

¿La auscultación de abdomen quedará en desuso? Nuevos paradigmas en la exploración física abdominal

*Will abdominal auscultation become obsolete?
New paradigms in abdominal physical examination*

Iván San Pedro Rodríguez,^{*,‡} Silvia Becerra Castro,^{*,§}
Elideth Montserrat Iñiguez Flores,^{*,§} Eduardo Ernesto Basurto Olmedo,^{*,§}
Daniel Hernández Escobedo,^{*,§} Jan Philipp Schindler,^{*,§} Erik García Estrada^{*,§}

Palabras clave:

auscultación,
abdomen,
exploración.

Keywords:

auscultation,
abdominal,
examination.

RESUMEN

Se realizó una revisión sistemática sobre posibles cambios en la forma de realizar la auscultación abdominal durante la exploración física, con el objetivo de implementar nuevas técnicas para el diagnóstico preciso y oportuno de cada paciente. Se obtuvo evidencia de la posibilidad de omitir la auscultación en ciertos casos, así como de llevar a cabo la exploración abdominal, especialmente la auscultación, sin la forma sistemática en la que se realiza comúnmente, sin representar un riesgo de alterar o enmascarar el diagnóstico. A pesar de las limitaciones que conlleva adoptar una nueva forma de realizar la exploración física, se obtuvo la evidencia suficiente para comenzar a implementar estas nuevas técnicas y mejorar la calidad en la semiología del abdomen.

ABSTRACT

A systematic review was performed, focused on the possible changes in how abdominal auscultation is performed during physical examination, with the aim of implementing new techniques for each patient's precise and timely diagnosis. Evidence was found that auscultation could be omitted in certain cases, as well as performing abdominal examination, especially auscultation, without the usual systematic approach, without the risk of alteration or masking the diagnosis. Despite the limitations that come with adopting a new approach to physical examination, there was enough evidence to begin implementing these new techniques and improve the quality of abdominal semiology.

INTRODUCCIÓN

La medicina es una ciencia que, en la práctica cotidiana, integra un sinnúmero de habilidades y destrezas que el profesional de la salud adquiere desde sus años de formación. Estas habilidades se perfeccionan a lo largo de la práctica profesional, hasta que el médico las realiza de manera sistemática. Una de las destrezas más complejas a desarrollar es la técnica de exploración física, la cual, si se ejecuta correctamente, permite un diagnóstico y tratamiento eficaz.

La auscultación abdominal es una técnica fundamental en la evaluación clínica, que durante mucho tiempo ha sido un pilar en el diagnóstico de diversas afecciones gastrointestinales. Tradicionalmente, se ha basado en escuchar los ruidos intestinales con un estetoscopio para descartar la presencia de ruidos anormales. Sin embargo, en la medicina moderna, el interés se ha volcado hacia la incorporación de nuevas tecnologías y enfoques que buscan mejorar la objetividad, sensibilidad y especificidad de esta técnica diagnóstica.

* Hospital General Tacuba, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Ciudad de México.

‡ Residente de cuarto año de Cirugía General.

§ Residente de primer año de Cirugía General.

Recibido: 01/08/2025
Aceptado: 28/08/2025



Citar como: San Pedro RI, Becerra CS, Iñiguez FEM, Basurto OEE, Hernández ED, Philipp SJ et al. ¿La auscultación de abdomen quedará en desuso? Nuevos paradigmas en la exploración física abdominal. Cir Gen. 2025; 47 (3): 184-191. <https://dx.doi.org/10.35366/121426>

Si bien la auscultación con estetoscopio sigue siendo relevante para una evaluación inicial, sus limitaciones, como la subjetividad en la interpretación y la dificultad para cuantificar los hallazgos, han impulsado la búsqueda de alternativas. Las nuevas tendencias se centran en la digitalización y análisis computarizado de los sonidos abdominales, así como en la integración de datos de diferentes fuentes para ofrecer una imagen más completa de la fisiología intestinal. Esto incluye el uso de dispositivos electrónicos avanzados que permiten la grabación y procesamiento de sonidos, la aplicación de algoritmos de inteligencia artificial para identificar patrones y su relación con biomarcadores o imágenes diagnósticas.¹

En el presente trabajo se realiza una revisión de estas nuevas tendencias sobre el abordaje diagnóstico durante la auscultación en la exploración física abdominal, las cuales serán de gran utilidad para la detección temprana de enfermedades, el monitoreo de la respuesta al tratamiento y la personalización de la atención al paciente.

