

Roteiro Semiologia Abdomem e Urinário

Dados relevantes na ENTREVISTA:

Dados relevantes da história de saúde • **História atual/Manifestações Clínicas GASTROINTESTINAIS:** Disfagia, dor, pirose, náuseas, vômitos, hábitos intestinais alterados, modificação de peso, dificuldade de mastigação, ingestão alimentar (recordatório alimentar, dietas prescritas), eliminação intestinal habitual (frequência, quantidade e características), lesões em boca e/ou garganta, sangramento, dor de dente, uso e condições de prótese, hábitos de higiene oral. • **História progressa:** alergias, doenças crônicas, distúrbios digestivos anteriores, estilo e hábitos de vida, uso de medicação prescrita ou não, história familiar. • **História psicossocial:** fatores psicológicos e sociais que podem influenciar a alimentação e eliminação. • **Ingestão alimentar atual:** dieta prescrita, horários, tipos de alimentos, quantidade da aceitação, dietas especiais presença de sonda nasogástrica/entérica para alimentação. • **Eliminação intestinal atual:** frequência, data da última evacuação, quantidade, (cor, odor, consistência, forma, presença de muco, pus ou sangue), flatos, esforço/dor para evacuar, diarreia, constipação, incontinência fecal, ostomia (tipo, local, condições, características e quantidade do material drenado). • **História atual/Manifestações Clínicas URINÁRIAS:** Dor (tipo, localização, intensidade, frequência), Infecções do trato urinário: tipo, repetição. Doença renal ou fatores de risco para DRC: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes *mellitus*, história familiar de DRC. Sintomas gastrintestinais associados às alterações urinárias: náuseas, vômitos, diarreia, desconforto abdominal. • **Ingestão hídrica atual:** quantidade (ml/24h), tipo, horários, restrição hídrica (ml/24h), presença de sonda nasogástrica para hidratação. • **Eliminação urinária atual:** frequência, quantidade (por micção e/ou 24h), características (cor, odor, sedimentos), presença de sonda ou cateter (tipo e finalidade). • **Alterações na micção:** disúria, polaciúria, poliúria, oligúria, anúria, hematória, piúria, urgência, incontinência, retenção urinária, nictúria.

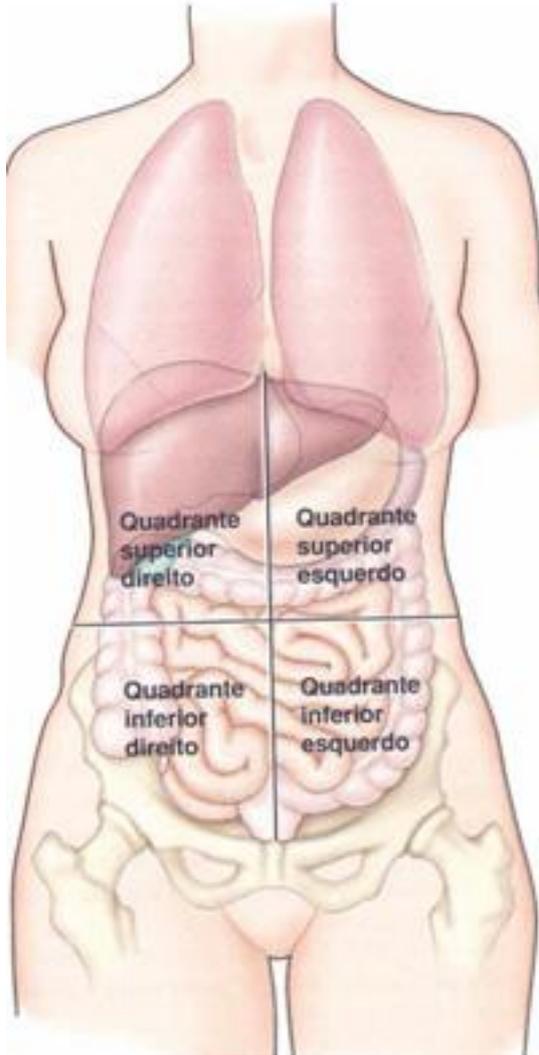
Introduzindo o EXAME FÍSICO:

- ✓ Iluminação local;
- ✓ Explicar o procedimento;
- ✓ Posicionamento, relaxamento e desnudamento do paciente;
- ✓ Conhecimento das características de normalidade e localização dos órgãos, divisão mental em quadrantes e localização e denominação das regiões;
- ✓ Avaliar as áreas doloridas ao final do exame com observação da expressão não verbal.

