidade

Nevos pigmentados – áreas maculares ou papulares, de cor marrom e circunscritas – são comuns no abdome.

Normalmente, não há nenhuma lesão, embora você possa notar a existência de cicatrizes cirúrgicas bem resolvidas. Caso haja alguma cicatriz, desenhe sua localização nos registros do paciente, indicando seu comprimento em centímetros (Fig. 21-10). (Observação: Menos frequentemente, o paciente pode esquecer de mencionar uma cirurgia antiga ao relatar sua história. Se você notar alguma cicatriz nesse momento, pergunte a ele(a) sobre isto.) Uma cicatriz deve alertá-lo sobre a possível existência de adesões subjacentes e de tecido fibroso excessivo.



21-10

As veias geralmente não são observadas, porém uma delgada rede venosa pode ser visível em indivíduos magros.

O turgor cutâneo adequado reflete uma nutrição saudável. Pince delicadamente uma dobra da pele e, em seguida, a libere para observar o imediato retorno da pele à posição original.

Pulsação ou Movimento

Normalmente, você vê as pulsações da aorta, sob a pele da região epigástrica, em particular em pessoas magras com bom nível de relaxamento da parede muscular. O movimento respiratório também é visível no abdome, sobretudo nos homens. Por fim, ondas de peristaltismo às vezes são visíveis em pessoas muito magras. Elas ondulam lenta e obliquamente através do abdome.

Distribuição de Pelos

O padrão de crescimento dos pelos pubianos normalmente apresenta um formato de diamante em homens adultos e um formato de triângulo invertido em mulheres adultas (Caps. 24 e 26).

Achados Anormais

Coloração incomum ou alteração do formato do nevo (Cap. 12).
Petéquias.

Angiomas cutâneos (angioma arachneiforme) ocorrem em casos de hipertensão portal ou doença hepática.

Lesões, erupções (Cap. 12).

Adesões subjacentes são bordas inflamatórias que conectam lados opostos de superfícies serosas após traumatismos ou cirurgias.

Veias proeminentes e dilatadas são observadas em casos de hipertensão portal, cirrose, ascite ou obstrução da veia cava. A desnutrição torna as veias mais visíveis, como resultado do adelgaçamento do tecido adiposo.

O turgor precário ocorre com a desidratação, que frequentemente acompanha a doença GI.

Uma pulsação aórtica acentuada ocorre quando a pressão de pulsação aumenta (p. ex., hipertensão, insuficiência aórtica, tireotoxicose) e em caso de aneurisma aórtico.

Um peristaltismo visível marcante, aliado à distensão do abdome, indica obstrução intestinal.

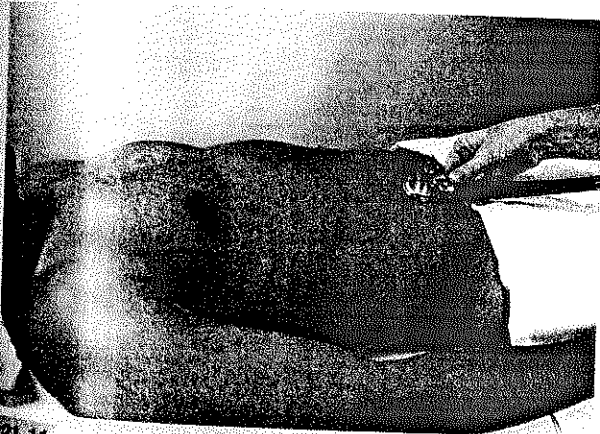
Os padrões são alterados por anormalidades endócrinas ou hormonais, doença hepática crônica.

Padrões de Normalidade**Postura**

Uma pessoa que se sente confortável permanece tranquilamente relaxada sobre a mesa de exames, apresenta uma expressão facial tranquila e respirações lentas e uniformes.

AUSCULTE OS RUIDOS INTESTINAIS E VASCULARES

Seguindo a sequência habitual do exame físico abdominal, a ausculta é o próximo passo propedêutico a ser realizado. Você deve fazer isso porque a percussão e a palpação podem aumentar o peristaltismo e, assim, fornecer uma falsa interpretação dos ruídos intestinais. Use o diafragma do estetoscópio, pois os ruídos intestinais são relativamente agudos. Mantenha o estetoscópio levemente pressionado sobre a pele; comprimi-lo em demasia pode estimular ainda mais esses ruídos (Fig. 21-11). Comece pelo QID, na área da válvula ileocecal, uma vez que, normalmente, os ruídos intestinais estão sempre presentes neste local.



21-11

Ruídos Intestinais

Observe a característica e a frequência dos ruídos intestinais. Esses sons são produzidos pela movimentação de ar e líquidos através do intestino delgado. Dependendo do tempo decorrido desde a última refeição, uma ampla variedade de ruídos normais pode ser produzida. Os ruídos intestinais tem uma tonalidade aguda, gorgolejante, em cascata, e ocorrem de forma irregular, com uma frequência entre 5-30 vezes por minuto. Não há necessidade de contabilizá-los, apenas avalie se os sons são normais, hipo ou hiperativos.

Um dos tipos de ruídos intestinais hiperativos é bastante comum. Trata-se do hiperperistaltismo, que é sentido quando o "estômago ronca" – denominado **borborigmo**. Um abdome perfeitamente "silencioso" é raro; é preciso auscultar por 5 minutos, contados no relógio, antes de afirmar a ausência completa dos ruídos intestinais.

Achados Anormais

A agitação e a movimentação constante em busca de conforto são observadas quando há dor de cólica associada à gastroenterite ou obstrução intestinal.

A absoluta imobilidade com resistência a qualquer movimento é observada quando há dor associada à peritonite.

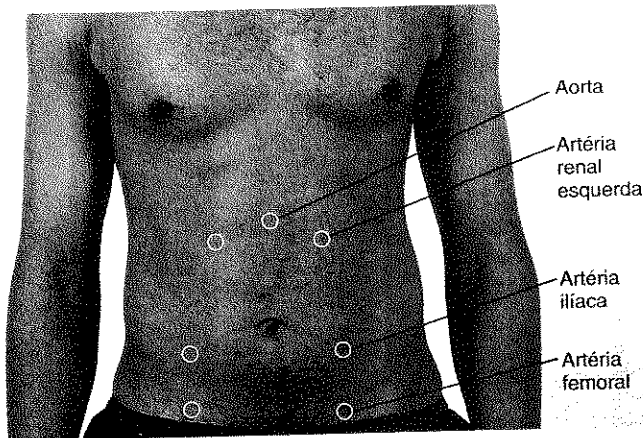
A flexão dos joelhos para cima, caretas faciais e respirações rápidas e irregulares também indicam que o indivíduo sente dor.

Existem dois padrões distintos de ruídos intestinais:

1. **Sons hiperativos**, que são altos, fortes, céleres e em tinidos, e sinalizam o aumento da mobilidade.
2. **Sons hipoativos ou ausentes**, subsequentes à cirurgia abdominal ou em virtude de inflamação do peritônio (Tabela 21-4, Sons Intestinais Anormais, p. 561).

Padrões de Normalidade**Ruídos Vasculares**

Ao auscultar o abdome, observe a presença de ruídos vasculares ou **sopros**. Exercendo uma compressão mais firme, examine as regiões sobre a aorta e as artérias renais, ilíacas e femorais, especialmente em pacientes com hipertensão (Fig. 21-12). Usualmente, nenhum som é detectado. Entretanto, um pequeno número de indivíduos saudáveis (em geral com menos de 40 anos de idade) pode apresentar um ruído normal, que se origina a partir do tronco celiaco.³⁰ Trata-se de um som sistólico, de altura baixa a moderada, e auscultado entre o processo xifoide e o umbigo.



21-12

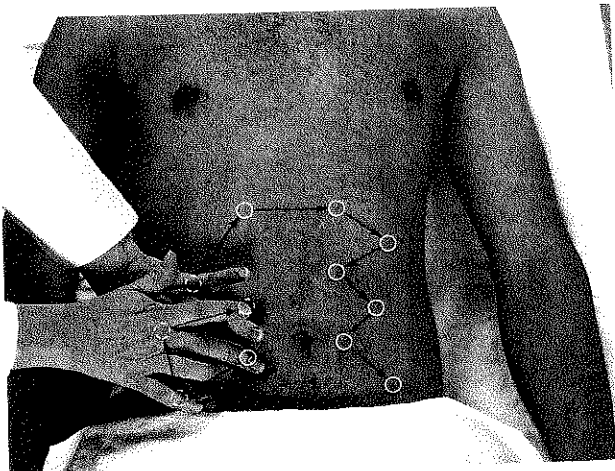
Dados Objetivos

PERCUSSÃO TIMPÂNICA GERAL, EXTENSÃO HEPÁTICA E MACICEZ ESPLÊNICA

Percuta para avaliar a densidade relativa de conteúdos abdominais, localizar órgãos e detectar a presença de possíveis massas ou líquidos anormais.

Timpanismo Geral

Primeiramente, faça uma percussão suave nos quatro quadrantes, para determinar a quantidade de timpanismo e macicez existente (Fig. 21-13). Siga a sequência do exame no sentido horário. O timpanismo deve predominar, pois o ar intestinal sobe para a superfície quando a pessoa está em decúbito dorsal.



21-13

Achados Anormais

Observe a localização, a tonalidade e ritmo dos ruídos vasculares.

Um sopro sistólico consiste em som soprado e pulsátil, que ocorre em casos de estenose ou oclusão arterial.

O sopro venoso e o atrito peritoneal são raros (Tabela 21-5, Atritos e Sons Vasculares, p. 562).

A macicez ocorre sobre a bexiga distendida, tecido adiposo, líquidos ou massas.

O hipertimpanismo está presente quando há distensão gasosa.

Padrões de Normalidade

Extensão Hepática

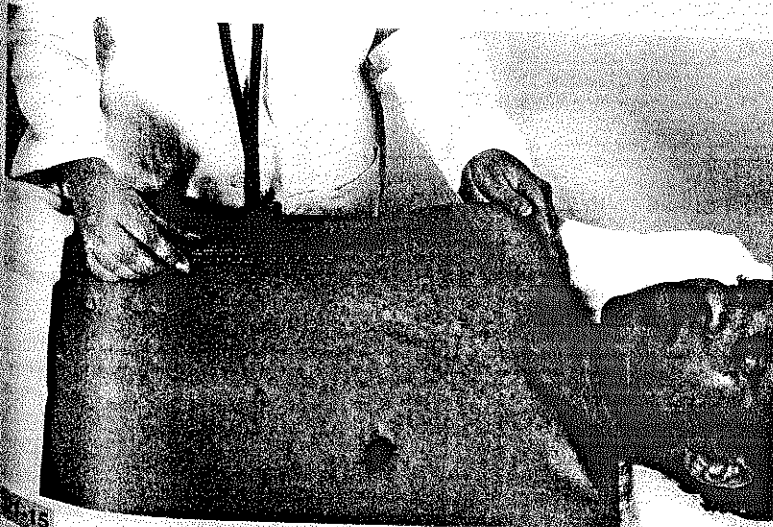
Em seguida, percute para mapear os limites de determinados órgãos. Determine a altura do fígado na linha hemiclavicular direita. (Para uma localização confiável da linha hemiclavicular, lembre-se de palpar as articulações acromioclavicular e esternoclavicular, e considere a linha que passa no meio caminho entre as duas.)

Inicie na região de som claro pulmonar e faça a percussão descendo pelos espaços intercostais, até o som assumir uma qualidade maciça (Fig. 21-14). Marque o local, que usualmente corresponde ao quinto espaço intercostal. Em seguida, encontre o timpanismo abdominal e percute a linha hemiclavicular no sentido cefálico. Marque a região onde o som muda de timpânico para maciço, geralmente no rebordo costal direito.