Objetivo

Realizar una revisión crítica de la auscultación abdominal como herramienta diagnóstica, analizando su evolución histórica desde sus orígenes hasta su consolidación en los protocolos clínicos modernos, evaluando su validez diagnóstica y utilidad clínica. Se busca actualizar su interpretación clínica con base en la medicina basada en la evidencia, considerando su uso racional y contextualizándola en la práctica clínica moderna.

ANTECEDENTES

La palabra auscultación deriva del latín *auscultare*, que significa escuchar u oír con atención. Se remonta a Hipócrates (siglo IV a. C.). El término “método directo” fue acuñado por Anuce Foës. Posteriormente, en su libro *Tratado de las enfermedades del tórax y sobre la auscultación mediata*, Laennec postula que Hipócrates experimentó con la auscultación inmediata, como lo demuestra el siguiente pasaje del tratado *De Morbis*: “Sabrás por esto que el tórax contiene agua y no pus si, al aplicar el oído lateralmente

durante cierto tiempo, percibes un ruido como el de vinagre hirviendo”.²

Tradicionalmente, la exploración física abdominal está integrada por cuatro maniobras fundamentales: inspección, auscultación, percusión y palpación; se realizan en ese orden.³

La inspección se realiza desde que el paciente ingresa al consultorio, desde el primer contacto con él. Esta maniobra consiste en la observación meticulosa de las características del paciente, así como de la zona y/o región anatómica que se desea explorar.⁴

La auscultación consiste en colocar el diafragma del estetoscopio sobre la pared abdominal en cada cuadrante, permitiendo al explorador escuchar y detectar de manera precisa la localización, cronicidad, tonalidad e intensidad de los ruidos intestinales, así como el frote de fricción peritoneal o soplos vasculares.⁴

La percusión, en la cual el dedo del explorador realiza un golpe gentil sobre el tercer dedo de la mano opuesta, con el objetivo de provocar una onda sonora que, según la densidad de los tejidos adyacentes y/o fluidos, se puede apreciar como resonancia o matidez.⁴

El último paso, la palpación, se caracteriza por la aplicación de una presión gentil con los dedos en la pared abdominal y tiene como objetivo identificar y delimitar tumores, texturas, bordes, zonas dolorosas y/o anormales.⁴

Estas maniobras se realizan de manera sistemática, comparativa y bilateral, permitiendo distinguir hallazgos normales y anormales durante la exploración física. Por ello, tradicionalmente se ha establecido que estas intervenciones deben seguir el mismo orden.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática basada en la investigación y lectura crítica de artículos obtenidos de datos y motores de búsquedas como PubMed/Medline, Cochrane, SciELO, Ovid, ScienceDirect, UpToDate, EBSCOhost, entre otros, usando combinaciones de palabras como “auscultación”, “auscultation”, “auscultación abdominal”, “abdominal auscultation”. La búsqueda se realizó sin límite de fecha de publicación, hasta junio de 2025. Se incluyó material de información en inglés y español, abarcando los antecedentes históricos sobre la auscultación

abdominal, así como la forma sistemática en que se realiza de manera convencional. Por otra parte, se incluyeron textos que mencionan un posible cambio en la forma sistemática del examen abdominal, en especial de la auscultación, con el fin de lograr una mayor practicidad y objetividad durante la exploración física.

EVIDENCIA SOBRE POSIBLES CAMBIOS Y PARADIGMAS EN LA AUSCULTACIÓN ABDOMINAL

Cui y colaboradores evaluaron el impacto de la auscultación de manera rutinaria en pacientes críticos dentro de una unidad de cuidados intensivos, los cuales no presentaban antecedentes de enfermedades gastrointestinales. Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en donde se compararon pacientes a los que se les realizó auscultación y palpación abdominal durante las primeras 48 horas de su estancia con pacientes que no la recibieron. En los pacientes que se les hizo examen físico, se pudieron realizar ajustes oportunos en la dosis de antibióticos, vasopresores y analgésicos, lo que se asoció a una menor mortalidad a los 28 (HR 0.75), 60 y 90 días. Estos resultados favorecen el examen físico rutinario en pacientes críticos.⁵