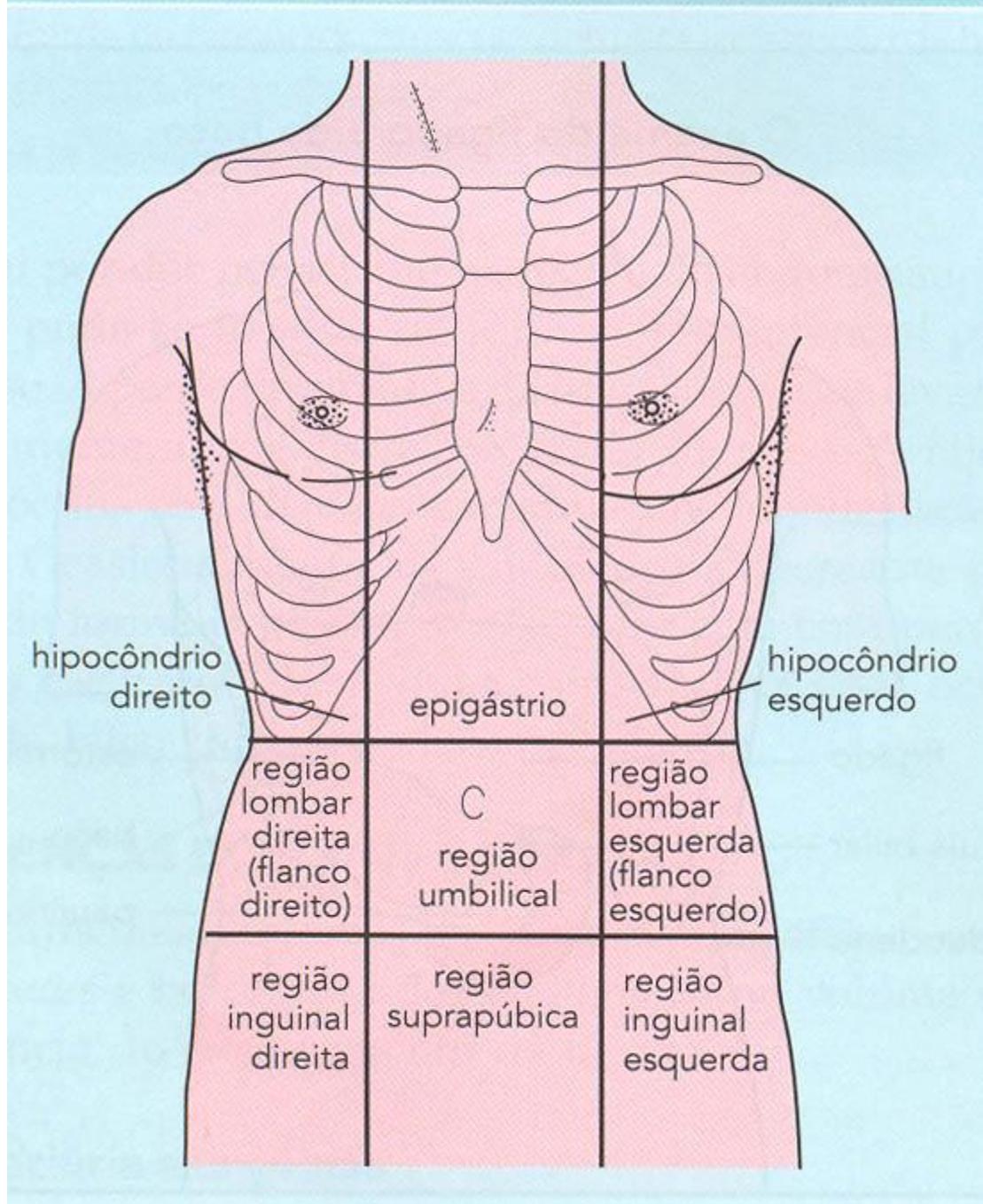
Exame da boca O exame físico da cavidade oral inclui **inspeção e palpação** das seguintes estruturas: - O paciente deve estar sentado com o examinador sentado ou de pé diretamente à sua frente. A face do paciente deve estar bem iluminada. • **Lábios:** inspeção - coloração, umidade, nódulos, desvio de rima, tiques (local e características), presença de lesões (caso haja lesões, estas devem ser palpadas para estabelecer sua textura e consistência). **Mucosa oral:** inspeção - coloração, umidade, lesões, placas esbranquiçadas, nódulos, sangramento (local e características). **Gengiva:** inspeção - coloração, edema, lesões, hipertrofia, retração, sangramento, abscesso (local, características). **Dentes:** inspeção - formato, posição, falta de dentes, manchas, amolecimento, cárie, coloração, higiene. **Língua:** inspeção - simetria, posição, superfície, coloração, movimentação, nódulos, lesões, presença de papilas, frênulo, umidade, alterações (especificar). **Palatos mole e duro:** inspeção - coloração, edema, sangramento, formato, lesões. **Glândulas salivares:** inspeção – os orifícios dos ductos das glândulas parótidas e submandibulares devem ser visualizados, inspecionar o aspecto das papilas, fluxo salivar, consistência, presença de sensibilidade. **Prótese** (se está desajustada ou ajustada, desgastada/conservação, condições de higiene). **Amígdalas:** inspeção – tamanho, coloração, presença de placas esbranquiçadas.