21-14

Determine a distância entre as duas marcas. A extensão hepática normal de um adulto varia de 6 a 12 cm (Fig. 21-15). A altura do fígado está relacionada com a altura do indivíduo: pessoas mais altas possuem fígado maior. Do mesmo modo, o fígado masculino possui uma extensão maior do que a de mulheres da mesma altura. Em geral, o fígado mede 10,5 cm nos homens e 7 cm nas mulheres.



21-15

Achados Anormais

Uma amplitude hepática aumentada indica aumento do fígado, ou **hepatomegalia**.

A detecção precisa das bordas do fígado é confundida pela macicez que ocorre acima do quinto espaço intercostal em casos de doença pulmonar (p. ex., consolidação ou derrame pleural). A detecção exata da borda inferior é confundida quando a macicez é deslocada para cima por uma ascite ou gravidez, ou nas distensões gasosas de cólon, que ofuscam a borda inferior.

Padrões de Normalidade

Uma possível variação é observada em pacientes com enfisema crônico, em que o fígado é deslocado para baixo pelos pulmões hiperinflados. Embora seja possível ouvir um som maciço bem abaixo do rebordo costal direito, o tamanho global do fígado é mantido nos limites da normalidade.

A estimativa clínica do tamanho do fígado busca detectar a presença de hepatomegalia e monitorar alterações na dimensão hepática. Entretanto, esta medida é apenas uma estimativa grosseira; o tamanho pode ser subestimado em virtude da detecção imprecisa do limite superior.

Teste de Escarificação. Embora seja tradicionalmente ensinada, essa técnica não atua identificando a borda hepática, sendo utilizado um som repetitivo produzido pelas unhas dos dedos da sua mão percorrendo a região abdominal. Diante da amplificação do som no estetoscópio, pensava-se que estaria sendo definida a borda inferior do fígado. Entretanto, evidências mostraram que não existe nenhuma correlação entre a borda do fígado determinada pela ausculta das escarificações e a verdadeira borda do fígado determinada por ultrassonografia.^{30,45}

Macicez Esplênica

Frequentemente, o baço fica escondido pelo conteúdo estomacal, mas é possível localizá-lo pela percussão da macicez entre o nono e o 11º espaço intercostais, logo atrás da linha hemiaxilar esquerda (Fig. 21-16). A área de macicez esplênica normalmente não ultrapassa 7 cm no adulto, e não deve interpor-se ao timpanismo normal observado sobre a bolha de ar gástrica.



21-16

Percuta, agora, o espaço intercostal inferior, na linha axilar *anterior* esquerda. O resultado deve ser um timpanismo. Solicite à pessoa para respirar profundamente. Na situação normal, o timpanismo permanece ao longo de uma inspiração completa.

Achados Anormais

Uma nota de percussão à frente da linha hemiclavicular indica a existência de aumento de tamanho do baço, como ocorre em casos de mononucleose, trauma e infecção.

Neste local, a linha axilar *anterior*, uma alteração da percussão timpânica para macicez na inspiração profunda constitui um **sinal de percussão esplênica positivo**, indicativo de esplenomegalia. Este método irá detectar esplenomegalia leve a moderada; antes do exame, o baço se tornar palpável, como ocorre na mononucleose, malária ou cirrose hepática.

Padrões de Normalidade**Hipersensibilidade do Ângulo Costovertebral**

A percussão indireta faz com que os tecidos vibrem em vez de produzirem um som. Para avaliar o rim, coloque uma das mãos sobre a 12ª costela, no ângulo costovertebral sobre a região dorsal (Fig. 21-17). Golpeie essa mão com a borda ulnar do punho da mão oposta. A pessoa normalmente sente uma pancada, mas não relata queixa algica. (Embora essa etapa seja explicada juntamente com as técnicas de percussão, sua sequência habitual no exame completo é executada na avaliação do tórax, com a pessoa sentada e você em pé atrás dela.)



21-17

Procedimentos Especiais

Eventualmente, você pode suspeitar que uma pessoa tenha ascite (líquido livre na cavidade peritoneal). Ao perceber distensão abdominal, abaulamento em flancos e uma protrusão ou deslocamento para baixo da cicatriz umbilical. Você pode diferenciar uma ascite de uma distensão gasosa realizando dois testes de percussão.

Piparote. Primeiramente, realize um teste de piparote, ficando de pé à direita do indivíduo. Posicione a borda ulnar do punho da mão de um outro examinador ou a própria mão do indivíduo firmemente sobre a linha média abdominal (Fig. 21-18). Isso interrompe a transmissão do golpe através da pele. Coloque sua mão esquerda no flanco direito do examinado. Com a mão direita, alcance o outro lado do abdome e promova um golpe firme no flanco esquerdo.



21-18 Sinal de piparote.

Achados Anormais

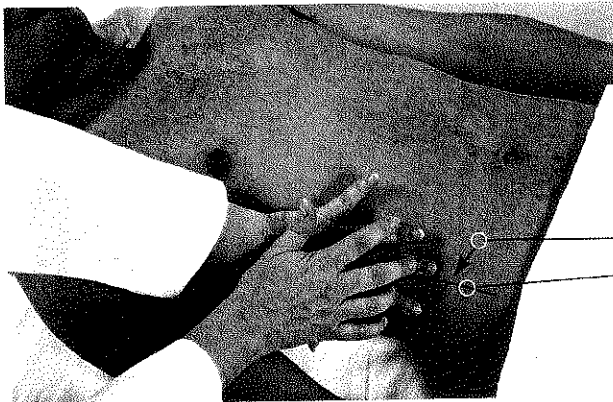
Uma dor aguda acompanha a inflamação no rim ou na área paranéfrica.

Há formação de ascite em casos de insuficiência cardíaca, hipertensão portal, cirrose, hepatite, pancreatite e câncer.

Padrões de Normalidade

Se houver ascite, o golpe irá gerar uma onda líquida através do abdome e você sentirá um golpe diferente em sua mão esquerda. Se o abdome estiver distendido devido à presença de gases ou tecido adiposo, você não sentirá nenhuma alteração.

Macicez Móvel. O segundo teste para ascite consiste em fazer a percussão para detectar uma **macicez móvel**. Quando o indivíduo está em posição de decúbito dorsal, o líquido ascítico se deposita nos flancos por ação da gravidade, deslocando para cima o intestino cheio de ar. Você ouvirá um som timpânico percutir o topo do abdome, pois as alças intestinais repletas de gases estarão flutuando sobre o líquido (Fig. 21-19). Em seguida, percute descendo para a lateral do abdome. Se houver líquido, o som mudará de timpânico para maciço, conforme você for atingindo sua localização. Marque esse local.



21-19

Agora, posicione o indivíduo em decúbito lateral direito (na sua direção) (Fig. 21-20). O líquido gravitará para o lado pendente (neste caso, o direito), deslocando para cima as alças intestinais mais leves. Inicie a percussão na região superior do abdome e vá descendo. O som muda de timpânico para um som maciço conforme você vai atingindo a localização do líquido, contudo desta vez o nível de macicez será mais alto, para cima da cicatriz umbilical. A **macicez móvel** indica a existência de líquido.



21-20

Achados Anormais

Um teste de onda líquida positivo ocorre na presença de grandes quantidades de líquido ascítico.

A macicez móvel é positiva diante da existência de um grande volume de líquido ascítico não detectável em volumes inferiores a 500 ml de líquido.

Padrões de Normalidade

Ambos os testes, piparote e de maciez móvel, não são totalmente confiáveis. O exame de ultrassonografia constitui a ferramenta diagnóstica definitiva.

Achados Anormais**PALPAÇÃO DAS REGIÕES SUPERFICIAIS E PROFUNDAS**

Proceda à palpação para avaliar o tamanho, a localização e a consistência de determinados órgãos e verificar a presença de massas ou sensibilidade anormal. Revise as medidas promotoras de conforto, na página 536. Uma vez que maioria das pessoas tende naturalmente a proteger o abdome, é preciso adotar medidas adicionais para garantir um completo relaxamento muscular.

1. Dobre os joelhos do indivíduo.
2. Mantenha a sua mão que realiza a palpação mais baixa e paralela ao abdome. Manter sua mão em posição elevada e apontando para baixo fará qualquer um ficar tenso.
3. Ensine à pessoa a respirar lentamente (inspirando através do nariz e expirando pela boca).
4. Mantenha seu próprio tom de voz baixo e suave. A conversa pode relaxar o indivíduo.
5. Tente "apelos emotivos". Diga, por exemplo, "Agora, quero que você se imagine cochilando em uma praia, com o sol aquecendo seus músculos e o som das ondas embalando seu sono. Permita-se relaxar".
6. Se a pessoa for muito sensível, mantenha a mão dela sob a sua mão, com seus dedos entrelaçados aos dela. Mova ambas as mãos conforme você realiza a palpação. As pessoas não provocam cócegas em si mesmas.
7. Uma outra alternativa é realizar a palpação imediatamente após a ausculta. Mantenha o estetoscópio no local e coloque seus dedos em torno dele, palpando enquanto você simula uma ausculta. As pessoas não consideram o estetoscópio como uma fonte de cócegas. Você pode retirar o estetoscópio quando a pessoa se acostumar a ser tocada.

Palpação Leve e Profunda

Inicie com uma **palpação superficial**. Com auxílio dos quatro primeiros dedos unidos, comprima a pele em cerca de 1 cm (Fig. 21-21). Faça movimentos rotatórios suaves, deslizando os dedos e a pele juntos. Em seguida, levante os dedos (não os arraste) e os movimente em sentido horário até o próximo ponto do abdome. O objetivo dessa manobra não é procurar órgãos, e sim formar uma impressão geral acerca da superfície da pele e da musculatura superficial. Deixe para examinar por último as regiões identificadas como dolorosas. Este método evita a dor e a consequente rigidez muscular que poderiam dificultar a palpação profunda durante o exame.

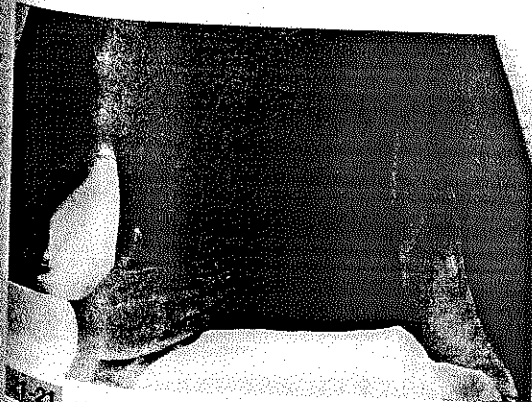


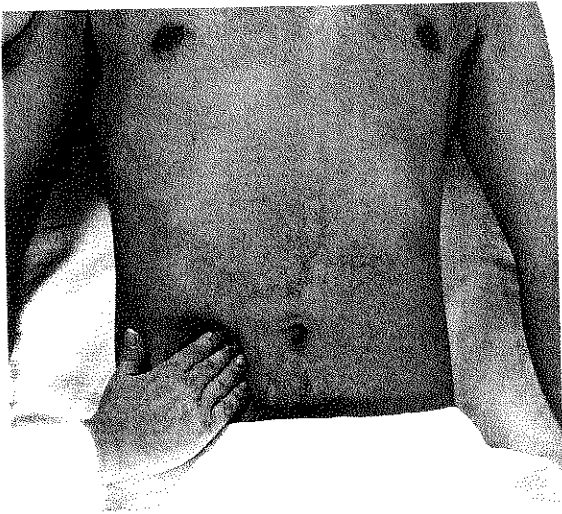
Fig. 21-21

Defesa muscular.
Rigidez.
Grandes massas.
Hipersensibilidade.

