

# PATRÓN FUNCIONAL 3: ELIMINACIÓN

*Functional Pattern 3: Elimination*

## **Dolly Villegas Arenas**

<https://orcid.org/0000-0002-1584-7955>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

## **María Valentina Aponte Marín**

<https://orcid.org/0000-0002-2210-9598>

Universidad Santiago de Cali

Cali, Colombia

## **Resumen**

Los síntomas y trastornos digestivos son bastantes frecuentes en la población. La valoración de enfermería debe comprender la anamnesis y la exploración física que aporta datos sobre signos y síntomas que orienta la decisión diagnóstica; la valoración del sistema gastrointestinal incluye la inspección, auscultación, palpación y percusión del abdomen, esta valoración también comprende maniobras como: Punto cístico, el punto de McBurney, el signo de Murphy y el signo de rebote, que son señales de alarma en el dolor abdominal.

### **Cita este capítulo**

Vegas Arenas D, Aponte Marín MV. Patrón funcional 3: Eliminación. En: Rivera Romero V, Villegas Arenas D, editoras científicas. *Manual de valoración de enfermería según patrones funcionales de salud de Marjory Gordon: fundamentos básicos*. Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2026. p. 61-78.

**Palabras clave:** Sistema Digestivo, Eliminación Intestinal, Dolor Abdominal.

### **Abstract**

*Digestive symptoms and disorders are quite frequent in the population. The nursing assessment should include anamnesis and physical examination that provides data on signs and symptoms that guide the diagnostic decision; the assessment of the gastrointestinal system includes inspection, auscultation, palpation and percussion of the abdomen, this assessment also includes maneuvers such as: Cystic point, Mac Burney's point, Murphy's sign and the rebound sign, which are alarm signals in abdominal pain.*

**Keyword:** Digestive System, Intestinal Elimination, Abdominal Pain.

### **Definición**

Recoge información relacionada con el sistema excretor del organismo, que es el encargado de la eliminación de los productos de desecho; el sistema excretor está formado por el aparato urinario, los pulmones, la piel y el sistema gastrointestinal. Para la valoración del patrón el enfermero tiene en cuenta la función urinaria, la función gastrointestinal, la función tegumentaria y la función respiratoria (1).

### **Valoración del patrón funcional**

#### **Valoración del abdomen**

#### **Anamnesis**

En la entrevista indagar la percepción de la persona sobre los siguientes aspectos (2):

### **Sistema urinario**

Características de la orina: Color, Olor, Cantidad en 24 horas, Hábitos de eliminación urinaria, Medidas para facilitar la micción. Indagar presencia de Urgencias para orinar, Polaquiuria, Disuria, Hematuria, Incontinencia urinaria, Globo vesical, Obstrucción, Glucosuria, Infección de Vías Urinarias, Nicturia.

### **Sistema gastrointestinal**

Características de las evacuaciones. Olor, Color, Consistencia, Hábitos de eliminación intestinal en 24 horas, Medidas para facilitar la defecación. Indagar presencia de Peristaltismo, Distensión abdominal, Incontinencia, Flatulencia, Dolor al evacuar, Fisuras, Hemorroides, Halitosis, Ostomías, preguntar sobre Actividad física insuficiente, Inadecuados hábitos alimenticios.

### **Sistema integumentario**

Indagar: Temperatura, Pérdidas insensibles (sudoración copiosa)

### **Examen físico**

En la valoración del abdomen el orden debe ser inspección, auscultación, palpación y percusión. La auscultación se realiza primero que la palpación con el fin de no alterar los ruidos abdominales con la palpación o causar dolor al examinado (3).

### **Técnica de Inspección**

Al inspeccionar el abdomen la enfermera debe tener en cuenta: actitud, forma, simetría, volumen o tamaño, características de la piel, movimientos.