Exame do abdome: Sequência das semiotécnicas:

1. INSPEÇÃO, 2. AUSCULTA, 3. PERCUSSÃO, 4. PALPAÇÃO



A anatomia segmentar do abdome



1. INSPEÇÃO

Estática:

- Forma, contorno do abdome (normal/atípico, escavado/escafóide, protuberante/globoso, em avental);
- Pele (hidratação, coloração, estrias, cicatrizes cirúrgicas, manchas, lipodistrofia, circulação venosa);

- Pontos de fraqueza/descontinuidade da parede abdominal – hérnias, diástase;
- Cicatriz umbilical (plana, retraída, protrusa);
- Abaulamentos, retrações, simetria.

- *Inspeção do fígado:* o fígado situa-se quase totalmente sob o gradeado costal direito e somente nos casos de aumento do tamanho do fígado ou hepatoptoses é que se pode visualizar um abaulamento na região do abdome correspondente.

- *Inspeção dos rins:* investigar se há abaulamentos visíveis na região dos flancos e costovertebral. - *Inspeção da bexiga:* investigar abaulamentos na região suprapúbica.

Dinâmica:

- Movimentos respiratórios • Movimentos peristálticos visíveis • pulsações

ATENÇÃO: mensurar a circunferência abdominal

2. AUSCULTA

- Ruídos hidroaéreos. Auscultar 15-20 seg cada quadrante (o paciente em posição supina). São classificados em normais/presentes, diminuídos ou aumentados. Frequência ampla variação: 05 a 34 ruídos/min.

- Aorta abdominal: o paciente deve estar na posição supina. O examinador coloca o diafragma do estetoscópio na linha mediana do abdome, 5cm acima da cicatriz umbilical e ausculta cuidadosamente a presença de sopro aórtico.

- Artérias renais: A ausculta deve ser realizada a aproximadamente 5cm acima da cicatriz umbilical e 3cm lateralmente à direita e à esquerda da linha mediana. Sopro renal pode ser a única pista para a estenose de artéria renal.