Padrões de Normalidade

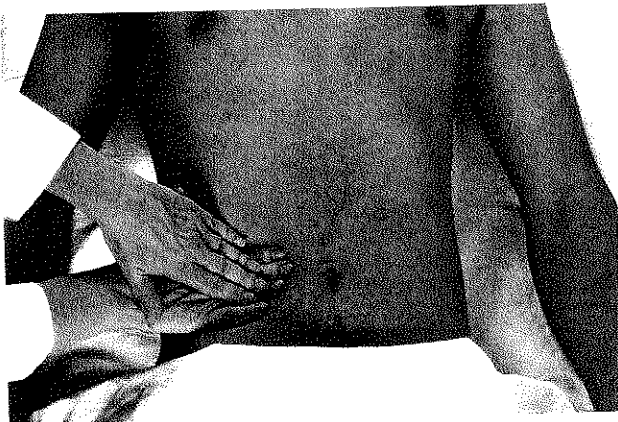
Ao examinar o abdome no sentido horário, faça a discriminação entre a defesa voluntária da rigidez involuntária. A **defesa voluntária** ocorre quando a pessoa sente frio, está tensa ou é sensível (sente cócegas). É bilateral e você sentirá os músculos relaxarem levemente durante a expiração. Empregue medidas de relaxamento para tentar eliminar esse tipo de defesa, que irá interferir na palpção profunda. Se a rigidez persistir, provavelmente é involuntária.

Agora, execute a **palpção profunda** utilizando a mesma técnica descrita anteriormente, porém comprimindo o abdome cerca de 5-8 cm (2-3 polegadas) (Fig. 21-22). Movendo-se no sentido horário, explore todo o abdome.



21-22

Para superar a resistência de um abdome muito grande ou obeso, use a técnica bimanual. Coloque suas duas mãos uma sobre a outra (Fig. 21-23). A mão que está por cima executa o movimento de compressão; a de baixo fica relaxada e pode concentrar-se no sentido da palpção. Ao utilizar qualquer uma das técnicas, observe a localização, o tamanho, a consistência e a mobilidade de quaisquer órgãos palpáveis, bem como a presença de qualquer aumento anormal, hipersensibilidade ou massas.



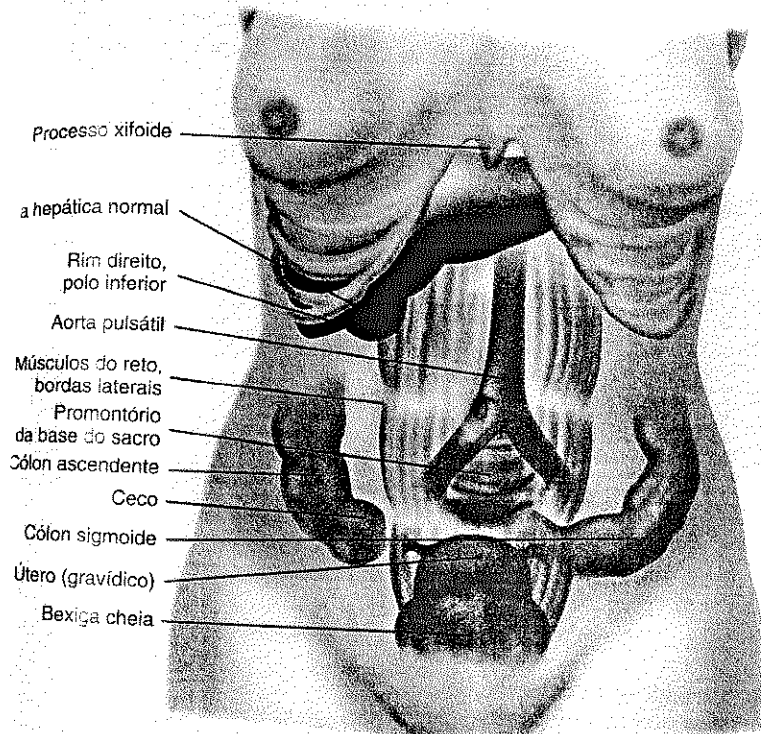
21-23

Achados Anormais

A rigidez involuntária consiste em um enrijecimento muscular constante e semelhante à firmeza de uma tábua. Trata-se de um mecanismo protetor que acompanha a inflamação aguda do peritônio. Pode ser unilateral, e a mesma área usualmente se torna dolorosa quando a pessoa aumenta a pressão intra-abdominal ao tentar erguer-se para sentar-se.

Padrões de Normalidade

Dar sentido ao que você está percebendo é mais difícil do que parece. Examinadores inexperientes queixam-se de que “a região abdominal passa a mesma sensação”, como se passassem a mão em uma almofada macia de sofá. Isto ajuda a memorizar a anatomia e a visualizar o que está sob cada quadrante conforme você palpa. Lembre-se ainda de que algumas estruturas normalmente são palpáveis, como ilustra a Fig. 21-24.

Achados Anormais

ESTRUTURAS NORMALMENTE PALPÁVEIS

21-24

Na palpação do cólon sigmoide, é normal detectar uma discreta hipersensibilidade. Qualquer outro aumento da sensibilidade deve ser investigado.

Se você identificar a presença de uma massa, primeiro a diferencie de uma estrutura normalmente palpável ou de uma visceromegalia. Em seguida, atente para as seguintes características:

1. Localização
2. Tamanho
3. Formato
4. Consistência (mole, firme, dura)
5. Superfície (lisa, nodular)
6. Mobilidade (incluindo movimentos que acompanham a respiração)
7. Pulsatibilidade
8. Hipersensibilidade

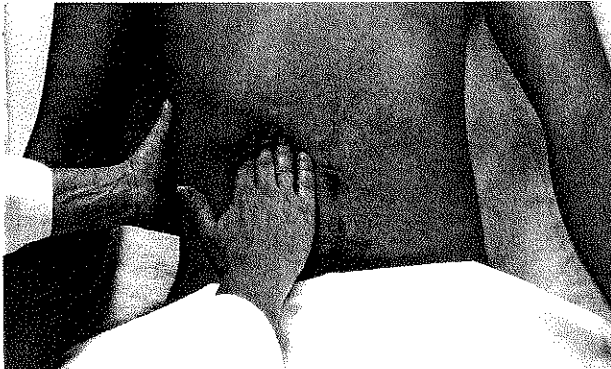
A palpação dolorosa ocorre quando há inflamação local, peritonite e aumento de algum órgão com distensão de sua cápsula.

Padrões de Normalidade**Achados Anormais****Fígado**

A seguir, palpe órgãos específicos, a começar pelo fígado no QSD (Fig. 21-25). Coloque sua mão esquerda sob a região dorsal do indivíduo, paralelamente à 11ª e à 12ª costela, e eleve-a para apoiar os conteúdos abdominais. Coloque sua mão direita sobre o QSD, com os dedos paralelos à linha média. Faça um compressão abaixo do rebordo costal direito. Solicite que o indivíduo respire profundamente. A cada expiração, mova 1-2 cm para cima a mão com que você está fazendo a palpação. É normal sentir a borda do fígado se chocar contra as pontas dos seus dedos conforme o diafragma a empurra para baixo durante a inspiração. A sensação é de uma borda firme e regular. Com muita frequência, o fígado é impalpável e você não sentirá qualquer estrutura firme.

Salvo em situações de depressão do diafragma, a palpação do fígado além de 1-2 cm do rebordo costal direito indica que o mesmo está aumentado. Registre o número de centímetros abaixo do rebordo e observe sua consistência (duro, nodular) e sensibilidade (Tabela 21-6, Palpação de Órgãos Aumentados, pp. 562-563).

Dados Objetivos



21-25

Técnica da “Mão em Garra”. Um método alternativo para palpar o fígado consiste em permanecer em pé, próximo ao ombro do paciente, e girar seu corpo para a direita de modo a voltar a face para os pés do paciente (Fig. 21-26). Coloque a “mão em garra” com os dedos por baixo do rebordo costal, de baixo para cima. Solicite uma inspiração profunda. Tente palpar a borda do fígado por debaixo das pontas dos seus dedos.



21-26

Padrões de Normalidade

Achados Anormais

Baço

Normalmente, o baço não é palpável, e para ser palpado deve estar três vezes maior do que seu tamanho normal. Para procurá-lo, leve sua mão esquerda sobre o abdome e por trás do lado esquerdo, até a 11ª e a 12ª costela (Fig. 21-27, A). Faça força para cima para apoiar-se. Coloque sua mão direita obliquamente sobre o QSE, com os dedos apontando na direção da axila esquerda e abaixo do rebordo costal. Faça uma compressão profunda para baixo e sob o rebordo costal esquerdo, solicitando à pessoa para inspirar profundamente. Você não deve sentir nenhuma estrutura firme.



B

21-27

Quando o baço está aumentado, ele desliza e colide com as pontas dos seus dedos. Esse órgão pode aumentar tanto que estende para os quadrantes inferiores. Havendo suspeita dessa condição, inicie a palpação bem abaixo, para não deixar de percebê-lo. Uma posição alternativa consiste no decúbito lateral direito, deslocando o baço mais para frente e para baixo (Fig. 21-27, B). Em seguida, faça a palpação conforme descrito anteriormente.

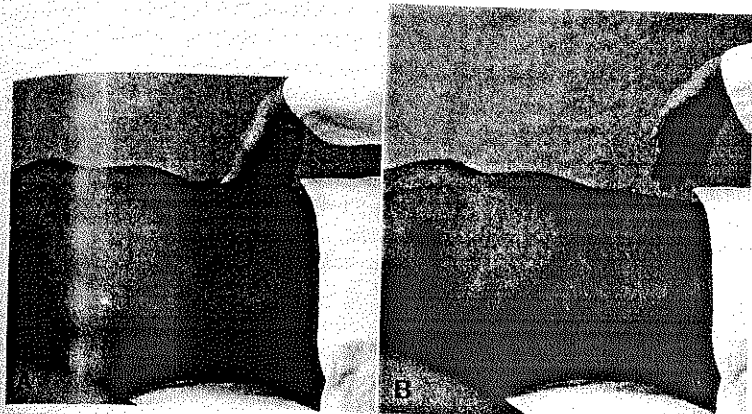
A esplenomegalia está presente em situações como mononucleose, traumatismo, leucemias e linfomas (Tabela 21-6). Se você sentir um baço aumentado, encaminhe o paciente e não continue a palpação. Um baço aumentado é frível e pode se romper facilmente com uma palpação excessiva.

Descreva em centímetros o quanto o órgão avança abaixo do rebordo costal esquerdo.

Padrões de Normalidade

Procedimentos Especiais para Prática Avançada

Descompressão Dolorosa (Sinal de Blumberg). Avalie a presença de descompressão dolorosa quando a pessoa referir dor abdominal ou quando você desencadear hipersensibilidade durante a palpação. Escolha um local afastado da área dolorosa. Mantenha sua mão posicionada em 90 graus (perpendicular) em relação ao abdome. Comprima o abdome lenta e profundamente (Fig. 21-30, A); em seguida, libere a mão rapidamente (Fig. 21-30, B). Isto faz com que as estruturas comprimidas pela palpação sejam descomprimidas subitamente. Uma resposta normal (ou negativa) é a ausência de dor mediante a liberação da pressão. Esse teste deve ser realizado ao final do exame, porque pode causar dor severa e rigidez muscular.



21-30 Descompressão dolorosa.

