

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 2. Palpación:

- Estado de las vibraciones vocales:



FIG. 9a. Palpación de las vibraciones vocales

- \* Ambos lados de forma simultánea y simétrica. **VV conservadas.**
- \* Reforzadas en consolidaciones (neumonías).
- \* Disminuidas o abolidas en: parénquima atrofiado (enfisema), quios obstruidos (bronquitis o asma), existencia de líquido (derrame pleural) o aire (neumotórax).

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 2. Palpación:

- Adenomegalias, alteraciones costales o desviación traqueal (índice en fosa supraclavicular).

- Mamas.

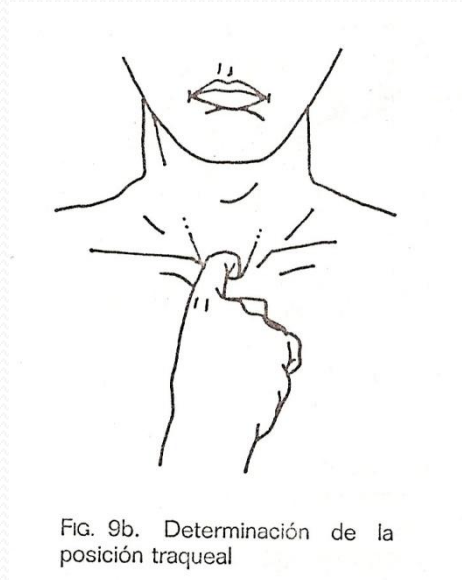


Fig. 9b. Determinación de la posición traqueal

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 3. Percusión:

- Dedos entre espacios intercostales.

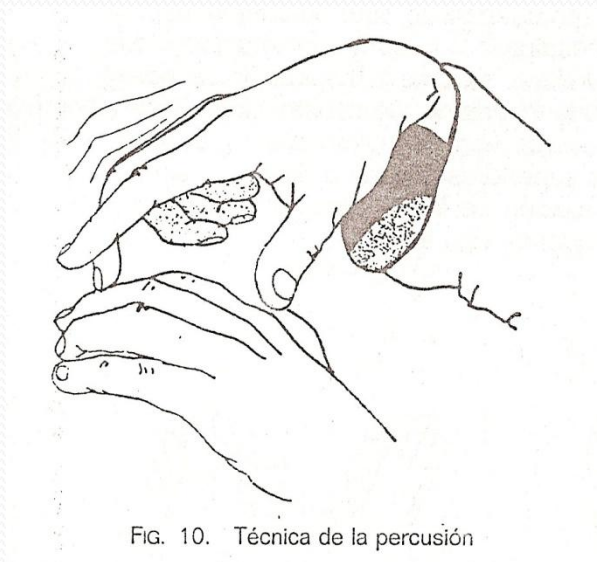


FIG. 10. Técnica de la percusión

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 3. Percusión:

#### - Sonidos:

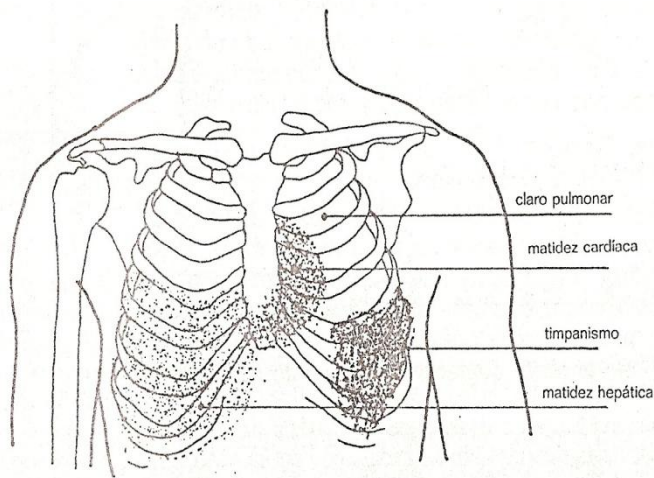


FIG. 12. Límites del sonido claro pulmonar

\* claro pulmonar: normal. **Sonoridad pulmonar normal.**

\* timpánico: estómago, enfisema, neumotórax.