Deane y colaboradores elaboraron una investigación para evaluar si los hallazgos que se obtienen durante la exploración abdominal son necesarios para el inicio de la nutrición enteral en pacientes críticos, en la cual no se encontró relación entre la distensión abdominal, intestinal y la muerte. No se encontraron datos que representen un beneficio para el inicio de la nutrición enteral con el uso de la exploración física abdominal.¹

En una revisión sistemática, DiLeo y su equipo llegaron a conclusiones de aspectos técnicos que se contraponen a la exploración sistemática y convencional que se lleva a cabo hasta el día de hoy, las cuales son:

1. La palpación previa a la auscultación abdominal no afecta la frecuencia de los ruidos intestinales.
2. La presencia o ausencia de ruidos intestinales demostró ser un indicador poco confiable en casos de una víscera hueca perforada.

3. La administración de analgésicos en el paciente no influye en la precisión diagnóstica del examen físico abdominal. El signo de Murphy tampoco se ve afectado por la administración de opioides en el paciente.
4. Durante la auscultación es normal percibir soplos vasculares de las arterias renales, ilíacas o femorales. Si estos soplos se llegan a escuchar tanto en fase de sístole como en diástole, puede ser un indicador de oclusión arterial parcial.⁴

En un estudio observacional transversal, Drake y su equipo estudiaron la relación entre los ruidos intestinales auscultados con un estetoscopio y su visualización mediante ultrasonido, con el objetivo de determinar si dichos eventos presentaban alguna relación o se presentaban de manera aislada. Los investigadores realizaron mediciones en los cuatro cuadrantes abdominales y la región umbilical de 16 individuos sanos. No se encontró una correlación significativa entre la auscultación de ruidos intestinales y la visualización de la peristalsis ($p > 0.05$). Esta investigación cuestiona si la auscultación en los cuatro cuadrantes proporciona información más significativa que escuchar en un punto central, y si los ruidos intestinales son una buena medida de peristalsis, poniendo en duda su utilidad para la valoración clínica.⁶

Existen investigaciones como la de Durup-Dickenson y colaboradores en la que se estudió el acuerdo inter- e intraobservador respecto a la evaluación del tono, intensidad y cantidad de ruidos intestinales. Evaluaron a 100 médicos de diferentes especialidades y niveles de experiencia, reproduciendo 20 grabaciones de pacientes sanos y con patologías urgentes, incluyendo perforación duodenal, oclusión intestinal, peritonitis bacteriana, vólvulo estrangulado y subíleo. La evaluación se realizó en un entorno ciego, evaluando el tono, intensidad y cantidad de los ruidos en un cuestionario. Se calculó kappa de Fleiss, mostrando un acuerdo interobservador leve ($k = 0.19$) para tono y bueno ($k = 0.30$ y $k = 0.24$) para intensidad y cantidad, respectivamente, estadísticamente significativos ($p < 0.0001$). Para el acuerdo intraobservador se reprodujo la misma grabación de manera repetida, midiendo la probabilidad de que un

médico coincidiera con su evaluación previa de la misma grabación; se encontró $k = 0.55$ para el tono, $k = 0.45$ para la intensidad y $k = 0.41$ para la cantidad. Concluyeron que la fiabilidad relativamente pobre del observador sugiere que los médicos no pueden confiar únicamente en la auscultación abdominal para la evaluación del paciente; sin embargo, su valor diagnóstico aumenta cuando se complementa la exploración física con la historia clínica. Este estudio concluye que la auscultación debería seguir siendo utilizada para la valoración de pacientes con dolor abdominal agudo.⁷

Felder y su grupo evaluaron la posibilidad de diagnosticar de manera precisa la obstrucción mecánica de intestino delgado o íleo postoperatorio basándose únicamente en la auscultación de los ruidos intestinales. Para esto se utilizaron un total de 45 grabaciones (10 de cada categoría y 5 duplicadas), las cuales fueron reproducidas a 41 médicos que no conocían el escenario clínico, quienes debían categorizar cada grabación como normal, oclusión, íleo o dudosa. Los resultados demostraron una sensibilidad baja para grabaciones normales (32%), oclusión intestinal (22%) e íleo (22%), con un valor predictivo positivo general para grabaciones normales (23%), oclusión intestinal (28%) e íleo (44%). La fiabilidad intraobservador de las grabaciones duplicadas fue de 59% para registro normal, 51% para oclusión y 56% para íleo, con fiabilidad general del 54%. Se logró concluir que la auscultación de los ruidos intestinales no es una práctica útil para diferenciar entre ruidos intestinales normales y patológicos.⁸