### **Actitud**

La actitud se refiere a la posición que desempeña el individuo cuando se encuentra de pie o sentado, así como, acostado. Brinda información útil para el diagnóstico, especialmente en el caso de dolor, la posición

adoptada revela el órgano afectado, como por ejemplo en el caso de pancreatitis, el paciente adopta una posición inclinada hacia adelante con las rodillas flexionadas o acostado boca abajo, en peritonitis, el paciente permanece en silencio evitando estímulos dolorosos. Si el dolor es tipo cólico, el paciente constantemente.

### **Forma**

Verificar si es uniformemente paralelo al horizontal del cuerpo se describe como abdomen plano, en personas muy delgado puede estar por debajo de la horizontal del cuerpo, lo que se denomina cóncavo, batea o escafoides, un abdomen que se encuentre por encima del plano horizontal es un abdomen redondeado. En personas que han bajado de peso considerablemente se puede observar abdomen en delantal, en obesidad mórbida se observa abdomen globoso o globuloso, y en persona con líquido contenido (ascitis), se puede observar abdomen en batracio, es decir, un abdomen que protruye hacia los flancos. Al observar el abdomen se debe revisar en el ombligo aspectos como: protrusión o inversión, localización e integridad.

Hay que recordar que, durante la respiración, se aprecia protrusión del abdomen en la inspiración y durante la espiración se puede observar inversión del abdomen.

### **Simetría**

Para definir si hay simetría o asimetría se debe tener en cuenta los cuadrantes, es decir, que se distribuya proporcionalmente en estos cuadrantes, cuando la distribución es igual se habla de un abdomen simétrico, cuando la distribución es irregular será entonces abdomen asimétrico.

### **Volumen**

Es el espacio ocupado por el abdomen, con la inspección la enfermera podrá identificar si hay proporcionalidad con relación al resto del

cuerpo en relación con la constitución de la persona examinada. La medición del abdomen dará precisión al volumen. El enfermero puede observar un abdomen globoso y el paciente tener brazos delgados, acá el tamaño no es proporcional.

### **Características de la piel**

La inspección de la piel en el abdomen, no es diferente de la valoración en el patrón nutricional metabólico, las características más frecuentes en el abdomen son: estrías o víbices: lesiones en la dermis por distensión o sobre distensión, las estrías son atrofas cutáneas en forma de líneas sinuosas de color blanquecino o amoratadas que, localizadas en el tejido conjuntivo, se observan por transparencia a través de la epidermis. Otras características, alteraciones en la coloración, masas, nódulos, cicatrices, petequias y equimosis, red venosa y edema.

En la revisión de la piel se observa también presencia de vello, en el hombre la distribución es romboidea, el vello es grueso y puede abarcar todo el abdomen, en la mujer es delgado, de distribución triangular y de localización en la región púbica. Tener presente que el vello puede ser retirado por la persona. (rasurado).

### **Movimientos**

Verificar las características de la respiración, presencia de pulsaciones o de peristaltismo, que pueden ser visibles en algunas personas. La restricción o abolición de los movimientos respiratorios del abdomen es un buen signo de reacción inflamatoria peritoneal, este fenómeno tiene especial interés en los hombres porque él tiene una respiración predominantemente abdominal.

### **Técnica de Auscultación**

La auscultación se realiza con el fin de evaluar los ruidos intestinales, detectar sonidos circulatorios o identificar frotos o soplos.

La auscultación se **realiza por cuadrantes**, se coloca suavemente el estetoscopio sobre la pared abdominal, se escuchan todos los cuadrantes, la enfermera debe mantener siempre el mismo orden durante la auscultación, escuchar durante un (1) minuto. Figura 8

### **Figura 8.**

*Valoración del abdomen – Técnica de Auscultación*



### **Los ruidos peristálticos**

Son ruidos hidroaéreos, suaves, se escuchan como un “gorgueo” intermitentes, normalmente tienen frecuencia de 5 a 10 por minuto, la intensidad y el timbre depende de la fase de la digestión, son más frecuentes después de la comida. No deben estar acompañados por dolor, a veces pueden ser escuchados en la distancia, producido por la movilización del contenido líquido gaseoso del intestino. Los ruidos peristálticos se describen como **presentes, elevados, disminuidos o ausentes**.