3. PERCUSSÃO

- Percussão dígito-digital: o paciente deve estar em decúbito dorsal. Percutir os quatro quadrantes do abdome, utilizando a técnica em Z em cada quadrante. O timpanismo é o som mais comumente percebido durante a percussão do abdome. Isso se deve à presença de gás no estômago, intestino delgado e cólon. A região suprapúbica, quando percutida, pode apresentar uma sonoridade maciça caso a bexiga esteja distendida ou, nas mulheres, caso o útero esteja aumentado de tamanho.

Sons percutidos: Timpanismo/hipertimpanismo, Macicez/submacicez. • Hepatimetria: percutir o hemitórax D ao nível da linha hemiclavicular D desde sua origem na clavícula

até o 5o ou 6o espaço intercostal (Início = SOM CLARO PULMONAR, 5o ou 6o espaço intercostal = SOM SUBMACIÇO – LIMITE SUPERIOR DO FÍGADO). Em seguida, percutir quadrantes inferior D e superior D, na linha hemiclavicular D – Início = SOM TIMPÂNICO → SOM MACIÇO = LIMITE INFERIOR DO FÍGADO. *Demarcar com caneta os limites e mensurar em cm. (LIMITES DE NORMALIDADE = 6 a 12cm)*

- Sinal de piparote: pesquisa de líquido na cavidade abdominal (pedir para o paciente (ou outra pessoa) colocar a mão na linha mediana do abdome (apoiar com certa firmeza a lateral da mão esticada) o avaliador percute (golpe com o dedo indicador ou médio, em piparote) em região de flanco D ou E e a outra mão apoiada na região de flanco contralateral, palpa a transmissão de onda de líquido intrabdominal para o lado oposto – *Sinal de Piparote positivo.*

- Pesquisa de macicez de decúbito: com o paciente deitado em decúbito dorsal, aplicar percussão dígito-digital o topo do abdome (na região umbilical), descendo para a lateral. Se houver líquido, o som mudará de timpânico para maciço. Posicionar, o paciente em decúbito lateral direito e repetir a manobra.

- Bexiga: o paciente deve “esvaziá-la” antes do exame. Paciente em decúbito dorsal. Realizar percussão dígito-digital 5cm acima da sínfise púbica em sentido ascendente, em sentido à bexiga e sobre a mesma. O som normal é o timpânico. Som maciço indica ascite ou bexigoma.

- Rins: Punho-percussão (Sinal de Giordano) - golpeia-se a região lombar D e E (ângulo da borda inferior da 12a costela e apófises transversais das vértebras lombares superiores) com a borda ulnar da mão. A sensação de dor (*Sinal de Giordano positivo*) pode indicar processo inflamatório renal.

4. PALPAÇÃO

A palpação abdominal é comumente dividida nas seguintes etapas (o paciente deve permanecer em posição supina com os membros superiores estendidos lateralmente ao corpo):

- Palpação Superficial: É usada para avaliar presença de dor e áreas de espasmo muscular ou rigidez.

Avaliar: 1) sensibilidade (em caso de dor, solicitar que o paciente indique o local pois este deve ser avaliado ao final); 2) resistência (contratura voluntária e involuntária) e 3) continuidade da parede (hérnias, síndrome Prune Belly). Técnica: Todo o abdome deve ser sistematicamente palpado utilizando-se a palma da mão direita ou as partes proximais dos dedos, mas não a ponta dos dedos. Os dedos devem ser mantidos juntos e devem ser evitados movimentos bruscos. Explorar área por área em vez de deslizar sobre a parede abdominal e região lombar (rins).

• **Palpação Profunda:** É usada para avaliar o tamanho de órgãos bem como a presença de massas abdominais anormais. Técnica: A parte plana da mão direita é posicionada sobre o abdome e a mão esquerda sobre a mão direita. As pontas dos dedos da mão esquerda exercem a pressão, enquanto a mão direita deve identificar os estímulos táteis. A pressão aplicada sobre o abdome deve ser suave, mas de forma firme. Durante a palpação profunda, o paciente deve ser instruído a respirar calmamente através da boca e manter seus braços ao longo do corpo com o abdome relaxado.

• **Palpação do Fígado** Palpar hipocôndrio D, flanco D e região epigástrica, indo da cicatriz umbilical ao rebordo costal. **Palpação em garra: Na Expiração** junto ao rebordo as mãos do examinador ajustam-se à parede abdominal sem fazer compressão e sem movimentar. **Na Inspiração** a mão do examinador, ao mesmo tempo que comprime, é movimentada para cima, buscando detectar a borda hepática. **Palpação bimanual:** Colocar a mão esquerda ao nível da loja renal direita, forçando-a para cima e com a mão direita procede a busca da borda inferior do fígado, **na inspiração**. Aumento do tamanho do fígado: Pequena (2 dedos); Média (4 dedos); Grande (>4 dedos) abaixo do rebordo costal.

Palpação do fígado: técnica mão em garra técnica bimanual

• **Palpação do Baço** Procede-se = ao Fígado (quadrante superior esquerdo): coloque a mão esquerda por trás do abdome, até a 11ª e a 12ª costelas e faça força para cima para apoiar-se. Coloque a mão direita obliquamente sobre o quadrante superior esquerdo e abaixo do rebordo costal. Faça uma compressão profunda para baixo e sob o rebordo costal esquerdo, solicitando à pessoa para inspirar profundamente.



Palpação do baço/paciente em decúbito dorsal Uma posição alternativa consiste no decúbito lateral direito (posição de Schuster), deslocando o baço mais para frente e para baixo.



Palpação do baço/paciente em decúbito lateral em posição de Schuster Palpação do baço com a mão em garra: técnica semelhante à do fígado. Normalmente não palpável

•Palpação dos Rins Técnica: a palpação do rim direito é realizada pela palpação profunda abaixo da margem costal direita. O examinador permanece do lado direito do paciente e posiciona sua mão esquerda por trás do flanco direito do paciente, entre a margem costal e

a crista ilíaca. A mão direita é posicionada logo abaixo da margem costal, com as pontas dos dedos apontando para a esquerda do examinador. O mesmo procedimento é usado para o rim esquerdo, exceto que o examinador encontra-se à esquerda do paciente. A palpação muito profunda pode evidenciar o pólo inferior do rim direito, quando este desce durante a inspiração. O pólo inferior pode ser percebido como uma massa arredondada e macia. Pelo fato de o rim esquerdo ter uma posição mais superior que o rim direito, o pólo inferior do rim esquerdo normal raramente é palpável.

•Palpação da Aorta Abdominal O exame é realizado pela palpação profunda, porém gentil, no meio do abdome. A presença de uma massa com expansão pulsátil lateral sugere um aneurisma aórtico abdominal.

5. Manobras especiais:

•SINAL DE MURPHY: parada inspiratória - ao comprimir o ponto cístico (ponto localizado na borda subcostal direita, na linha hemiclavicular), pede-se para o paciente inspirar profundamente. O diafragma abaixará o fígado, fazendo com que a vesícula biliar alcance a extremidade do dedo do examinador. **Colicistite Aguda** + dor intensa.

•SINAL DE BLUMBERG: descompressão dolorosa - fazer uma pressão progressiva, lenta e contínua no ponto apendicular (ponto localizado na borda superior à espinha ilíaca ao encontro com a continuidade da linha hemiclavicular D). Descomprime-se bruscamente a região (estiramento rápido do peritônio) se estiver inflamado/ **Apendicite Aguda** = dor aguda e intensa.

Referências:

ANDRIS et al. Semiologia: bases para a prática Assistencial.

COSENDEY, et al. Trad. Editora LAB, 2006. BICKLEY, L.S. Bates, propedêutica médica 11aed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2015. 987p.

PORTO, CC Exame clínico. 7aed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan, 2012. 544p.