Gade y su equipo valoraron el acuerdo entre observadores sobre ruidos intestinales normales y patológicos. Para ello evaluaron la respuesta de 100 médicos a 12 grabaciones de ruidos intestinales, de las cuales ocho representaban pacientes con dolor abdominal agudo y cuatro eran voluntarios sanos. El 72% de las respuestas sobre voluntarios sanos coincidieron en juzgar los ruidos como normales. Para el caso de pacientes con íleo obstructivo, el 64% de las observaciones coincidieron en caracterizar los ruidos como patológicos. Hubo un alto acuerdo (94%) en un caso de obstrucción de intestino grueso. Sin embargo, en el caso de peritonitis, dominó la falta de acuerdo. Hubo

acuerdos y desacuerdos sobre un diagnóstico erróneo, especialmente en casos clínicamente atípicos. Se concluyó que la auscultación abdominal sigue siendo un examen clínico útil en pacientes con dolor abdominal agudo, aunque no es recomendable para diagnosticar casos de peritonitis.⁹

Harris y colaboradores hablan sobre la auscultación abdominal y cómo se ha vuelto una parte fundamental del examen clínico al momento de abordar pacientes con dolor gastrointestinal. En su investigación asumen que debe haber una relación entre los sonidos intestinales y la enfermedad que se aborde. Aunque la auscultación sigue siendo uno de los componentes del examen físico abdominal, su secuencia ha variado considerablemente: en un inicio, el examen abdominal se abordaba en el orden de inspección, palpación, percusión y auscultación; sin embargo, un estudio de revisión sobre la exploración física que abarcó un periodo de búsqueda entre principios de 1900 y 2005 mostró un cambio en el formato aceptado, describiendo la auscultación después de la inspección, seguida de la palpación y percusión.³ Esto debido a que se creía que la palpación puede disminuir o incluso eliminar el movimiento de peristalsis, lo que afectaría la auscultación y la interpretación de los resultados. Por lo tanto, se aconsejó auscultar antes de palpar, siguiendo la advertencia de “detenerse, mirar y escuchar”, cambiando el orden tradicional de “ver, sentir, escuchar” a “ver, escuchar, sentir”. Sin embargo, los libros de texto de cirugía aún prescriben el método tradicional de examen abdominal, siendo la palpación el paso primordial, seguida de la auscultación.³

La secuencia de inspección, palpación, percusión y auscultación versus inspección, auscultación, percusión y palpación, sigue siendo debatida actualmente y no hay un consenso.

No hay evidencia sobre la significancia clínica de la alteración de los ruidos intestinales debido al movimiento ocasionado por la palpación. A pesar de los esfuerzos para objetivar los ruidos intestinales, existen pocas investigaciones sobre el valor clínico de la auscultación abdominal. Los estudios que existen sobre su utilidad en pacientes con dolor abdominal agudo, a excepción de

los pacientes con peritonitis, han aportado información poco clara: algunos autores la consideran una herramienta esencial, mientras que otros cuestionan su precisión en el reporte de ruidos después de la cirugía. Además, no hay consenso sobre el tiempo ideal que se debe dedicar a la auscultación, variando de 15 segundos a 1 minuto, ni sobre si se deben auscultar los cuatro cuadrantes o solo uno.³

En un estudio aleatorizado, Sena y su equipo analizaron si el orden del examen abdominal afecta la frecuencia de los ruidos intestinales, postulando que no es el caso. Para ello se utilizaron dos secuencias de examen distintas: inspección, palpación, percusión, auscultación e inspección, auscultación, palpación y percusión. El estudio incluyó a 180 participantes (80 voluntarios sanos y 100 pacientes) y fue complementado con ecografía Doppler para analizar la motilidad intestinal antes y después de la palpación y percusión. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de los ruidos intestinales y tampoco se evidenciaron diferencias significativas mediante el uso del Doppler ($p = 0.694$), lo que lleva a concluir que el orden de la auscultación no cambia la frecuencia de los ruidos intestinales.¹⁰