Para la auscultación de los ruidos peristálticos el enfermero debe realizarlo por **cuadrantes durante un minuto**, distribuyendo este

tiempo entre los cuadrantes, con este procedimiento el enfermero identifica que los ruidos están presentes. Para determinar la frecuencia, el enfermero ubica el **fonendoscopio en el mesogastrio para escuchar el número de ruidos peristálticos durante un minuto.**

### **Sonidos circulatorios y soplos**

Se suele escuchar pulsaciones de la aorta abdominal en mesogastrio, especialmente en individuos delgados, es posible detectar soplos en flancos y mesogastrio. Se ausculta aorta, y en cada lado izquierdo y derecho, arteria renal, arteria ilíaca y arteria femoral.

### **Técnica de palpación**

La palpación tiene como objetivos: confirmar características de la inspección como tamaño, forma, presencia de masa, definir características de los órganos que se pueden palpar tales como el hígado, bazo, riñones, localizar y definir las características de un dolor manifestado por el paciente durante la anamnesis.

La enfermera debe mantener un orden al realizar la palpación, así podrá determinar la temperatura, el tono de la pared abdominal, la posición, movilidad y consistencia de los órganos, naturaleza de cualquier distensión o pulsación, ausencia o presencia de líquido, visceromegalias, masas y dolor, tener presente que la región donde el paciente refiere dolor debe ser la última en palpar.

Cuando la enfermera encuentra resistencia en la musculatura abdominal se dice que hay defensa abdominal, esa defensa puede ser voluntaria o involuntaria, la involuntaria sugiere un proceso patológico, el proceso involuntario no puede ser vencido por ninguna maniobra de respiración o relajación.

Algunas recomendaciones para la palpación son: no poner las manos frías sobre la piel del examinado, esto puede aumentar la tensión

de la musculatura, asegurarse de no hacer nada que produzca molestia, no comenzar palpación por una zona dolorosa, mientras se palpa distraer la atención con alguna conversación, comenzar con movimientos suaves e ir aumentando poco a poco a medida que progresa el examen, si es posible hacer que el paciente flexione sus muslos y mantenga los pies sobre un sitio firme.

### **Tipos de palpación**

Generalmente se realizan dos tipos de palpación que se realizan una a continuación de la otra.

**Palpación Manual Superficial:** Una vez realizada la palpación superficial, se procede a la palpación profunda con una mano arriba de la otra; la mano que está arriba presiona con las falanges distales de los dedos las falanges distales de la mano que está en contacto con la piel, realiza movimientos rotatorios, suaves, y lentos, (la presión ejercida debe favorecer la profundidad que permita identificar características y estructuras; la mano debajo percibe la sensación (4) Figura 9.

La palpación superficial se realiza por cuadrantes.

### **Figura 9.**

*Valoración del abdomen – Técnica de palpación*



**Palpación Manual Profunda:** Una vez realizada la palpación superficial se procede a la palpación profunda aumentando gradualmente la presión sobre la mano que palpa, se recomienda realizarla con ambas manos (bimanual) colocando una arriba de la otra; una mano presiona con los dedos, la otra mano coloca las falanges distales de los dedos sobre las dos últimas falanges de la mano que está debajo, la mano de arriba presiona y realiza movimientos rotatorios, suaves y lentos, la mano debajo percibe la sensación, se ejerce presión necesaria para lograr profundidad para lograr identificar estructuras y sus características (4).

La palpación profunda permite al enfermero definir si hay áreas o puntos dolorosos, identificar masas intraabdominales, definir si hay desplazamiento de vísceras.