Parada Inspiratória (Sinal de Murphy). Normalmente, a palpação do fígado não causa dor. Ao contrário, em uma pessoa com inflamação na vesícula biliar (colecistite), essa palpação é dolorosa. Mantenha seus dedos sob o rebordo hepático, solicitando uma respiração profunda. Uma resposta normal consiste em concluir a respiração profunda sem sentir dor. (É observado que este sinal é menos preciso em pacientes com mais de 60 anos de idade, pois evidências mostram que 25% desses indivíduos não apresentam nenhuma sensibilidade abdominal.³⁰)

Teste do Músculo Iliopsoas. Faça o teste do músculo iliopsoas quando houver suspeita de dor abdominal aguda associada à apendicite. Com o paciente em decúbito dorsal, eleve a perna direita reta, fletindo-a no quadril (Fig. 21-31). Em seguida, pressione para baixo a região inferior da coxa direita, enquanto a pessoa tenta manter a perna esticada e elevada. Quando o teste resulta negativo, a pessoa não sente nenhuma alteração. (É importante ressaltar que evidências mostram que o teste do obturador, que estira o músculo obturador, não serve para diagnosticar a apendicite.³⁰)



21-31 Teste do músculo iliopsoas.

Achados Anormais

A existência de dor com a liberação da pressão confirma este sinal, sendo, portanto, uma indicação confiável de inflamação peritoneal e podendo também ser acompanhado de um provável diagnóstico de apendicite.

A sensibilidade à tosse localizada em um ponto específico também sinaliza a existência de irritação peritoneal. Encaminhe o indivíduo com suspeita de apendicite para a obtenção de um diagnóstico preciso através de uma tomografia computadorizada (TC).

Quando o teste resulta positivo, conforme o fígado rebaixado empurra a vesícula biliar inflamada na direção da mão do examinador, a pessoa sente uma dor aguda e interrompe abruptamente a inspiração a meio caminho.

Quando o músculo iliopsoas está inflamado (o que ocorre em casos de inflamação ou perfuração do apêndice), a dor é sentida no quadrante inferior direito.

Padrões de Normalidade

Achados Anormais

 CUIDADOS AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

O Lactente

Inspeção. O contorno abdominal é protuberante devido à imaturidade da musculatura abdominal. A pele apresenta um padrão venoso fino e superficial. Este padrão pode estar visível em crianças de pele clara, até a puberdade.

Inspeccione o cordão umbilical no decorrer de todo o período neonatal. Ao nascimento, o cordão é branco e contém duas artérias umbilicais, além de uma veia circundada por tecido conjuntivo mucóide, denominada *geleia de Wharton*. O coto umbilical seca em 1 semana, endurece e cai após cerca de 10-14 dias. A pele cobre a área ao final de 3-4 semanas.

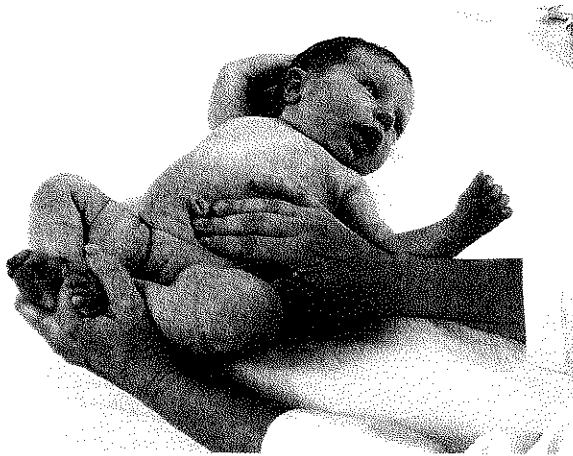
O abdome deve ser simétrico, embora seja comum observar abaulamentos. É possível observar a presença de uma **hérnia umbilical**. Esta costuma aparecer em 2-3 semanas e acentua-se quando a criança chora. A hérnia atinge seu tamanho máximo ao final de 1 mês (até 2,5 cm) e usualmente desaparece em 1 ano. Outra variação comum é a **diástase dos retos**, uma separação dos músculos do reto com um abaulamento visível ao longo da linha média. A condição é mais comum em lactentes negros e, em geral, desaparece no início da infância.

Os movimentos respiratórios são percebidos no abdome. O único outro movimento abdominal notável é o da peristaltese ocasional, que pode ser visível devido à fina musculatura.

Ausculta. A ausculta revela apenas os ruídos intestinais, o tilintar metálico do peristaltismo. Nenhum ruído vascular deve ser ouvido.

Percussão. A percussão revela timpanismo sobre a região do estômago (o lactente deglute ar quando se alimenta) e maciez sobre a região do fígado. A percussão do baço não é feita. O abdome tem um som timpânico, embora seja normal percutir maciez sobre a região da bexiga. Essa maciez pode se estender até o umbigo.

Palpação. Flexione os joelhos do lactente com uma das mãos, enquanto a outra faz a palpação (Fig. 21-32). Uma outra alternativa é segurar a parte superior das costas e flexionar levemente o pescoço com uma das mãos. Ofereça uma chupeta ao bebê se ele chorar.



21-32

O fígado preenche o QSD. É normal sentir borda hepática no rebordo costal direito ou 1-2 cm abaixo. Normalmente, você pode palpar a ponta do baço e ambos os rins, além da bexiga. Também é fácil palpar o ceco no QID, bem como o cólon sigmoide, que fornece a sensação tátil de uma "salsicha na região inguinal esquerda".

Faça anotações sobre as primeiras evacuações do recém-nascido, caracterizadas por um mecônio viscoso, preto-esverdeado, eliminado nas primeiras 24 horas após o nascimento. Em torno do quarto dia, as fezes de bebês amamentados ao seio materno apresentam coloração amarelo-ouro, de consistência pastosa e odor de leite azedo. As fezes produzidas por bebês alimentados com formulações/mamadeira possuem cor amarelo-acastanhada, são mais firmes e têm odor mais característico de fezes.

Um formato escavado é observado em caso de desidratação.

Veias dilatadas.

A presença de apenas uma artéria indica o risco de defeitos congênitos.

Inflamação.

Drenagem e presença de secreção após a queda do cordão.

Encaminhe qualquer hérnia umbilical maior que 2,5 cm (Tabela 21-3); que continue a crescer após 1 mês; ou que persista após os 2 anos, em crianças brancas, ou após os 7 anos, em crianças negras.

Encaminhe as diástases dos retos que perdurem além dos 6 anos de idade.

Peristaltismo intenso com estenose pilórica (Tabela 21-4).

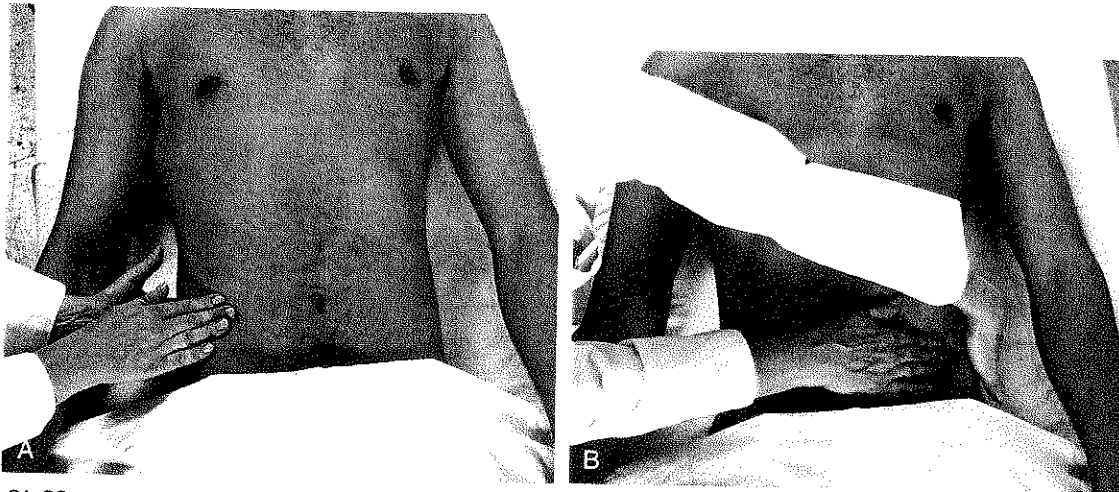
Ruídos.

Sopro venoso.

Padrões de Normalidade**Achados Anormais****Rins**

Pesquise o rim direito, colocando as mãos juntas, em posição de "bico de pato" sobre o flanco direito da pessoa (Fig. 21-28, A). Pressione ambas as mãos juntas, firmemente (você terá de fazer uma palpação mais profunda do que aquela feita para sentir o fígado ou o baço) e solicite uma respiração profunda. Na maioria das pessoas, nenhuma alteração é sentida. Ocasionalmente, você pode sentir o polo inferior do rim direito como se fosse uma massa arredondada e lisa deslizando entre seus dedos. Qualquer uma dessas condições é normal.

Aumento do rim.
Massa renal.



21-28

Dados Objetivos

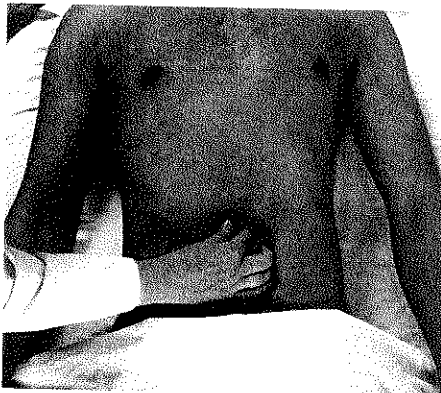
O rim esquerdo localiza-se 1 cm acima da posição do rim direito, e normalmente não é palpável. Procure essa posição levando sua mão esquerda pelo abdome e atrás do flanco esquerdo, como suporte (Fig. 21-28, B). Comprima com sua mão direita profundamente dentro do abdome e solicite uma respiração profunda. Você não deve sentir nenhuma alteração com a inspiração.

Aorta

Utilizando o polegar e os dedos opostos, palpe a pulsação aórtica na região superior do abdome, discretamente para a esquerda da linha média (Fig. 21-29). Normalmente, a aorta tem uma largura de 2,5-4 cm em adultos e pulsa em direção anterior.

O aumento do vaso ocorre em casos de aneurisma (Tabelas 21-5 e 21-6).

Uma pulsação lateral proeminente no aneurisma aórtico eleva e separa os dedos do examinador.



21-29

Padrões de Normalidade

A Criança

Com menos de 4 anos de idade, a criança exibe um abdome de aspecto protuberante, em decúbito dorsal ou quando em pé. Após os 4 anos de idade, o abdome protuberante continua sendo observado quando a criança fica em pé, por causa da lordose lombar, contudo o abdome mostra-se achatado quando a criança está em decúbito dorsal. Os movimentos abdominais normais incluem as respirações, que permanecem até os 7 anos de idade.

Para palpar o abdome, posicione a criança sobre o colo do pai/mãe, enquanto você se posiciona encostando seus joelhos nos joelhos dos mesmos (Fig. 21-33). Flexione os joelhos para cima e eleve a cabeça levemente. A criança pode "fazer respiração de cachorrinho" para auxiliar no relaxamento da musculatura abdominal. Mantenha a palma da sua mão totalmente em contato com a superfície abdominal durante algum tempo, antes de iniciar a palpação. Isto permitirá que a criança se acostume a ser tocada. Se a criança for muito sensível, mantenha a mão dela sob a sua enquanto você faz a palpação, ou posicione o estetoscópio e palpe ao redor dele.



21-33

O fígado continua sendo facilmente palpável 1-2 cm abaixo do rebordo costal direito. Sua borda é mole e pontuda, e se move facilmente. Do lado esquerdo, o baço também é facilmente palpável e possui uma borda mole, pontuda e móvel. Geralmente, você pode sentir 1-2 cm do rim direito e a ponta do rim esquerdo. A percussão da extensão do fígado mede cerca de 3,5 cm aos 2 anos de idade, 5 cm aos 6 anos, e 6-7 cm durante a adolescência.