Vizioli y su equipo investigaron si la palpación abdominal modificaba el número de ruidos intestinales. Examinaron a 20 voluntarios sanos y 20 pacientes y auscultaron cada cuadrante durante un minuto, antes e inmediatamente después de la palpación abdominal. Los resultados demostraron que el número de ruidos intestinales no difirió significativamente antes y después de la palpación en los individuos sanos (media 12.6 vs 11.6; $p = 0.482$) ni en los pacientes (media 15.6 vs 15.8; $p = 0.714$).¹¹

West y Klein estudiaron la importancia de la auscultación abdominal mediante un estudio observacional, analizando si la auscultación de 15 segundos es precisa en la identificación de la presencia o ausencia de ruidos intestinales. Para ello, auscultaron a 33 pacientes hospitalizados de entre un mes y 17 años, dos veces al día, auscultando el cuadrante inferior derecho durante un minuto. En 183 de 223 ocasiones, los ruidos intestinales se identificaron en los primeros 15 segundos. Sin embargo, en 26

ocasiones se identificaron ruidos en los últimos 45 segundos, pero no en los primeros 15 segundos, lo que habría resultado en una tasa de falsos positivos del 12% si la ausencia de ruidos se considerara un signo de enfermedad. Además, en cinco de seis niños con cirugía abdominal mayor los ruidos intestinales se presentaron durante el minuto completo de auscultación, antes de la operación y en cada uno de los primeros tres días postoperatorios. Esta investigación concluye que existe falta de fiabilidad de la auscultación abdominal breve y escasa correlación con los eventos postoperatorios, poniendo en duda la utilidad de su valoración.¹²

En una carta al editor, Zuin y colaboradores discuten si la auscultación abdominal sigue siendo una parte relevante del examen físico. La carta aborda la controversia sobre el valor y la utilidad de la auscultación abdominal en la práctica clínica diaria, señalando que los libros de texto y las escuelas médicas tienen puntos de vista divergentes sobre si la palpación debe preceder a la auscultación. Argumentan que, si bien la tecnología de imagen ha avanzado, el examen físico sigue siendo la piedra angular del diagnóstico diferencial. A pesar de los hallazgos contradictorios en la literatura sobre su valor diagnóstico y la variabilidad interobservador, la auscultación abdominal es fundamental para generar una sospecha clínica que debe ser confirmada por pruebas adicionales. Los autores enfatizan que el valor de la auscultación aumenta al considerarla junto con el historial médico y la evaluación de los síntomas. En conclusión, la carta sugiere que la auscultación abdominal no debe considerarse una práctica obsoleta. Por el contrario, sigue siendo una parte esencial del examen físico, especialmente en casos de síntomas abdominales, y es crucial para mantener una perspectiva centrada en el paciente.¹³

La utilidad de los soplos abdominales también es un tema muy debatido y con poca evidencia; se cuestiona si su presencia requiere un estudio adicional.

La auscultación abdominal ha sido aceptada debido al influjo histórico y la tradición de seguir un orden, sin haber sido evaluada en términos de su replicabilidad y poder diagnóstico.

¿POR QUÉ IMPLEMENTAR ESTAS NUEVAS TÉCNICAS?

La exploración abdominal ha sido tradicionalmente guiada por secuencias rígidas, como auscultar antes de palpar para evitar la supuesta alteración de los ruidos intestinales. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que la palpación no modifica de forma significativa estos ruidos, cuestionando así dicha secuencia y abriendo paso a un enfoque más flexible y basado en la evidencia. Además, el desarrollo de nuevas tecnologías –como la ecografía clínica *Point-of-Care Ultrasound* (POCUS), sensores digitales y herramientas de apoyo diagnóstico– han transformado la forma en que se aborda el examen abdominal.⁶ Estas técnicas permiten una valoración más precisa, rápida y objetiva, lo cual es fundamental para la toma de decisiones clínicas eficaces. Implementarlas no solo actualiza la práctica médica, sino que también mejora la seguridad y calidad en la atención al paciente.

LIMITACIONES/INCONVENIENTES

La incorporación de nuevas técnicas en la exploración abdominal ha representado un avance significativo en términos de precisión diagnóstica y eficiencia en la atención al paciente.¹⁴ Sin embargo, su implementación generalizada enfrenta una serie de limitaciones que deben ser cuidadosamente consideradas.¹⁵ Estos desafíos no solo afectan la práctica clínica cotidiana, sino que también tienen implicaciones directas en los procesos formativos de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. A continuación, se describen las principales barreras identificadas en la literatura:

- 1. Curva de aprendizaje y necesidad de capacitación especializada:** muchas técnicas emergentes, como la ecografía a pie de cama (POCUS), requieren habilidades técnicas específicas que no forman parte integral del entrenamiento clínico tradicional. La falta de estandarización en los programas de formación y la variabilidad en la competencia de los operadores pueden limitar la efectividad de estas herramientas.⁶
- 2. Disponibilidad y acceso a recursos tecnológicos:** la implementación de nuevas tecnologías depende en gran medida de la disponibilidad de equipos adecuados. Esta situación representa una limitación importante en contextos de escasos recursos, especialmente en zonas rurales o en instituciones con presupuestos restringidos, o en donde el acceso a dispositivos avanzados es limitado.
- 3. Costos de adquisición e implementación:** la inversión inicial necesaria para incorporar nuevas tecnologías incluye tanto la compra de equipos como los costos asociados a la capacitación del personal. Estas barreras económicas pueden retrasar o impedir la adopción de estas herramientas, particularmente en sistemas de salud con restricciones presupuestarias.
- 4. Dependencia tecnológica y posible desplazamiento de habilidades clínicas tradicionales:** el uso intensivo de dispositivos tecnológicos podría conducir, en algunos casos, a disminuir el desarrollo y fortalecimiento de competencias clínicas fundamentales, como la anamnesis detallada o la exploración física sistemática. Es esencial preservar el equilibrio entre la tecnología y el razonamiento clínico.⁶
- 5. Variabilidad en la interpretación de resultados:** a pesar del uso de tecnologías avanzadas, la interpretación de los hallazgos sigue dependiendo en gran parte de la experiencia del profesional. La falta de estandarización en los criterios diagnósticos y la subjetividad en la evaluación pueden generar errores o inconsistencias clínicas.
- 6. Resistencia al cambio y persistencia de prácticas tradicionales:** un ejemplo ilustrativo es la secuencia clásica de la exploración abdominal, que indica aplicar la auscultación antes de la palpación para evitar alterar los ruidos intestinales.¹⁶ No obstante, estudios recientes han demostrado que la palpación no afecta significativamente la frecuencia o características de dichos ruidos, cuestionando la rigidez de este orden.³ A pesar de esta evidencia, persiste cierta resistencia por parte de algunos profesionales a modificar prácticas consolidadas. Esta situación pone de manifiesto la necesidad

de actualizar no solo la práctica clínica, sino también los enfoques pedagógicos utilizados en la enseñanza de la semiología médica, con el fin de formar profesionales alineados con la evidencia científica más actual.

7. **Implicaciones éticas y legales:** la implementación inadecuada de estas técnicas, especialmente cuando son empleadas por personal no debidamente entrenado, puede implicar riesgos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez puede derivar en consecuencias éticas y legales, particularmente en contextos donde los errores clínicos están relacionados con el uso inapropiado de herramientas tecnológicas.

CONCLUSIONES

La auscultación abdominal es parte fundamental de la exploración física. Desde sus inicios, ha sido pieza clave para descartar diversas patologías de origen abdominal. Existe evidencia científica que respalda la posibilidad de no realizarla de manera convencional en casos específicos. No obstante, los resultados son heterogéneos y muestran que la auscultación abdominal, si bien posee limitaciones diagnósticas –baja sensibilidad, subjetividad interobservador e interinstrumental, así como escasa relación con la fisiología peristáltica observada por ultrasonido–, sigue siendo una herramienta complementaria cuando se interpreta en conjunto con la historia clínica, la inspección y la palpación. La evidencia actual sugiere que no existe una única secuencia obligatoria en el examen físico, ya que ni la palpación ni la percusión alteran significativamente la frecuencia ni el patrón de los ruidos intestinales.

A la luz de la medicina basada en evidencia, se propone modernizar la interpretación de esta maniobra, reservándola para contextos clínicos específicos donde su aporte sea relevante y fomenta el uso de tecnologías complementarias. A pesar de las limitaciones que conlleva adoptar estas nuevas medidas dentro de la práctica médica, se ha demostrado que existen ventajas y mejoras para lograr un diagnóstico oportuno y objetivo que mejore el pronóstico de cada paciente.

AGRADECIMIENTOS

En agradecimiento a la Dra. Abilene Cirenía Escamilla Ortiz, médico adscrito del Servicio de Cirugía General del Hospital General Tacuba ISSSTE.

REFERENCIAS

1. Deane AM, Ali Abdelhamid Y, Plummer MP, Fetterplace K, Moore C, Reintam Blaser A. Are classic bedside exam findings required to initiate enteral nutrition in critically ill patients: emphasis on bowel sounds and abdominal distension. *Nutr Clin Pract*. 2021; 36: 67-75. doi: 10.1002/ncp.10610.
2. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Mazza JJ, Yale SH. Abdominal physical signs and medical eponyms: Part II. Percussion and auscultation, 1924-1980. *Clin Med Res*. 2020; 18: 102-108. doi: 10.3121/cmr.2018.1429.
3. Harris S, Naina HVK, Kuppachi S. Look, feel, listen or look, listen, feel? *Am J Med*. 2007; 120: e3. doi: 10.1016/j.amjmed.2006.05.064.
4. DiLeo Thomas L, Henn MC. Perfecting the gastrointestinal physical exam: findings and their utility and examination pearls. *Emerg Med Clin North Am*. 2021; 39: 689-702. doi: 10.1016/j.emc.2021.07.004.
5. Cui X, Shi Y, He X, Zhang M, Zhang H, Yang J, et al. Abdominal physical examinations in early stages benefit critically ill patients without primary gastrointestinal diseases: a retrospective cohort study. *Front Med (Lausanne)*. 2024; 11: 1338061. doi: 10.3389/fmed.2024.1338061.
6. Drake A, Franklin N, Schrock JW, Jones RA. Auscultation of bowel sounds and ultrasound of peristalsis are neither compartmentalized nor correlated. *Cureus*. 2021; 13: e14982. doi: 10.7759/cureus.14982.
7. Durup-Dickenson M, Christensen MK, Gade J. Abdominal auscultation does not provide clear clinical diagnoses. *Dan Med J*. 2013; 60: A4620.
8. Felder S, Margel D, Murrell Z, Fleshner P. Usefulness of bowel sound auscultation: a prospective evaluation. *J Surg Educ*. 2014; 71: 768-773. doi: 10.1016/j.jsurg.2014.02.003.
9. Gade J, Kruse P, Andersen OT, Pedersen SB, Boesby S. Physicians' abdominal auscultation. A multi-rater agreement study. *Scand J Gastroenterol*. 1998; 33: 773-777. doi: 10.1080/00365529850171756.
10. Calis AS, Kaya E, Mehmetaj L, Yilmaz B, Demir EN, Oztuna D, et al. Abdominal palpation and percussion maneuvers do not affect bowel sounds. *Turk J Surg*. 2019; 35: 309-313.
11. Vizioli LH, Winckler FD, da Luz LC, Marques GK, Callegari-Jacques SM, Fornari F. Abdominal palpation does not modify the number of bowel sounds in healthy volunteers and gastrointestinal outpatients. *Am J Med Sci*. 2020; 360: 378-382. doi: 10.1016/j.amjms.2020.05.041.
12. West M, Klein MD. Is abdominal auscultation important? *Lancet*. 1982; 2: 1279. doi: 10.1016/s0140-6736(82)90134-9.
13. Zuin M, Rigatelli G, Andreotti AN, Fogato L, Roncon L. Is abdominal auscultation a still relevant part of the

- physical examination? Eur J Intern Med. 2017; 43: e24-e25. doi: 10.1016/j.ejim.2017.04.013.
14. McGee S. Auscultación del abdomen. En: McGee S, editor. Diagnóstico físico basado en la evidencia. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
 15. Rungs Brown DR, Víctor Baldin A, Muñoz Hinojosa J, Valdés Castañeda A, Gómez Palacio M. Exploración física del abdomen agudo y sus principales signos como una práctica basada en la evidencia. Cir Gen. 2015; 37: 32-37.
 16. Kopitnik NL, Kashyap S, Dominique E. Acute abdomen. 2025. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

Consideraciones y responsabilidad ética: no requiere autorización por parte del comité de ética en investigación, ya que es trabajo de revisión.

Financiamiento: el estudio no ha recibido ningún tipo de aportación económica.

Conflicto de intereses: los autores no manifiestan conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. Iván San Pedro Rodríguez

E-mail: ivansr04@gmail.com