La palpación profunda se realiza por regiones

### **Palpación de órganos**

**Palpación del Hígado: Técnica Bimanual:** El examinador se sitúa a la derecha del paciente, coloca la mano izquierda en región lumbar por debajo de las últimas costillas del lado derecho y con esa mano ejerce presión en sentido postero anterior de tal manera que proyecte el hígado hacia la pared anterior del abdomen, la mano derecha se coloca de forma paralela al reborde costal de tal manera que pueda ser percibida con el borde radial del dedo índice, también la mano derecha puede ser colocada en forma longitudinal con la intención de que sean las yemas de los dedos centrales las que perciban el borde hepático. En todo caso, la mano que se espera palpar el hígado deberá ser colocada por debajo del límite inferior de la matidez hepática, una vez se tenga esta posición se le pide al paciente que inspire profundamente al tiempo que la mano izquierda empuja hacia arriba y que la mano derecha se mueve ligeramente hacia el reborde costal, presionando ligeramente y tratando de ir al encuentro del hígado que

desciende empujado por el diafragma que baja con el movimiento inspiratorio.

**Técnica de enganche:** el examinador debe colocarse mirando hacia los pies del paciente, aplicar ambas manos sobre la reja costal derecha y doblar las falanges distales sobre el reborde costal, tratando suave y firmemente de penetrar en el hipocondrio. Pedir al paciente que se inspire profundamente y sentir el borde hepático que choca con los dedos.

Durante la palpación del hígado del adulto lo normal es no lograr palpar su borde.

**Palpación del Bazo: Palpación Bimanual:** Colocar la mano izquierda en la región lumbar del paciente y ejercer presión hacia adelante. Palpar con la mano derecha sobre el mesogastrio dirigiendo hacia el hipocondrio izquierdo, pedir al paciente que respire profundamente y sostenga una presión firme y tratar de tocar el polo inferior del bazo que choca con los pulpejos de los dedos.

**Técnica de enganche:** la técnica es la misma descrita para la palpación del hígado, en este caso el examinador se debe colocar al lado izquierdo del paciente.

Decúbito lateral derecho: **Maniobra de Schuster**, se utiliza para aumentar la sensibilidad de la palpación esplénica, ya que favorece la caída del bazo hacia la mano del examinador. El paciente acostado sobre el lado derecho, extremidad inferior derecha extendida, extremidad inferior izquierda y rodilla izquierda flexionada, extremidad superior izquierdo sobre la cabeza, el examinador coloca la palma de la mano izquierda sobre la reja costal izquierda del paciente y la palma de la mano derecha sobre el hipocondrio dirigida hacia el reborde costal. En condiciones normales el bazo no se palpa.

**Palpación de riñones:** Los riñones son órganos retroperitoneales de difícil palpación en personas sanas. Para la palpación se procede

así: misma técnica de palpación bimanual del hígado, colocando la mano que palpa en cada uno de los flancos, a medida que el paciente respira se va aumentando la presión entre las dos manos, tratando de encontrar las dos manos durante la espiración y sosteniendo la presión durante la inspiración. Se debe tratar de sentir el polo inferior que se “escapa” entre los dedos (5).

### **Signos de alarma**

Normalmente el abdomen no debe doler al ejercer presión, cuando se provoca dolor a la palpación es posible identificar hallazgo que orienta el diagnóstico, este dolor provocado por el examinador se denomina dolor objetivo, diferente al expresado por la persona examinada, es decir el dolor subjetivo. Los principales puntos dolorosos son:

**Punto cístico:** llamado también punto vesicular: situado en la intersección del reborde costal derecho con el borde externo del músculo recto abdominal derecho. El dolor provocado en este punto es característico del proceso inflamatorio de la vesícula abdominal.

**Punto de McBurney:** Se localiza en el tercio externo de una línea recta, entre la espina iliaca anterior derecha y el ombligo. Este punto corresponde a la inserción del apéndice al ciego; dolor objetivo en esta zona debe sugerir primordialmente en apendicitis (3).

**Signo de Murphy:** Realizar presión sostenida sobre el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, a la vez que el paciente realiza una **inspiración profunda**. Es un signo característico de la colecistitis aguda.