Na avaliação da sensibilidade abdominal, lembre-se de que a criança pequena muitas vezes responde a esta pergunta de maneira afirmativa, independentemente de como de fato sente o abdome. Utilize sinais objetivos para auxiliar a avaliação, como uma mudança na intensidade do choro, careta facial, retração e defesa durante a palpação.

A criança em idade escolar apresenta abdome mais esbelto, pois sua região abdominal deixa de ser protrusa. Este achatamento abdominal tende a continuar durante a adolescência. O adolescente se constrange facilmente ao expor o abdome, por isso é necessário que o planejamento seja feito adequadamente. Os achados físicos são os mesmos listados para o adulto.

O Idoso

Durante a inspeção, você poderá notar a presença de depósitos aumentados de gordura subcutânea no abdome e no quadril, devido à redistribuição do tecido adiposo a partir dos membros. A musculatura abdominal é mais delgada e apresenta tônus menor do que o tônus apresentado pela musculatura de um adulto mais jovem. Dessa forma, na ausência de obesidade, você poderá observar o peristaltismo.

Achados Anormais

Um abdome escafoide está associado à desidratação ou desnutrição.

Em crianças com menos de 7 anos de idade, a ausência de respirações abdominais é observada em casos de inflamação do peritônio.

Padrões de Normalidade

Como a parede abdominal é mais fina e mais mole, poderá ser mais fácil palpar os órgãos (na ausência de obesidade). É mais fácil palpar o fígado. Normalmente, você sentirá a borda do fígado no ou logo abaixo do rebordo costal. Como há hiperinsuflação dos pulmões e depressão do diafragma, o fígado é palpado em posição mais inferior, descendo 1-2 cm abaixo do rebordo costal durante a inspiração. Os rins são mais fáceis de palpar.

Achados Anormais

A rigidez abdominal nos quadros abdominais agudos é menos comum durante o envelhecimento.

O paciente senescente com abdome agudo frequentemente se queixa menos de dor do que um paciente mais jovem.

PROMOVENDO UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL

Como Anda seu Fígado?

O fígado é o maior órgão interno do corpo. Ele possui uma imensa capacidade de cura e regeneração, contudo essa capacidade é limitada. Os sinais e sintomas de dano e/ou doença hepática muitas vezes não são evidentes até que o fígado tenha sido bastante comprometido. A melhor proteção para o fígado é a prevenção!

Existem algumas medidas que um indivíduo pode adotar para proteger seu fígado:

- **Praticar sexo seguro.** Não mantenha relações sexuais sem proteção, seja com um homem ou com uma mulher.
- **Não compartilhar itens que possam conter secreções corporais.** Tais objetos incluem: agulhas, lâminas de barbear, cortadores de unha, alicates de remoção de cutículas e escovas de dente. Se for fazer uma tatuagem, certifique-se de que um frasco de tinta novo tenha sido aberto e utilizado apenas para uma pessoa.
- **Atentar para o ambiente que o cerca.** Tenha cuidado com materiais de limpeza em aerossol. Certifique-se de que todos os quartos sejam bem ventilados. Use máscara, gorro ou roupas de proteção ao manusear inseticidas, fungicidas, tintas ou outros produtos químicos tóxicos. O fígado pode ser danificado por aquilo que você respira ou absorve através da pele.
- **Monitorar a dieta e o peso.** A obesidade pode levar ao desenvolvimento de uma condição denominada *doença do fígado gorduroso não alcoólico (esteatose hepática)*, que pode evoluir para cirrose.
- **Ter prudência ao viajar.** Visite uma clínica médica para viagens antes de viajar ou procure o *site* do CDC Traveler's Health: wwwnc.cdc.gov/travel/default.aspx. O *site* também fornece informações sobre alertas de saúde e epidemias, além de auxiliar viajantes (e seus prestadores de assistência de saúde) a tomarem decisões referentes a vacinações, medicamentos, entre outras medidas necessárias à prevenção de doenças em viagens internacionais. Exemplificando, se você for viajar para uma área onde a taxa de incidência de hepatite A é alta, como nas Américas do Sul e Central, África ou Ásia, vacine-se, evite comer alimentos não cozidos e beber água não fervida ou não engarrafada (incluindo cubos de gelo), e escove os dentes utilizando água fervida ou engarrafada. O *site* do CDC também inclui o *Yellow Book*, que é uma referência valiosa para aqueles que assessoram viajantes internacionais.
- **Utilizar medicamentos com prudência.** Use medicamentos com e sem receita médica somente quando necessário. Tenha a certeza de tomar apenas as doses recomendadas e com as devidas potências. Exemplificando, o Tylenol[®] infantil, que consiste em um medicamento líquido concentrado cuja potência é três vezes aquela recomendada para crianças, jamais deve ser substituído por outro medicamento.

- **Não misturar medicamentos sem consultar o médico.** Misturar certos remédios pode acarretar na formação de compostos tóxicos capazes de danificar o fígado. Certifique-se de que todos os medicamentos, incluindo aqueles sem receita médica e as formulações à base de plantas medicinais, tenham sido revisados por prestadores de assistência médica.
- **Beber álcool somente com moderação.** A ingestão de mais de uma bebida alcoólica por dia pelas mulheres e de mais de duas bebidas alcoólicas por dia pelos homens, ao longo de vários anos, pode ser o suficiente para provocar cirrose hepática. Um fígado cirrótico reduz não somente seu tamanho, mas também suas funções originais.
- **Não misturar medicamentos e bebidas alcoólicas.** O acetaminofeno pode ser tóxico para o fígado mesmo quando se toma moderadamente apenas com uma dose de bebida alcoólica.
- **Não usar drogas ilícitas.** A cocaína é uma das numerosas drogas ilícitas que comprovadamente causam dano hepático. Além disso, os usuários de drogas injetáveis apresentam risco aumentado de contrair hepatite B e hepatite C através do compartilhamento de agulhas e do equipamento utilizado no preparo da droga.
- **Tomar vacina.** Consulte no *website* do CDC os esquemas de vacinação para viajantes, crianças e adultos. Existem vacinas disponibilizadas para hepatite dos tipos A e B: www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/default.htm.
- **Estar alerta para o próprio risco de contrair hepatite.** As três causas principais de hepatite são as infecções pelos vírus da hepatite A (HVA), hepatite B (HVB) e hepatite C (HVC). O *ABCs of Hepatitis* é uma tabela resumida de duas páginas que identifica indivíduos sob risco e revisa as vias de transmissão, período de incubação, sintomas, recomendações para triagem e vacinação, e tratamento. Essa tabela é de fácil utilização e está disponibilizada no *site*: www.aasid.org/patients/Documents/cdchepabc.pdf. Adicionalmente, o *Liv and Lucky in Liverland* é um caderno de exercícios para crianças (também disponível em forma de DVD e VHS, com animação em 3D) no qual dois personagens de história em quadrinhos ensinam às crianças (e aos adultos) como o fígado é importante e o modo de cuidar dele. Esse caderno de exercícios está disponível em vários idiomas e é utilizado nos programas de treinamento do *HFI Foundations for Decision Making*SM, desenvolvidos para informar as pessoas sobre as funções hepáticas de preservação da vida e sobre como modificar comportamentos e evitar atividades que causam danos ao fígado.

Fontes

Centers for Disease Control and Prevention — Division of Viral Hepatitis. Site: www.cdc.gov/hepatitis/.
Hepatitis Foundation International. Site: www.hepatitisfoundation.org/index.htm.

DOCUMENTAÇÃO E RACIOCÍNIO CRÍTICO

Exemplo

ADOS SUBJETIVOS

Paciente com bom apetite, sem alterações recentes; ausência de intolerância alimentar, disfagia, náusea/vômitos. Hábitos intestinais diários, com quantidade e consistência satisfatórias. Toma apenas vitaminas e não toma nenhuma medicação com ou sem receita médica. Sem história de doença, lesão ou cirurgia abdominal. A memória da dieta das últimas 24 horas foi listada ao final da história.

ADOS OBJETIVOS

Inspeção: Abdomen plano, simétrico, sem massas evidentes. Pele lisa, sem estrias, cicatrizes nem lesões.
Palpação: Presença de ruídos intestinais, sem sopros.
Percução: O timpanismo predomina nos quatro quadrantes; a amplitude do fígado é de 8 cm na linha hemiclavicular direita. A macicez esplênica está localizada no décimo espaço intercostal, na linha hemiaxilar esquerda.
Reflexos: Abdomen flácido, sem visceromegalia, massas nem hipersensibilidade.

VALIAÇÃO

Abdomen sem alterações; ruídos intestinais presentes.

Exemplo 2: Estudo de Caso Clínico 1

George E. é um homem branco com 58 anos de idade, desempregado, divorciado. Etilista crônico. Foi admitido no centro de tratamento de dependência química.

ADOS SUBJETIVOS

Paciente relata que, nos últimos 6 meses, estava ingerindo 437 mL de uísque/dia. Consumiu álcool pela última vez há 1 semana antes da internação, quando ingeriu "5 ou 6" drinques. Afastou-se da família e vive só. Ingerir poucas refeições de comidas quentes. Informa anorexia. Apresenta fadiga e fraqueza.

ADOS OBJETIVOS

Inspeção: Parece ser mais velho do que a idade declarada. Orientado, apesar do tempo lento de respostas verbais. Perdeu 5,4 kg nos últimos 3 meses. Abdomen protuberante, simétrico e sem massas visíveis. Turgor cutâneo diminuído. Padrão venoso dilatado sobre a parede abdominal. Pelos escassos na região das axilas e na área pubiana.
Palpação: Presença de ruídos intestinais. Ausência de sopros vasculares.
Percução: O timpanismo predomina sobre o abdome. A extensão do fígado mede 16 cm na linha hemiclavicular direita. Sinal de piparote negativo. Ausência de macicez móvel.
Reflexos: Flácido. O fígado é palpado a 10 cm abaixo do rebordo costal direito, com superfície lisa e indolor. Ausência de visceromegalia e de massas.

VALIAÇÃO

Dependência de álcool severa, com dependência fisiológica. Alterações nutricionais: ingestão inferior às necessidades corporais relacionada com a dificuldade de absorção. Isolamento social.

Avaliação Focada: Estudo de Caso Clínico 2

Edith J. é uma dona de casa aposentada, de 63 anos de idade, que apresenta história de câncer de pulmão com metástase para o fígado.

DADOS SUBJETIVOS

Sentiu-se "ofegante e com sensação de estômago cheio" na semana anterior. Afirma que não consegue se sentir confortável. Também apresenta falta de ar "o tempo todo, agora". Tem dificuldade para dormir. "No momento, tenho vontade de chorar o tempo todo."

DADOS OBJETIVOS

Inspeção: Ganho de peso de 3,6 kg em 1 semana. Abdome distendido, com inversão do umbigo e flancos abaulados. A circunferência abdominal é de 85 cm. Padrão venoso dilatado sobre o abdome.

Ausculta: Presença de ruídos intestinais. Ausência de sopros vasculares.

Percussão: Em decúbito dorsal, o timpanismo é detectado na parte superior abdominal. Presença de maciez móvel e sinal de piparc positivo. Extensão do fígado igual a 12 cm na linha hemiclavicular direita.

Palpação: Parede abdominal firme; com uma palpação profunda, é possível sentir o fígado a 6 cm abaixo do rebordo costal direito. O fígado é sentido como órgão firme, nodular, indolor. Presença de edema depressível 4+ em ambos os tornozelos.