\* mate: cardíaco y hepático, atelectasia, edema, neumonía, engrosamiento pleural o derrame pleural.

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 3. Percusión:

- De los huesos del tórax:

\* Clavícula: sonora, menos en tercio distal por los músculos.

\* Esternón: sonora en manubrio y cuerpo, mate en apéndice xifoides (hígado).

\* Columna vertebral: sonora de C7 hasta D11. En pleuresías (inflamación pleural) es mate.

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 4. Auscultación:

• **Intensidad** de los sonidos.

• **Duración** de la inspiración y espiración.

• **Voz respiratoria**

• **Sonidos anormales**

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 4. Auscultación:

#### a. Intensidad de los sonidos:

- Murmullo vesicular.
- Vértice de pulmón derecho: bronquial (bronquios cercanos a pared torácica).
- Ruido bronquial (inspiración como en espiración): neumonía.
- Disminuido o abolido: enfisema o edema pulmonar (alveolos no ventilan), derrame pleural, neumotórax o engrosamiento pleural (interposición).
- Amplificado o soplo cavitario o anfórico: cavidades pulmonares.

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 4. Auscultación:

- b. Duración insp-esp: espiración  
alargada en estenosis de pequeños bronquios  
(bronquitis y asma).

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA:

### 4. Auscultación:

#### c. Voz transmitida:

- “Treinta y tres” o “ferrocarril” en voz alta y susurrada.
- Consolidación: voz alta sonido de aspecto telefónico (egofonía) y voz susurrada nítida (pectoriloquia áfona).
- Derrame: reducido.

# APARATO RESPIRATORIO

## EXPLORACIÓN FÍSICA

### 4. Auscultación:

#### d. Sonidos añadidos:

##### - Estertores:

\* Roncus: continuos de tono bajo. Obstrucción de vía aérea: espasmo, moco o edema. Si no modifica con tos: neo o cuerpo extraño.

\* Sibilantes: tono alto en espiración. Asma y síndrome de hiperreactividad bronquial.

# APARATO RESPIRATORIO

\*Crepitantes: borboteo en inspiración:

- tiempo:

\* precoces: al inicio, modificables con la tos: obstrucción difusa.

\* tardíos: al final, no modificables con la tos: fibrosis y edema.

- calidad:

\* finos: neumonía.

\* medianos: más gorgoteantes. Edema pulmonar.

\* gruesos: burbujeantes y audibles. Bronquiectasias.

- Roces pleurales: roce del cuero. Inspiración y espiración. No modificables con la tos.

# APARATO RESPIRATORIO

	INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTAC.
ENFISEMA	> VOLUMEN < MOVILIDAD	< W	TIMPANISMO	< MV, espiración alargada, roncus
CONDENSACIÓ	< MOVILIDAD	> W	MATIDEZ	< o abolido MV, crepitantes, egofonía y pectori
ATELECTASIA	RETRACCIÓN < MOVILIDAD	AUSENCIA W	MATIDEZ	Ausencia MV
P. INTERSTICIO	TAQUIPNEA SUPERFICIAL	NORMAL	NORMAL	Crepitantes tardíos
NEUMOTORAX	< MOVILIDAD	< W	TIMPANISMO	Silencio
IRRIT. PLEURAL	< MOVILIDAD	NORMAL	NORMAL	Roces pleurales
DERR. PLEURAL	< MOVILIDAD	< W	MATIDEZ	Silencio y ruido bonquial alto
PAQUIPLEURIT	< MOVILIDAD RETRACCIÓN	< W	MATIDEZ	< MV y roces

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO:

Varón de 60 años de edad que acude por aumento progresivo de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Se acompaña de tos, sin cambios en la expectoración habitual. No datos clínicos de fallo cardíaco. Dice haber perdido algo de peso, pero no cuantificado.

Afebril. No dolor torácico ni pleurítico.

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO:

AP: HTA en tto con IECAs con buen control.

DM tipo 2 en tto con metformina. Dice que tiene problemas pulmonares pero no sabe explicarnos cuales.

Fumador de 40 paq/año. Niega hábito enólico.

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO:

EF: ECG 15. FC 90 lpm. FR 24 rpm. T<sup>a</sup> 36,8°C, TA 140/90.