**Signo de Rebote o Blumberg:** En la exploración del abdomen, el signo de Blumberg se investiga haciendo presión suave y profunda con la punta de los dedos unidos cubriendo unos 2 cm, para luego y súbitamente retirar la mano observando si la maniobra produce dolor agudo. El estiramiento brusco del peritoneo parietal irritado, al causar el efecto de rebote, origina ese dolor. Es posible que la leve

sacudida realizada durante la técnica de la percusión del abdomen o cuando el paciente tose, desencadene el mencionado dolor agudo. Es indicativo de apendicitis.

### **Técnica de percusión**

La percusión es la maniobra exploratoria que consiste en golpear ciertas estructuras del cuerpo humano en forma metódica con el fin de apreciar la capacidad de sonido que el golpe produce. Es recomendable que el examinador lleve las uñas cortas. La percusión puede ser inmediata si se golpea directamente la pared con la yema de los dedos o puede ser mediata que es la más utilizada y consiste en colocar el dedo índice o el dedo medio de la mano no dominante (dedo plexímetro) sobre la pared abdominal y descargar un ligero golpe con la punta del dedo medio de la mano dominante (dedo plexor) sobre la base de la tercera falange del dedo plexímetro de la mano no dominante. Los dedos restantes y la palma de la mano del dedo plexímetro no deben estar en contacto con la superficie que se percute (6).

La percusión del abdomen se utiliza para confirmar o completar hallazgos obtenidos mediante la inspección, la percusión en el abdomen debe hacerse con golpes ligeros así se obtiene sonidos más definidos, la percusión permite al enfermero determinar características y tamaño de vísceras, presencia de masas, líquido o gases. Durante la percusión se pueden escuchar los siguientes sonidos:

**Timpánico:** por la presencia de gas en un órgano hueco, es de un tono alto

**Mate:** cuando se percuten órganos no huecos como el hígado, es la completa ausencia de resonancia, es un sonido de tono alto, de corta duración e intensidad.

La percusión se debe realizar siguiendo un método sistemático.

**Percusión del hígado:** Con el paciente en decúbito dorsal y con respiraciones tranquilas.

Límite superior: se percute desde el tercer espacio intercostal a nivel de la línea medio clavicular y se va descendiendo; el nivel en que el sonido pasa de claro a mate corresponde al hígado. Se ubica en el 5º a 7º espacio intercostal.

Límite inferior: se comienza percutiendo más abajo del reborde costal y se va subiendo por la línea medio clavicular hasta encontrar el nivel de transición entre un ruido sonoro y uno mate.

Si se ha efectuado una marca entre el límite superior e inferior del hígado, se tiene la proyección hepática que normalmente es de 6 cm a 12 cm.

**Percusión del bazo:** Percutir siguiendo la línea axilar anterior izquierda, Aproximadamente se encuentra a nivel de la 8ª o 9ª costilla.

**Percusión del estómago:** es una víscera hueca con contenido gaseoso y sólido, su nota clásica en la percusión es el timpanismo, que se proyecta en hipocondrio izquierdo, se debe tener al paciente en decúbito dorsal, percutir sobre hipocondrio izquierdo tratando de delimitar la zona del timpanismo, cuando el paciente está lleno, es probable que el timpanismo disminuya.

**Percusión del colon:** también responsable de la nota timpánica, esta nota puede variar dependiendo del mayor o menor contenido sólido del colon, se debe percutir siguiendo el trayecto del colon, ascendente, transversal y descendente

### **Escalas sugeridas**

Las escalas de valoración son complemento de la valoración física, ayudan a evaluar el estado de la persona de manera objetiva, ayudan a la toma de decisiones y a definir el diagnóstico; para complementar la valoración del patrón funcional Eliminación se puede utilizar las

siguientes escalas.

- Escala de Bristol - Escala de los tipos de heces; y va desde el más duro (Tipo 1) al más blando (Tipo 7).
- Escala de Alvarado - Consiste en dar un puntaje por síntoma, signo y alteración de laboratorio encontrada en pacientes con sospecha de apendicitis aguda.
- Cuestionario de incontinencia urinaria - ICIQ-SF.

## **Resultado del patrón**

El patrón está alterado cuando:

A nivel Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomías), distensión abdominal (relacionada con la eliminación intestinal), asimetría, cambios en el peristaltismo, dolor a la palpación, alteraciones en la percusión.

A nivel Urinario: si presenta incontinencias, retención, disuria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda (absorbentes, colector, sondas o urostomías), dolor a la palpación y percusión.

A nivel de la piel: si presenta sudoración excesiva y elevación de la temperatura.

## **Recomendaciones para el resultado de la valoración del patrón**

El estreñimiento es una condición que se caracteriza por la dificultad para defecar o por tener deposiciones poco frecuentes o duras (3).

La pérdida de la integridad de la piel como fisuras, heridas exudativas, las hemorroides y el dolor, configuran patrón funcional con riesgo de alteración (3).

## Guía de Valoración: Patrón Funcional Eliminación

### Anamnesis - Datos subjetivos

#### Intestinal

Deposición diaria		Consistencia		Color	
Olor		Dolor del abdomen		Distensión abdominal	
Dolor al evacuar		Sangre en heces		Flatulencia	
Peristaltismo		Incontinencia		Fisuras	
Incontinencia fecal		Hemorroides		Halitosis	
Ostomías		Halitosis			
Medidas para facilitar la evacuación		Laxantes			
Enemas		Supositorios			

#### Urinaria

Frecuencia diaria		Cantidad		Olor	
Color		Problemas de micción		Incontinencia	
Retención urinaria		Disuria		Poliuria	
Polaquiuria		Oliguria		Nicturia	
Hematuria		Infección urinaria		Urgencia para orinar	
Sistema de ayuda		Pañales		Sonda vesical	
Colector		Urostomía		Baño	
Medidas para facilitar la micción		Masaje			

## Cutánea

Sudoración profusa		Olor corporal		Drenajes	
Heridas exudativas					

## Examen físico – Datos Objetivos

### A. INSPECCIÓN

Forma:

Volumen o Tamaño:

Simetría:

Características de la Piel:

Ombigo:

Alteraciones Comunes:

Estrías:  Nódulos:  Equimosis:

Cambios de Color:  Cicatrices:  Masas:

Red Venosa Visible:  Petequias:  Edema:

### MOVIMIENTOS

Respiratorios:

Pulsaciones:

Peristaltismo:

### B. AUSCULTACIÓN

Ruidos Intestinales:

Soplos vasculares y Pulsaciones:

### **C. PALPACIÓN**

Superficial:

Profunda:

Palpación Hepática:

Palpación Esplénica:

### **D. PERCUSIÓN:**

## Referencias bibliográficas

1. Rodríguez Puerta A. Lifeder. 2023. Marjory Gordon y los Patrones Funcionales (Enfermería). Disponible en: <https://www.lifeder.com/marjory-gordon/>
2. Abad López L. Valoración de Enfermería pediátrica basada en la filosofía de Marjory Gordon [Internet]. Universidad Autónoma Metropolitana; 2023. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26030/1/cbs1973815.pdf>
3. Cediell RA. Semiología Médica. 8a Edición. Bogotá, Colombia: Editorial Celsus; 2018.
4. Custodio Marroquín JA. Examen físico del abdomen. Slideshare.net. 2024. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/examen-fisico-abdomen/5234790>
5. Uribe Mesa AL. Manual para el examen físico del normal y métodos de exploración. Colombia: Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; 2020 Edición 5. Disponible en: <https://cib.org.co/producto/manual-para-el-examen-fisico-del-normal-y-metodos-de-exploracion-5-ed-2020/>
6. Rey E. Estreñimiento. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2006;98(4):308-308. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082006000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000400010&lng=es)