AValiação

Ascite

Luto antecipatório

Padrão de respiração ineficaz, como consequência de aumento da pressão intra-abdominal

Dor decorrente do abdome distendido

Risco de integridade da pele em função de ascite, edema e metabolismo deficitário

Insônia

Avaliação Focada: Estudo de Caso Clínico 3

Dan G. é um homem negro, de 17 anos de idade, estudante de segundo grau, que foi admitido no departamento de emergência queixando-se de uma dor abdominal há 2 dias.

DADOS SUBJETIVOS

Dois dias antes da internação, Dan apresentou dor abdominal generalizada na região umbilical. Agora, a dor se tornou aguda e intensa e Dan aponta sua localização no quadrante inferior direito. Ele não apresenta evacuação há 2 dias. Náusea e vômitos intermitentes há 1 dia.

DADOS OBJETIVOS

Inspeção: PA 112/70; temperatura 38°C; pulso 116; respiração 18.

Está em decúbito dorsal, com os joelhos dobrados sob o queixo. Resiste a qualquer movimento. Face contraída e caretas ocasionais. Grita diante de qualquer movimentação repentina.

Ausculta: Ausência de ruídos intestinais e de sopros vasculares.

Percussão: Timpanismo. A percussão sobre o QID causa hipersensibilidade.

Palpação: Parede abdominal rígida e plana. Sensibilidade extrema à palpação no QID. Descompressão dolorosa no QID. Teste de músculo iliopsoas positivo.

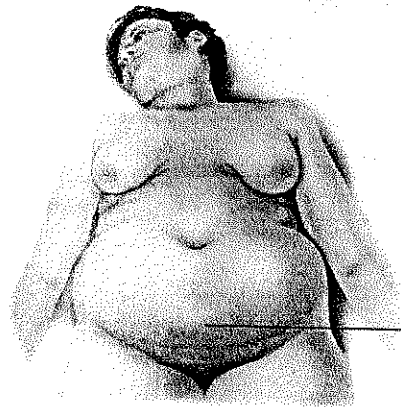
AValiação

Dor abdominal aguda no QID.

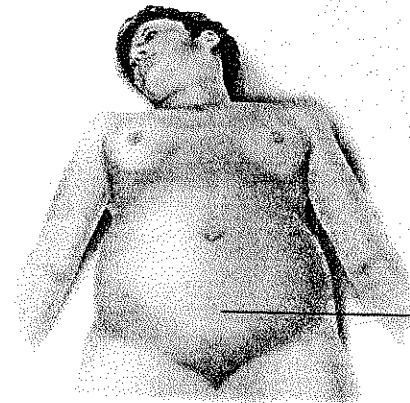
Náusea.

ACHADOS ANORMAIS

TABELA 21-1 Distensão Abdominal



Timpanismo
e macicez dispersa



Timpanismo

Obesidade

Inspecção. Uniformemente arredondado. Umbigo afundado (aderido ao peritônio e com camadas superficiais de gordura).

Ausculta. Ruídos intestinais normais.

Percussão. Timpanismo. Macicez disseminada sobre o tecido adiposo.

Palpação. Normal. Pode ser difícil senti-la através da espessa parede abdominal.

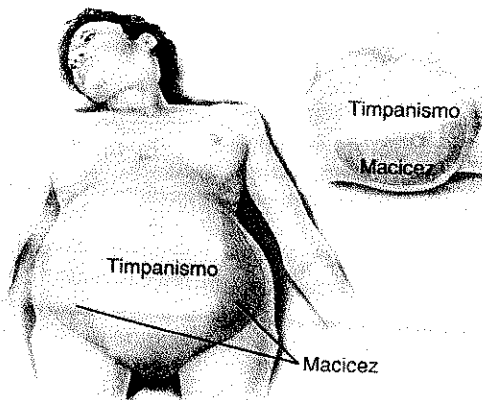
Ar ou Gases

Inspecção. Abdome curvo, arredondado e liso.

Ausculta. Depende da causa dos gases (p. ex., ruídos intestinais diminuídos ou ausentes em caso de íleo paralítico; hiperatividade em caso de início de obstrução intestinal).

Percussão. Timpanismo sobre uma extensa área.

Palpação. Pode apresentar espasmo muscular de parede abdominal.

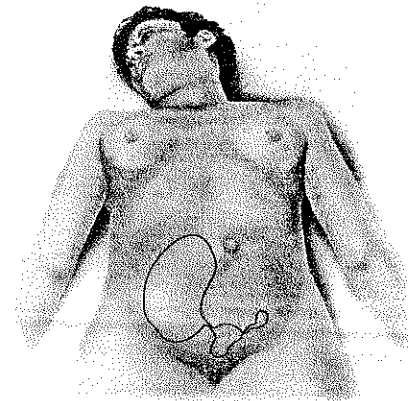


Timpanismo

Macicez

Timpanismo

Macicez



Ascite

Inspecção. Arredondado. Umbigo evertido. Flancos abaulados em decúbito dorsal. Pele esticada e brilhante; ganho de peso recente; aumento da circunferência abdominal.

Ausculta. Ruídos intestinais normais na região sobre os intestinos, com diminuição na área sobre o líquido ascítico.

Percussão. Timpanismo no topo, onde os intestinos flutuam. Macicez sobre a ascite. Piparote positivo e macicez de decúbito.

Palpação. A pele esticada e a pressão intra-abdominal aumentada limitam a palpação.

Cisto Ovariano (Grande)

Inspecção. Curva na metade inferior do abdome, na linha média. Umbigo evertido.

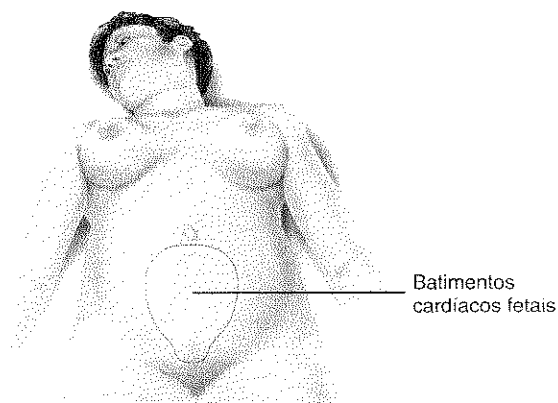
Ausculta. Sons intestinais normais na parte superior do abdome, onde os intestinos são empurrados superiormente.

Percussão. Macicez superior sobre o líquido. Os intestinos são empurrados superiormente. Um grande cisto produz piparote positivo e macicez de decúbito.

Palpação. Transmite a pulsação aórtica, ao contrário da ascite.

(Continua)

TABELA 21-1 Distensão Abdominal (cont.)

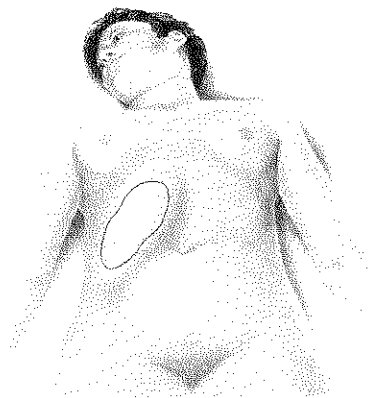
**Gravidez***

Inspeção. Globoso. Umbigo protuberante. Mamas ingurgitadas.

Ausculta. Batimentos cardíacos fetais. Ruídos intestinais diminuídos.

Percussão. Timpanismo sobre os intestinos. Maciez sobre o útero aumentado.

Palpação. Partes fetais. Movimentos fetais.

**Fezes**

Inspeção. Distensão localizada.

Ausculta. Ruídos intestinais normais.

Percussão. Timpanismo predomina. Maciez disseminada sobre a massa fecal.

Palpação. Presença, no intestino, de massa semelhante a um plástico ou corda contendo fezes.

◀ Tumor

Inspeção. Distensão localizada.

Ausculta. Ruídos intestinais normais.

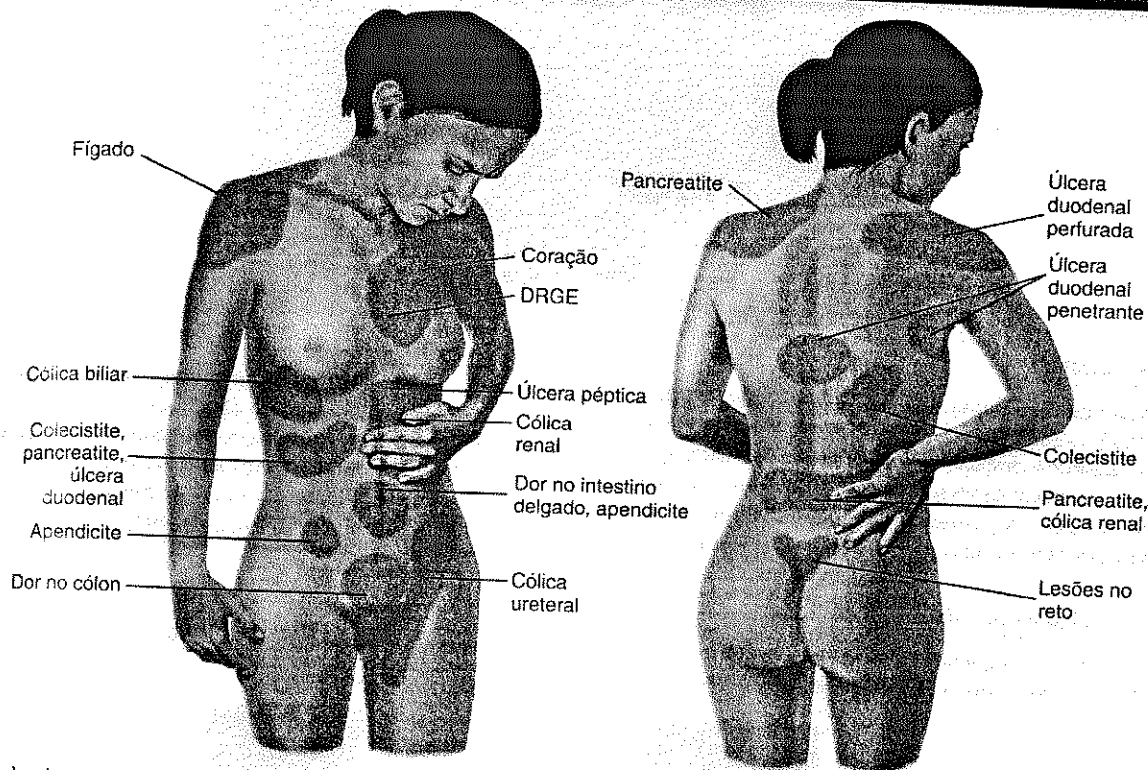
Percussão. Maciez sobre a massa, quando esta atinge a superfície cutânea.

Palpação. Bordas definidas. Deve-se diferenciá-lo de visceromegalias ou de outra estrutura normalmente palpável.

*Sendo evidentemente um achado normal, a gravidez foi incluída para fins de comparação das condições que revelam distensão abdominal.

ACHADOS ANORMAIS PARA PRÁTICA AVANÇADA

TABELA 21-2 Localizações Comuns das Dores Abdominais



Quando alguém fornece uma história de dor abdominal, a localização da dor pode não ser necessariamente acima do órgão envolvido. Isto ocorre porque o cérebro humano não tem uma imagem definida dos órgãos internos. Em vez disso, a dor é referida como estando localizada onde o órgão se encontrava durante o desenvolvimento fetal. Embora o órgão migre durante essa fase, a sua inervação continua a reportar as sensações a partir da localização antiga. A seguir são fornecidos alguns exemplos dessa situação, que não constituem uma listagem completa.

Fígado. A hepatite pode estar associada a uma dor leve a moderada e imprecisa, situada no quadrante superior direito ou região epigástrica, acompanhada de anorexia, náusea, mal-estar e febre baixa.

Esôfago. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) constitui um dos sintomas da esofagite e inclui uma dor ardente no epigástrio médio ou retroesternal inferior que irradia para cima (ou "pirose"). Ocorre 30-60 minutos após a refeição. Piora quando o indivíduo se deita ou se inclina sobre a região afetada.

Vesícula biliar. A colecistite é uma dor repentina de cólica biliar, localizada no quadrante superior direito, que pode aumentar com o passar do tempo. Surge após a ingestão de alimentos gordurosos, álcool ou café e tem duração de 2-4 horas. Está associada a náuseas e vômitos, bem como a um sinal de Murphy positivo ou a uma interrupção súbita da inspiração mediante a palpação do QSD.

Pâncreas. A pancreatite produz uma dor aguda e incômoda na região mesoepigástrica, que irradia para as costas e, às vezes, para o flanco ou escápula esquerda, acompanhada de náusea e vômito.

Duodeno. A úlcera duodenal tipicamente produz uma dor imprecisa, ardente e torturante, que não se irradia e pode ser aliviada pela ingestão de alimentos. Essa dor é capaz de fazer o indivíduo despertar do sono.

Estômago. A dor da úlcera gástrica é uma dor epigástrica imprecisa, ardente e torturante. Essa dor geralmente surge com a ingestão de comida e irradia para as costas ou para a área subesternal. A dor produzida por uma úlcera perfurada é uma dor epigástrica ardente, que surge repentinamente e é reportada em um ou em ambos os ombros.

Apêndice. A apendicite tipicamente começa como uma dor imprecisa e difusa na região periumbilical, que depois se transforma em uma dor severa, aguda e persistente e com sensibilidade localizada no QID (ponto de McBurney). A dor é agravada pelo movimento, tosse e respiração profunda, estando associada à anorexia e, posteriormente, náusea, vômitos e febre.

Rim. Cálculos renais induzem uma severa dor em cólica, que surge de repente no flanco ou na região inferior do abdome.

Intestino delgado. A gastroenterite produz uma dor abdominal, generalizada e difusa, acompanhada de náusea e diarreia.

Cólon. A obstrução do intestino grosso causa o aparecimento de uma dor em cólica moderada, que surge de maneira gradual na parte inferior do abdome, acompanhada de edema. A síndrome do cólon irritável (SCI) produz uma dor de câimbra aguda ou ardente que ocupa uma extensa área e não irradia. Essa dor é desencadeada pelas refeições e aliviada pela movimentação intestinal.

TABELA 21-3 Anormalidades à Inspeção



Hérnia Umbilical

A hérnia umbilical é uma massa mole e recoberta de pele, que consiste na protrusão do omento ou do intestino através de uma região de enfraquecimento ou de fechamento incompleto no anel umbilical. É acentuada pelo aumento da pressão intra-abdominal que ocorre durante o choro, tosse, vômito ou esforço excessivo. Contudo, o intestino raramente sofre encarceramento ou estrangulamento. É mais comum em bebês prematuros. A maioria das hérnias umbilicais é resolvida espontaneamente em 1 ano. Os pais devem evitar asfixiar a hérnia com cinto ou moeda, porque isto não ajudará o fechamento e poderá causar dermatite de contato. Em um indivíduo adulto, essa hérnia ocorre na gravidez, ascite crônica ou pressão intratorácica crônica (p. ex., asma, bronquite crônica).

Hérnia Epigástrica (não ilustrada)

Consiste em um pequeno nódulo gorduroso que surge na linha média, ao longo da linha alba. Usualmente, é possível senti-lo, em vez de observá-lo. Pode ser palpável somente com o indivíduo em pé.



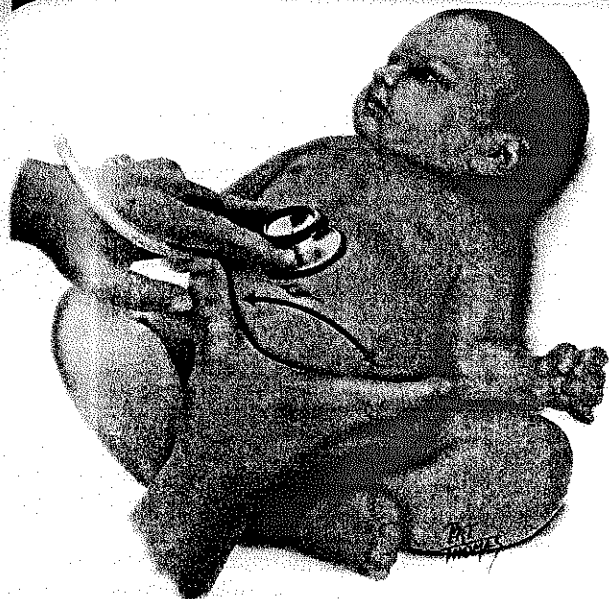
Hérnia Incisional

Consiste em uma saliência localizada nas proximidades de uma cicatriz cirúrgica, que pode ficar escondida quando o indivíduo está em decúbito dorsal, mas se torna evidente quando a pessoa aumenta a pressão intra-abdominal ao se sentar/levantar ou realizar a manobra de Valsalva.

Diástase dos Retos (não ilustrada)

A diástase dos retos, ou uma crista longitudinal na linha média, constitui uma separação do músculo reto do abdome. A crista é revelada quando a pressão intra-abdominal aumenta com a elevação da cabeça em decúbito dorsal. É uma condição congênita e também pode ser resultante da gravidez ou de obesidade acentuada, em que há distensão prolongada ou diminuição do tônus muscular. Não é clinicamente significativa.

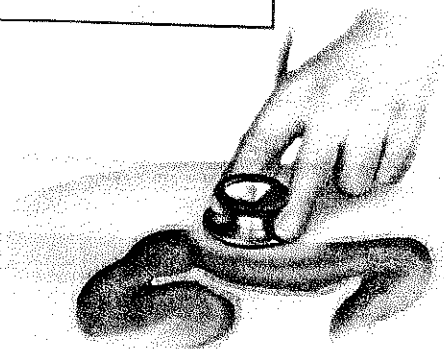
TABELA 21-4 Sons Intestinais Anormais



◀ Ruído de Sucussão

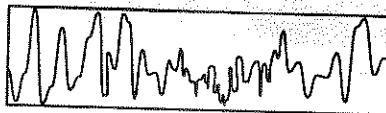
Sem nenhuma relação com o peristaltismo, este *splash* (ruído de pancada na água/respingar) bastante alto é auscultado sobre a região superior do abdome quando a criança é agitada de um lado para o outro. Indica aumento do conteúdo de ar e líquidos no estômago, como se observa em casos de obstrução pilórica ou hérnia de hiato ampla.

Um **peristaltismo intenso** acompanhado de vômito projetado, em um bebê recém-nascido, sugere estenose pilórica – uma obstrução da válvula pilórica do estômago. A estenose pilórica é um defeito congênito e surge na segunda ou terceira semana de vida. Após a alimentação, ondas peristálticas pronunciadas cruzam da esquerda para a direita e provocam o vômito projetado. Então, é possível palpar uma massa do tamanho de uma azeitona no QSD, a meio caminho entre o rebordo costal direito e o umbigo. Encaminhe a criança prontamente, devido ao risco de perda de peso.



Sons Intestinais Hipoativos

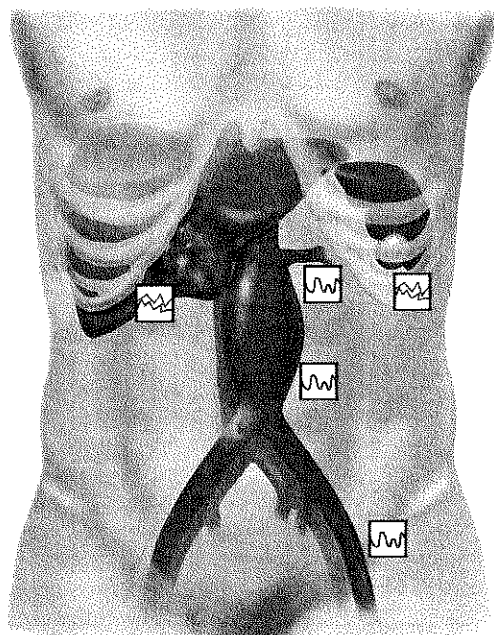
Sons intestinais diminuídos ou ausentes sinalizam a diminuição da motilidade decorrente de inflamação, como a que ocorre na peritonite; no íleo paralítico, após uma cirurgia abdominal; ou na obstrução intestinal tardia. Esta condição também ocorre em casos de pneumonia.





Sons Intestinais Hiperativos

Sons altos e murmurantes (“borborinhos”) sinalizam aumento da motilidade. Esses sons ocorrem em casos de obstrução intestinal mecânica precoce (de som alto), gastroenterite, diarreia ativa, uso de laxantes e íleo paralítico subsistente.

TABELA 21-5 Atrito e Sons Vasculares



 Atrito peritoneal

 Sons vasculares

Atrito Peritoneal

Um som grosseiro e irritante, como aquele produzido pelo atrito entre dois pedaços de couro, indica a existência de inflamação peritoneal. Ocorre raramente, em geral sobre órgãos que apresentam uma área de superfície ampla em contato com o peritônio.

Fígado – atrito sobre a porção inferior direita da caixa torácica causado pela presença de abscesso ou tumor metastático.

Baço – atrito sobre a porção inferior esquerda da caixa torácica, na linha axilar anterior esquerda, produzido por abscesso, infecção e tumor.

Sons Vasculares

Arterial – um **sopro** indica a existência de um fluxo sanguíneo turbulento, como se observa em vasos contraídos, anormalmente dilatados ou tortuosos. É ouvido com auxílio do estetoscópio. Ocorre nas três condições a seguir:

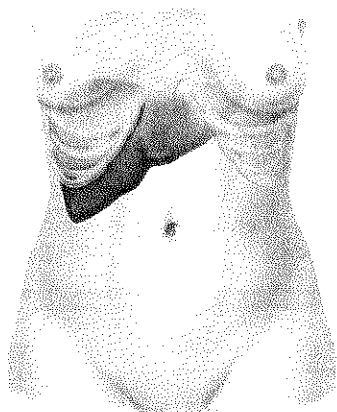
Aneurisma aórtico – um murmúrio áspero, sistólico ou contínuo, que é acentuado pela sístole. Observado em indivíduos com hipertensão.

Estenose da artéria renal – sopro localizado na linha média e seguindo para o flanco; suave; de volume baixo a médio.

Oclusão parcial das artérias femorais.

Sopro venoso – é raro. Ouvido na região periumbilical. Originado da veia cava inferior. Som de volume médio, contínuo, que pode desaparecer com a compressão da campânula. Pode corresponder a um frêmito palpável. Ocorre em casos de hipertensão portal cirrose hepática.

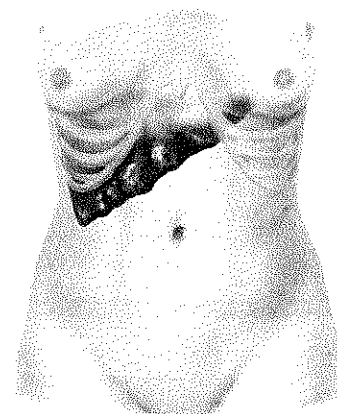
TABELA 21-6 Palpação de Órgãos Aumentados



Fígado Aumentado

Um fígado aumentado, liso e indolor é observado em casos de infiltração gordurosa, obstrução portal ou cirrose, obstrução da veia cava inferior e leucemia linfocítica.

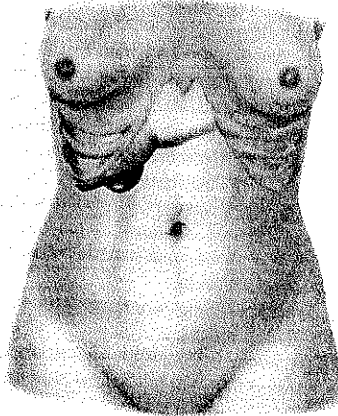
À palpação, o fígado é sentido como estando aumentado e liso, porém apresenta sensibilidade no início da insuficiência cardíaca, hepatite aguda ou abscesso hepático.



Fígado Nodular Aumentado

Um fígado aumentado e nodular é detectado em casos de cirrose na fase tardia, câncer metastático e sífilis terciária.

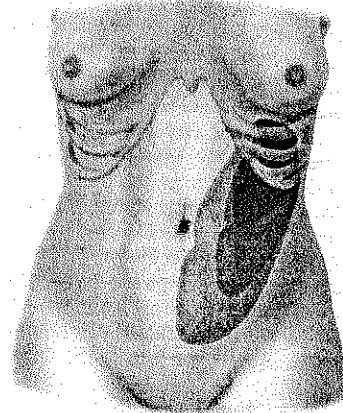
TABELA 21-6 Palpação de Órgãos Aumentados (cont.)



Vesícula Biliar Aumentada

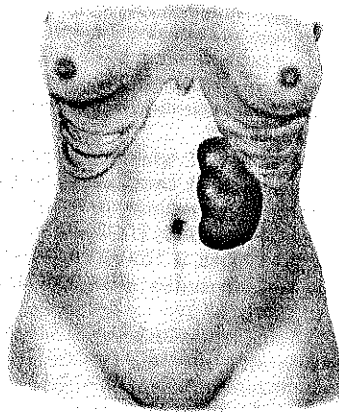
A presença de uma vesícula biliar aumentada sugere um caso de colecistite aguda. Você deve senti-la atrás da borda do fígado, como uma massa lisa e firme semelhante a uma salsicha, ainda que possa ser difícil palpá-la devido à rigidez involuntária da musculatura abdominal. A área é bastante dolorosa durante a percussão com o punho e o indivíduo apresenta parada inspiratória (sinal de Murphy).

Uma vesícula biliar aumentada e indolor também é uma massa lisa, semelhante a uma salsicha. É observada quando a vesícula está repleta de cálculos, como ocorre na obstrução do ducto colédoco.



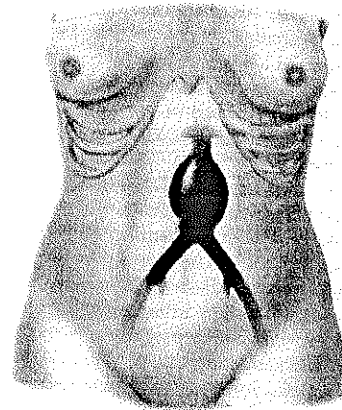
Baço Aumentado

Como qualquer aumento que ocorra superiormente é interrompido pelo diafragma, o aumento do baço ocorre para baixo e na direção da linha média. Em casos extremos, o baço se estende para baixo até a pelve. Ele retém a chanfradura esplênica na borda mediana. Em casos de esplenomegalia associada a infecções agudas (mononucleose), o baço encontra-se moderadamente aumentado e mole, com bordas arredondadas. Quando a ampliação tem causa crônica, o baço se torna firme ou duro e com bordas pontudas. Um baço aumentado usualmente é indolor à palpação, exceto quando o peritônio está inflamado.



Rim Aumentado

O aumento de tamanho é causado por hidronefrose, cisto ou neoplasia. Pode ser difícil distinguir um rim aumentado de um baço aumentado, pois o formato de ambos é semelhante. Ambos se estendem adiante e para baixo. Entretanto, o baço pode apresentar uma borda pontuda que jamais será observada no rim. O baço retém a incisura esplênica, enquanto o rim não apresenta nenhuma incisura palpável. A percussão na região localizada sobre o baço é maciça, enquanto a percussão sobre rim é timpânica devido ao intestino dominante.



Aneurisma Aórtico

A maioria dos aneurismas aórticos (> 95%) está localizada abaixo das artérias renais e se estende até o umbigo. Um abaulamento focal > 5 cm é palpável em cerca de 80% dos casos, durante o exame físico de rotina, apresentando-se como uma massa pulsante na porção superior do abdome, logo à esquerda da linha média. É possível auscultar um sopro. Os pulsos femorais estão presentes, contudo diminuídos.

Informações adicionais sobre aneurismas abdominais são ilustradas na Tabela 21-5.

BIBLIOGRAFIA

- Ambinder, M. (2010, May). Beating obesity. *The Atlantic*, 72-83.
- Amerine, E. (2007). Get optimum outcomes for acute pancreatitis patients. *Nurse Practitioner*, 32 (6), 2007.
- Anwar, A. (2008). Benzodiazepines: uses, mode of action and prescribing issues. *Nurse Prescribing*, 6 (12), 544-548.
- Apovian, C. M. (2010). The causes, prevalence, and treatment of obesity revisited in 2009: what have we learned so far? *American Journal of Clinical Nutrition*, 91 (1), 77S-279S.
- Bartley, M. K. (2008). Acute abdominal pain: a diagnostic challenge. *Nurse Practitioner*, 33 (3), 34-39.
- Becker, A. E., Eddy, K. T., & Perloe, A. (2009). Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (7), 611-619.
- Biro, F. M., & Wien, M. (2010). Childhood obesity and adult morbidities. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 1499S-1505S.
- Bollinger, R. R., Barbas, A. S., Bush, E. L., et al. (2007). Biofilms in the large bowel suggest an apparent function of the human vermiform appendix. *Journal of Theoretical Biology*, 249, 826-831.
- Brenner, Z. R., & Krenzer, M. E. (2010). Understanding acute pancreatitis. *Nursing*, 40 (1), 32-38.
- Budd, G. M., & Falkenstein, K. (2009). Bariatric surgery: putting the squeeze on obesity. *Nurse Practitioner*, 34 (7), 39-46.
- Fitzgerald, M. A. (2007). Nonalcoholic fatty liver disease. *Nurse Practitioner*, 32 (2), 24-25.
- Frith, J., Jones, D., & Newton, J. L. (2009). Chronic liver disease in an ageing population. *Age and Ageing*, 38 (1), 11-18.
- Gujral, H., & Collantes, R. S. (2009). Understanding viral hepatitis: a guide for primary care. *Nurse Practitioner*, 34 (12), 23-32.
- Halpert, A. D. (2010). Importance of early diagnosis in patients with irritable bowel syndrome. *Postgraduate Medicine*, 122 (2), 102-111.
- Harmon, H. W. (2007). Treatment options for irritable bowel syndrome. *Nurse Practitioner*, 32 (7), 39-43.
- Heber, D. (2010). An integrative view of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91 (1), 280S-283S.
- Heitkemper, M., & Wolff, J. (2007). Challenges in chronic constipation management. *Nurse Practitioner*, 32 (4), 36-43.
- Higgins, P. D., & Johanson, J. F. (2004). Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 99 (4), 750-759.
- Hodjati, H., & Kazerooni, T. (2003). Location of the appendix in the gravid patient: a re-evaluation of the established concept. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 81 (3), 245-247.
- Holloway, T. J. (2010). The root of the problem: an irritable bowel or an average American lifestyle? *Gastrointestinal Nursing*, 8 (1), 31-37.
- Howland, R. H. (2009). Effects of aging on pharmacokinetic and pharmacodynamic drug processes. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47 (10), 15-18.
- Jacobson, B. C., Somers, S. C., Fuchs, C. S., et al. (2006). Body mass index and symptoms of gastroesophageal reflux in women. *New England Journal of Medicine*, 354, 2340-2348, 2405-2408.
- Kelso, L. A. (2008). Cirrhosis: caring for patients with end-stage liver failure. *Nurse Practitioner*, 33 (7), 24-31.
- King, J. (2009). Infectious mononucleosis: update and considerations. *Nurse Practitioner*, 34 (11), 42-45.
- Klein, J. D., & Dietz, W. (2010). Childhood obesity: the new tobacco. *Health Affairs*, 29 (3), 388-392.
- Kortgen, A., Recknagel, P., & Bauer, M. (2010). How to assess liver function? *Current Opinion in Critical Care*, 16 (2), 126-141.
- Lawson, E. E., Grand, R. J., Neff, R. K., et al. (1978). Clinic estimation of liver span in infants and children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 132, 474-476.
- Longsterth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., et al. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 130, 1480-1491.
- Madsen, D., Sebolt, T., Cullen, L., et al. (2005). Listening to bow sounds: an evidence-based practice project. *American Journal of Nursing*, 105 (12), 40-50.
- McGee, S. (2007). *Evidence based physical diagnosis* (2nd ed Philadelphia: Saunders).
- Meier, P., & Seitz, H. K. (2008). Age, alcohol metabolism and liver disease. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 11 (1), 21-26.
- Miller, S., & Alpert, P. (2006). Assessment and differential diagnosis of abdominal pain. *Nurse Practitioner*, 31, 39-47.
- Mourad, J., Elliott, J. P., Erickson, L., & Lisboa, L. (2000). Appendicitis in pregnancy: new information that contradicts long-held clinical beliefs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182 (5), 1027-1029.
- Murphy, M. A., Colwell, C., Pineda, G., et al. (2010). Abdominal pain: a review of select conditions. *EMS Magazine*, 39 (1), 68-77.
- Nguyen, D. M., & El-Serag, H. B. (2010). The epidemiology of obesity. *Gastroenterology Clinics of North America*, 39 (1), 1-7.
- Nicklas, T. A., Qu, H., Hughes, S. O., et al. (2009). Prevalence self-reported lactose intolerance in a multiethnic sample of adults. *Nutrition Today*, 44 (5), 222-229.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., et al. (2006). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Journal of the American Medical Association*, 295 (13), 1549-1555.
- Reid, L. D., Johnson, R. E., & Gettman, D. A. (1998). Benzodiazepine exposure and functional status in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 71-76.
- Riley, L., & Rubin, M. (2010). A guide to physical examination and history taking of the abdomen. *Gastroenterology Nursing*, 33 (1), 167.
- Schioldt, F. V., Chung, R. T., Schilsky, M. L., et al. (2009). Outcome of acute liver failure in the elderly. *Liver Transplantation*, 15 (11), 1481-1487.
- Sheipe, M. (2006). Breaking through obesity with gastric bypass surgery. *Nurse Practitioner*, 31 (10), 13-23.
- Tekwani, K., & Sikka, R. (2009). High-risk chief complaints of the abdomen and extremities. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 27 (4), 747-765.
- Tucker, W. N., Saab, S., Rickman, L. S., & Mathews, W. C. (1999). The scratch test is unreliable for detecting the liver edge. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 25, 410-414.
- Wang, Y., & Beydoun, M. A. (2007). The obesity epidemic in the United States — gender, age, socioeconomic, racial/ethnic and geographic characteristics: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiologic Reviews*, 29, 6-28.
- Zimmerman, P. G. (2008). Is it appendicitis? *American Journal of Nursing*, 108 (9), 27-32.

Lista Resumida do Sumário: Exame Abdominal

1. Inspeção

Contorno
Simetria
Umbigo
Pele
Pulsção ou movimento
Distribuição dos pelos
Postura

2. Ausculta

Ruídos intestinais
Observar sopros vasculares

3. Percussão

Fazer a percussão dos quatro quadrantes
Fazer a percussão das bordas do fígado e do baço

4. Palpação

Palpação superficial nos quatro quadrantes
Palpação profunda nos quatro quadrantes
Palpar fígado, baço e rins