Sat de O<sub>2</sub>: 91%.

- Inspección: tórax en tonel con discreta cianosis central y periférica. No existen asimetrías. No lesiones en la pared. No estigmas torácicos de patología extrapulmonar. Movilidad disminuida en hemitórax izquierdo. Respiración superficial. Tiraje supraesternal e intercostal, con discreto bamboleo abdominal. Nos llama la atención la aparición de dedos en palillos de tambor. Tendencia a la somnolencia, por lo que exploramos flapping que es positivo.

# APARATO RESPIRATORIO

PACIENTE CON BRONCOPATÍA CRÓNICA QUE PRESENTA UNA ALTERACIÓN EN HEMITORAX IZQUIERDO QUE HA PROVOCADO UNA DESCOMPENSACIÓN DE SU ESTADO BASAL, PUDIENDO ESTAR RETENIENDO CARBÓNICO.

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO:

- Palpación: confirmamos la **disminución de movilidad de hemitórax izquierdo**, y parece que la **transmisión de vibraciones vocales está disminuida en la base izquierda**. No apreciamos desviación traqueal, adenomegalias ni alteraciones costales. Exploración mamaria normal.

# APARATO RESPIRATORIO

	INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTAC.
ENFISEMA	> VOLUMEN < MOVILIDAD	< VV	TIMPANISMO	< MV, espiración alargada, roncus
CONDENSACIÓ	< MOVILIDAD	> VV	MATIDEZ	< o abolido MV, crepitantes, egofonía y pectori
ATELECTASIA	RETRACCIÓN < MOVILIDAD	AUSENCIA VV	MATIDEZ	Ausencia MV
P. INTERSTICIO	TAQUIPNEA SUPERFICIAL	NORMAL	NORMAL	Crepitantes tardíos
NEUMOTORAX	< MOVILIDAD	< VV	TIMPANISMO	Silencio
IRRIT. PLEURAL	< MOVILIDAD	NORMAL	NORMAL	Roces pleurales
DERR. PLEURAL	< MOVILIDAD	< VV	MATIDEZ	Silencio y ruido bonquial alto
PAQUIPLEURIT	< MOVILIDAD RETRACCIÓN	< VV	MATIDEZ	< MV y roces

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO

- Percusión y auscultación: a la percusión tenemos un **sonido mate** en la base de hemitórax izquierdo. A la auscultación: roncus dispersos por hemitorax derecho con **murmulo vesicular abolido en base izquierda**. No roces pleurales. Reducción de la transmisión de la voz a dicho nivel.

# APARATO RESPIRATORIO

	INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTAC.
ENFISEMA	> VOLUMEN < MOVILIDAD	< VV	TIMPANISMO	< MV, espiración alargada, roncus
CONDENSACIÓ	< MOVILIDAD	> VV	MATIDEZ	< o abolido MV, crepitantes, egofonía y pectori
ATELECTASIA	RETRACCIÓN < MOVILIDAD	AUSENCIA VV	MATIDEZ	Ausencia MV
P. INTERSTICIO	TAQUIPNEA SUPERFICIAL	NORMAL	NORMAL	Crepitantes tardíos
NEUMOTORAX	< MOVILIDAD	< VV	TIMPANISMO	Silencio
IRRIT. PLEURAL	< MOVILIDAD	NORMAL	NORMAL	Roces pleurales
DERR. PLEURAL	< MOVILIDAD	< VV	MATIDEZ	Silencio y ruido bonquial alto
PAQUIPLEURIT	< MOVILIDAD RETRACCIÓN	< VV	MATIDEZ	< MV y roces

# APARATO RESPIRATORIO

## CASO CLÍNICO

- No existe retracción. Indicamos al paciente colocarse **en decúbito lateral derecho**. Al percutir base pulmonar izquierda en su región más externa la **percusión es timpánica**.

# APARATO RESPIRATORIO

POR TODOS LOS DATOS NOS IMPRESIONA DE UN DERRAME PLEURAL IZQUIERDO. SECUNDARIO A UN TUMOR??? (acropaquias).

# APARATO RESPIRATORIO

- Rx del paciente:

