



Semiología del Paciente respiratorio

1. Anamnesis o Interrogatorio.
2. Exploración Física: Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación.
3. Exámenes Complementarios: Rx, Tomografía Computada, Funcional Respiratorio, etc.

ANAMNESIS

Debe ser sistemática, prestando especial atención al motivo de consulta y a los antecedentes patológicos y familiares.

Hábitos tóxicos. Tabaco (conocer la carga tabáquica; Paquetes año: *cantidad de paquetes diarios X años de fumador*), alcohol, drogas, etc.

Antecedentes Laborales.

Antecedentes Familiares.

Somnolencia diurna.

Viajes recientes.



EXPLORACIÓN FÍSICA INSPECCIÓN

Observar el tórax en busca de asimetrías y anomalías musculoesqueléticas.

Observar las manos.

Observar coloración de la piel.

Observar la presencia de somnolencia.

Observar mecánica y frecuencia respiratoria.



INSPECCIÓN

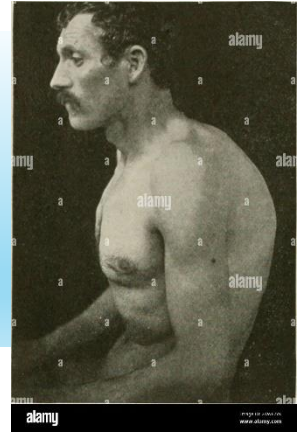
Cifoescoliosis



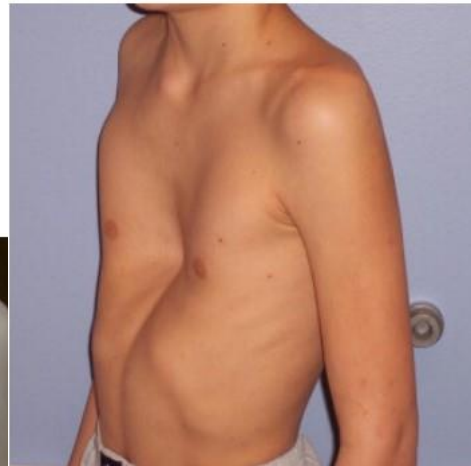
Tórax en quilla



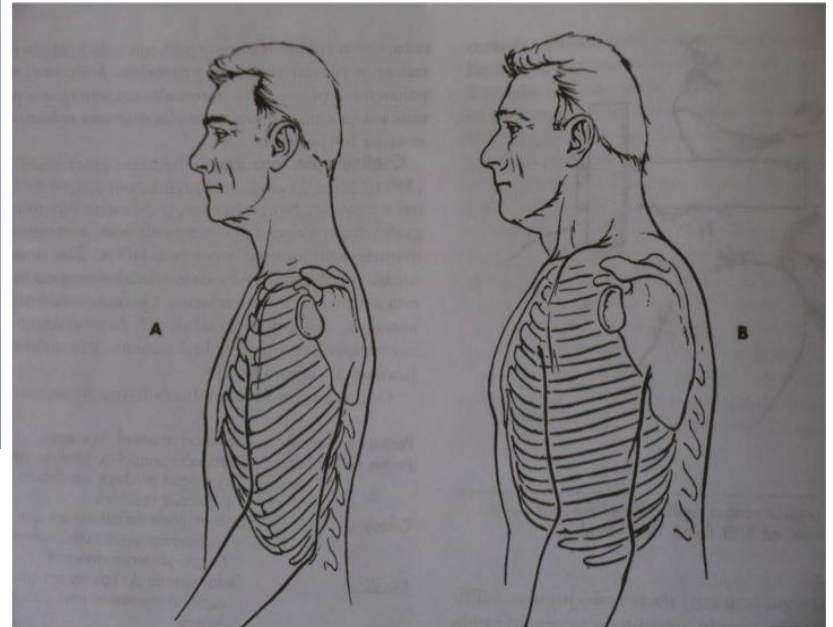
INSPECCIÓN



Tórax en embudo



Tórax en tonel



PALPACIÓN

Observar la expansión torácica.

Presencia de Frémito (transmisión de las vibraciones vocales) que puede estar conservado, aumentado o disminuido.



PERCUSIÓN

Puede ser con o sin intermediario.

Produce un ruido claro indicativo de aire en su interior.

Su aumento (Hipersonoridad o Timpanismo), o su disminución (matidez), son anormales.

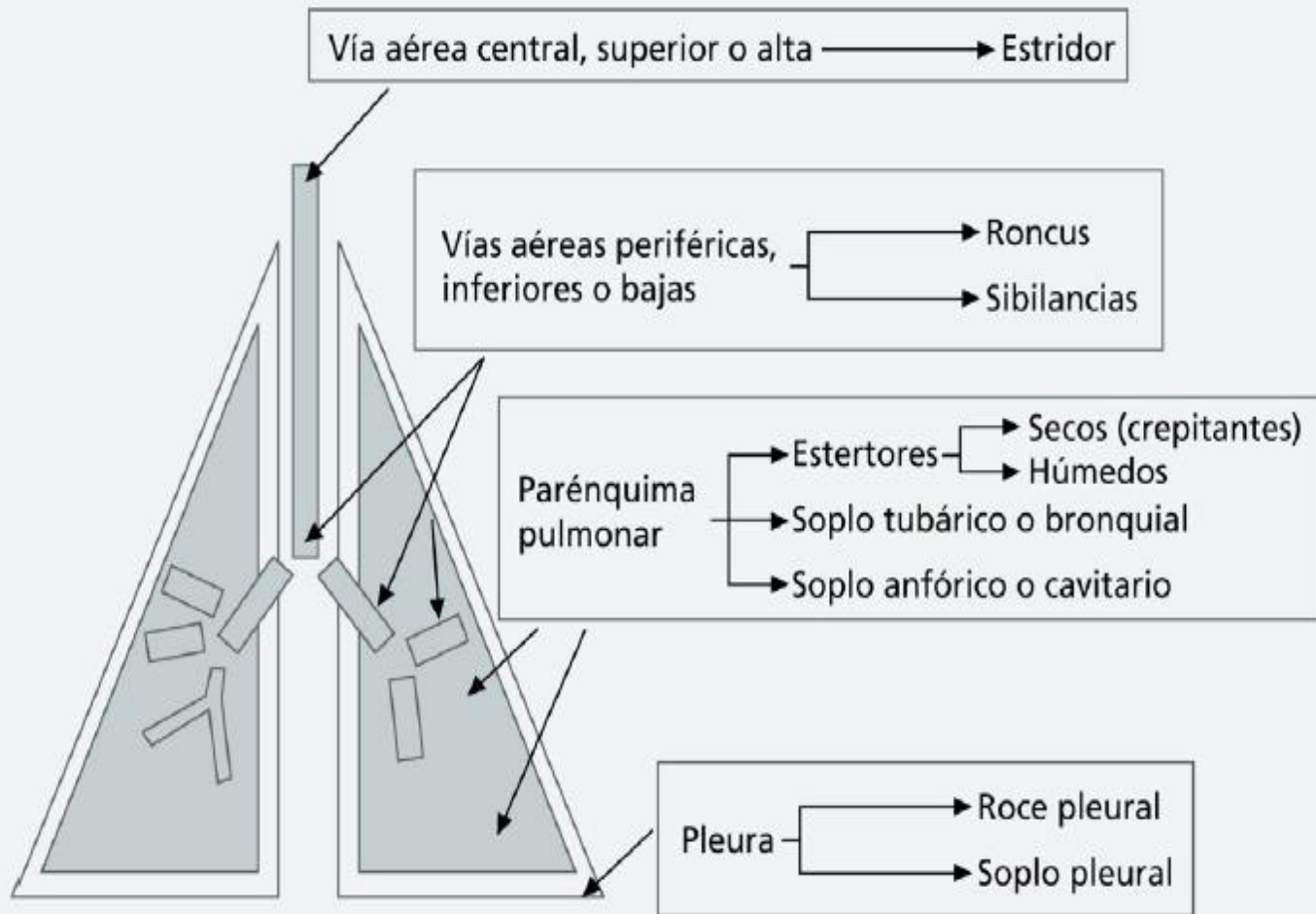


AUSCULTACIÓN

La auscultación respiratoria normal permite oír un *murmullo vesicular* suave y homogéneo.

En diversas patologías puede auscultarse ruidos agregados o adventicios junto al MV.





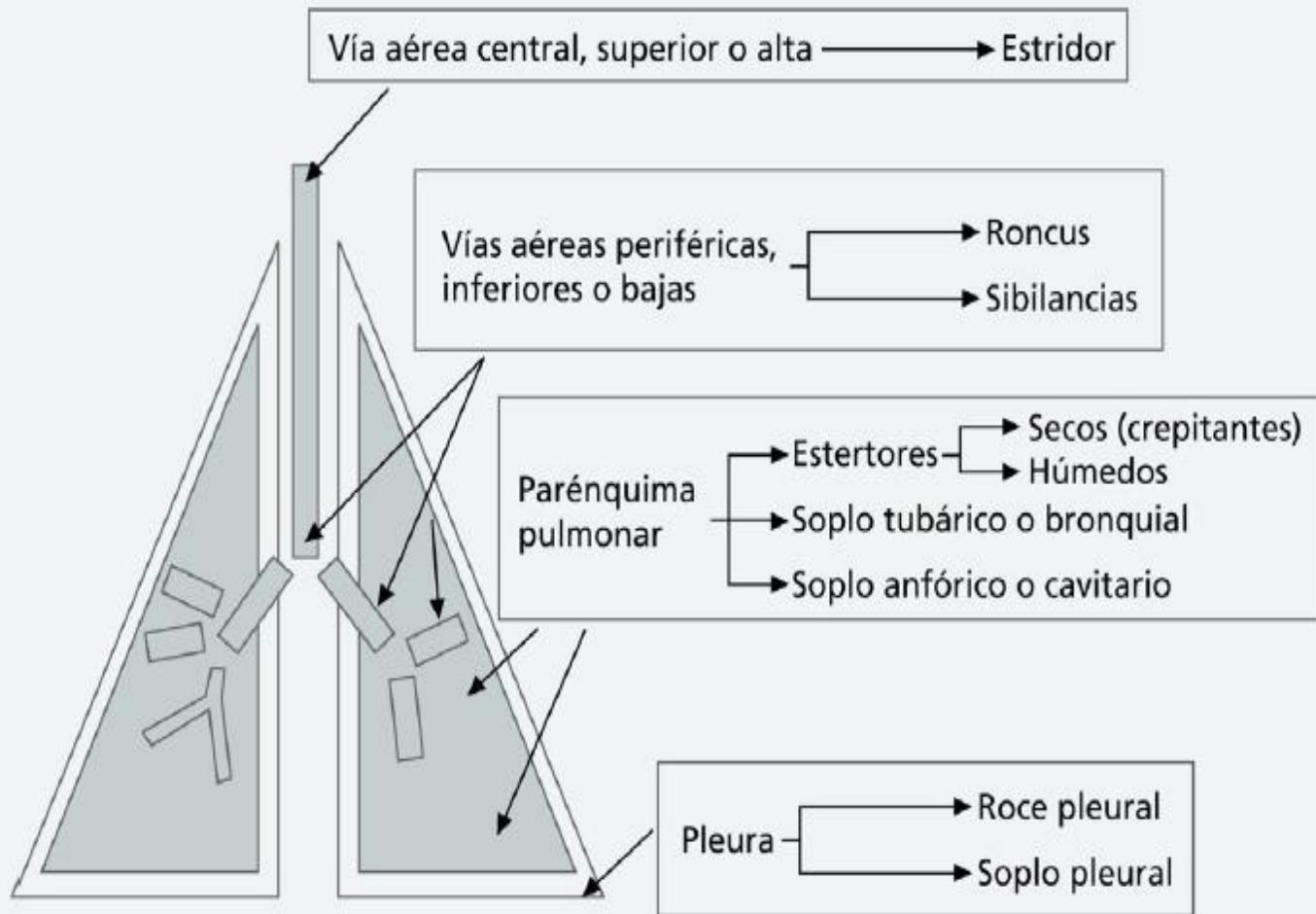
RUIDOS ORIGINADOS EN V.A.S. ESTRIDOR



Producido por la compresión y la estenosis de la V.A.S.

Puede ser inspiratorio y/o espiratorio.

Causas: enfermedad de las cuerdas vocales, estenosis traqueal, cuerpos extraños, etc.



RUIDOS ORIGINADOS EN V.A.B. RONCUS

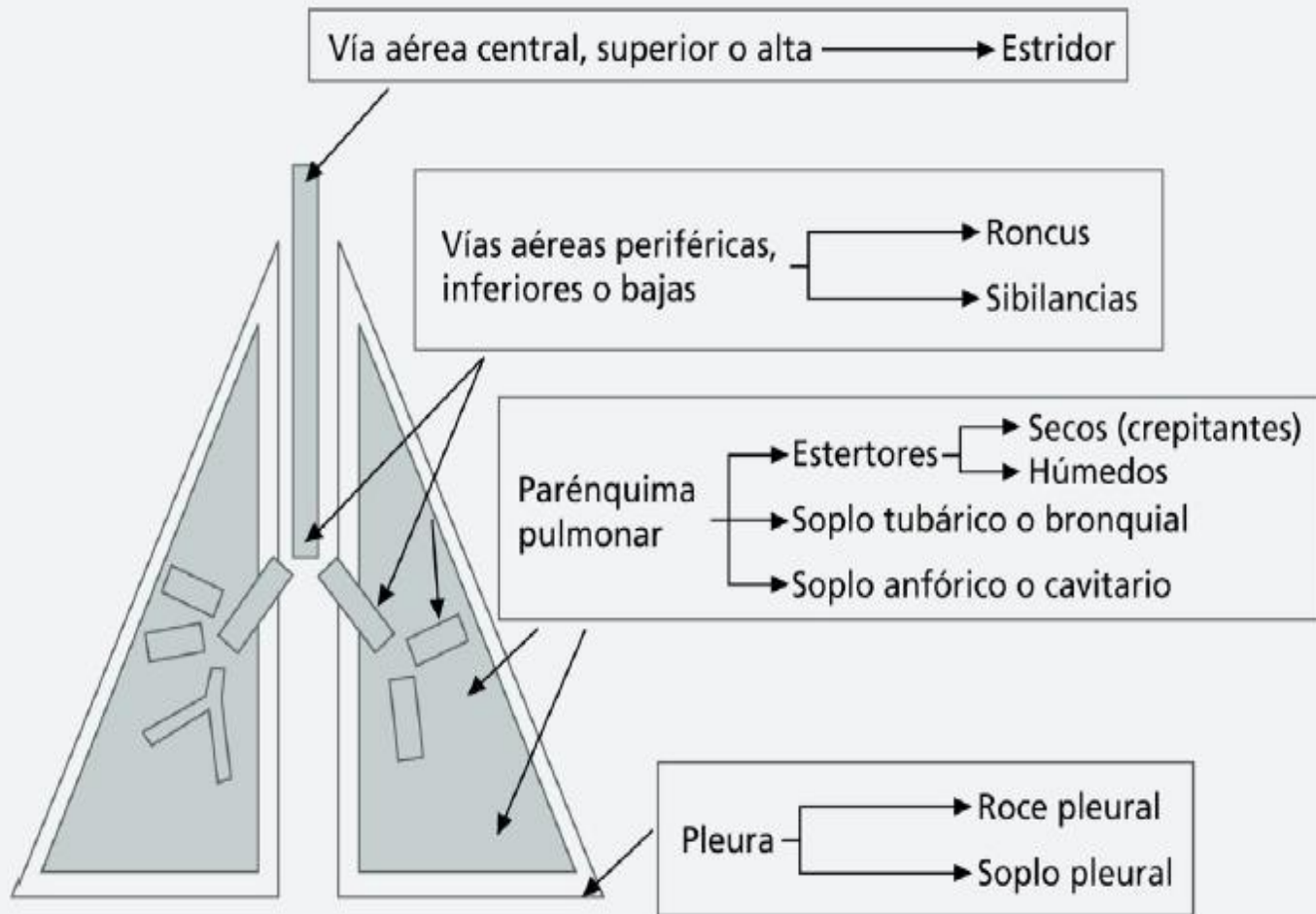
Son ruidos respiratorios groseros, indican la existencia de secreciones en las vías aéreas de gran calibre.

Se modifican con la Tos.

Son generalmente inspiratorios.

Se los puede encontrar en Bronquitis, Neumonías, etc





RUIDOS ORIGINADOS EN V.A.B. SIBILANCIAS.

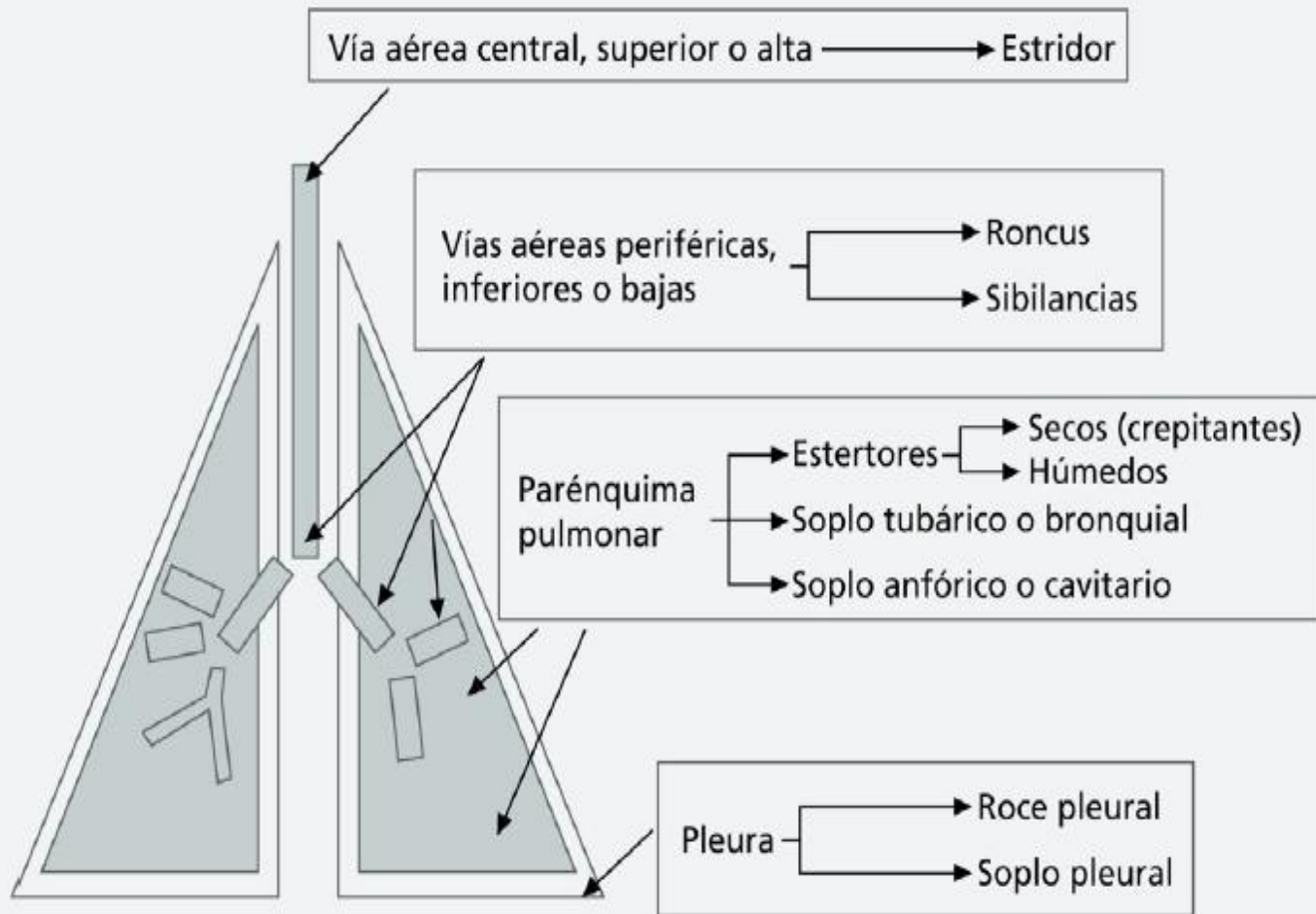
Son de tonalidad elevada.

Son ruidos inspiratorios y/o espiratorios.

Indican estenosis del árbol bronquial.

Se los puede encontrar en: Asma, EPOC (en forma generalizada).
Neoplasias con compresión bronquial (en forma localizada).





RUIDOS ORIGINADOS EN EL PARÉNQUIMA PULMONAR: CREPITANTES.

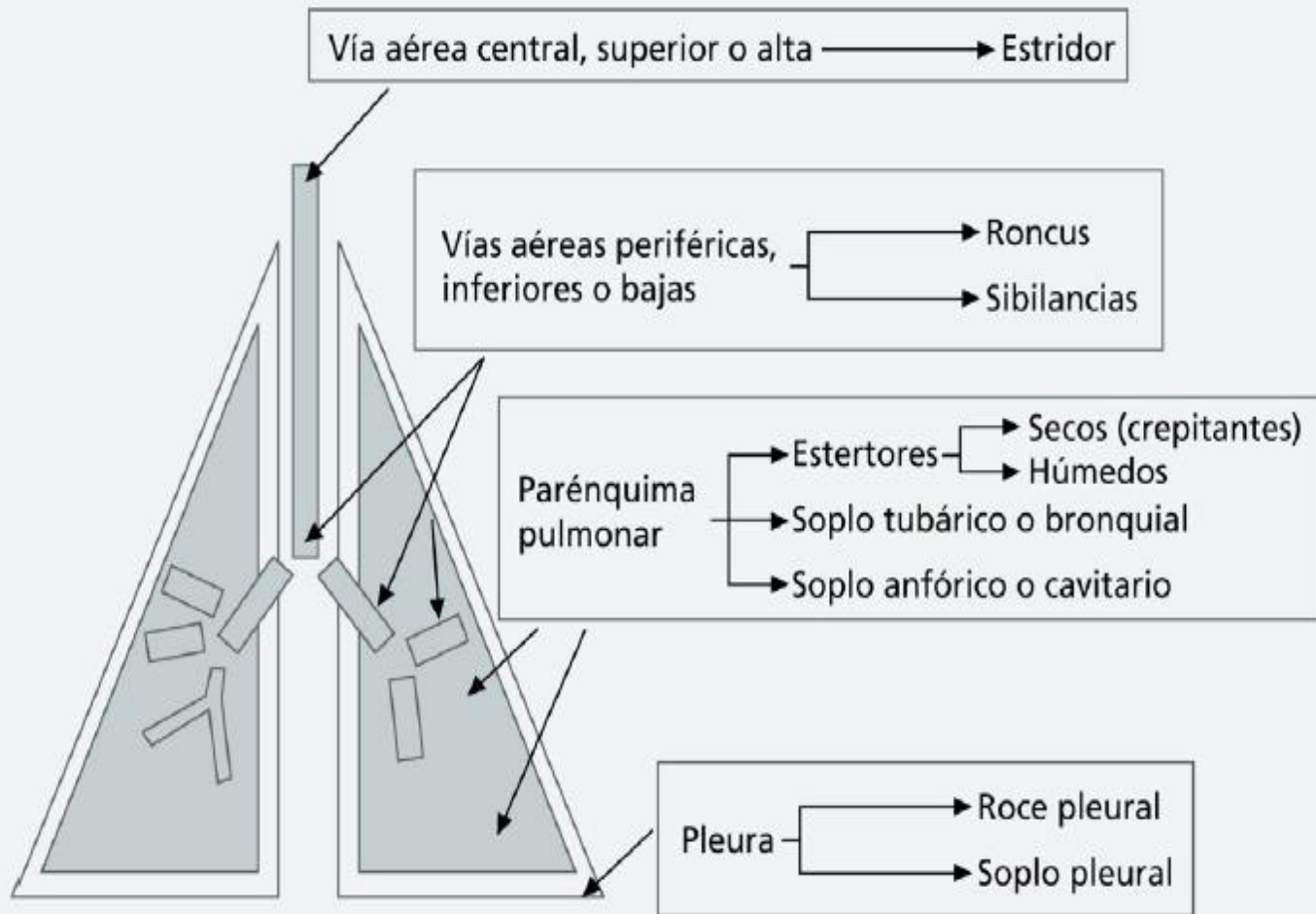
○ estertores secos corresponden a anomalías en la zona alveo-intersticial.

Ruido tipo velcro.

Son inspiratorios.

Se dan en las alveolitis y en enfermedades intersticiales difusas del pulmón.





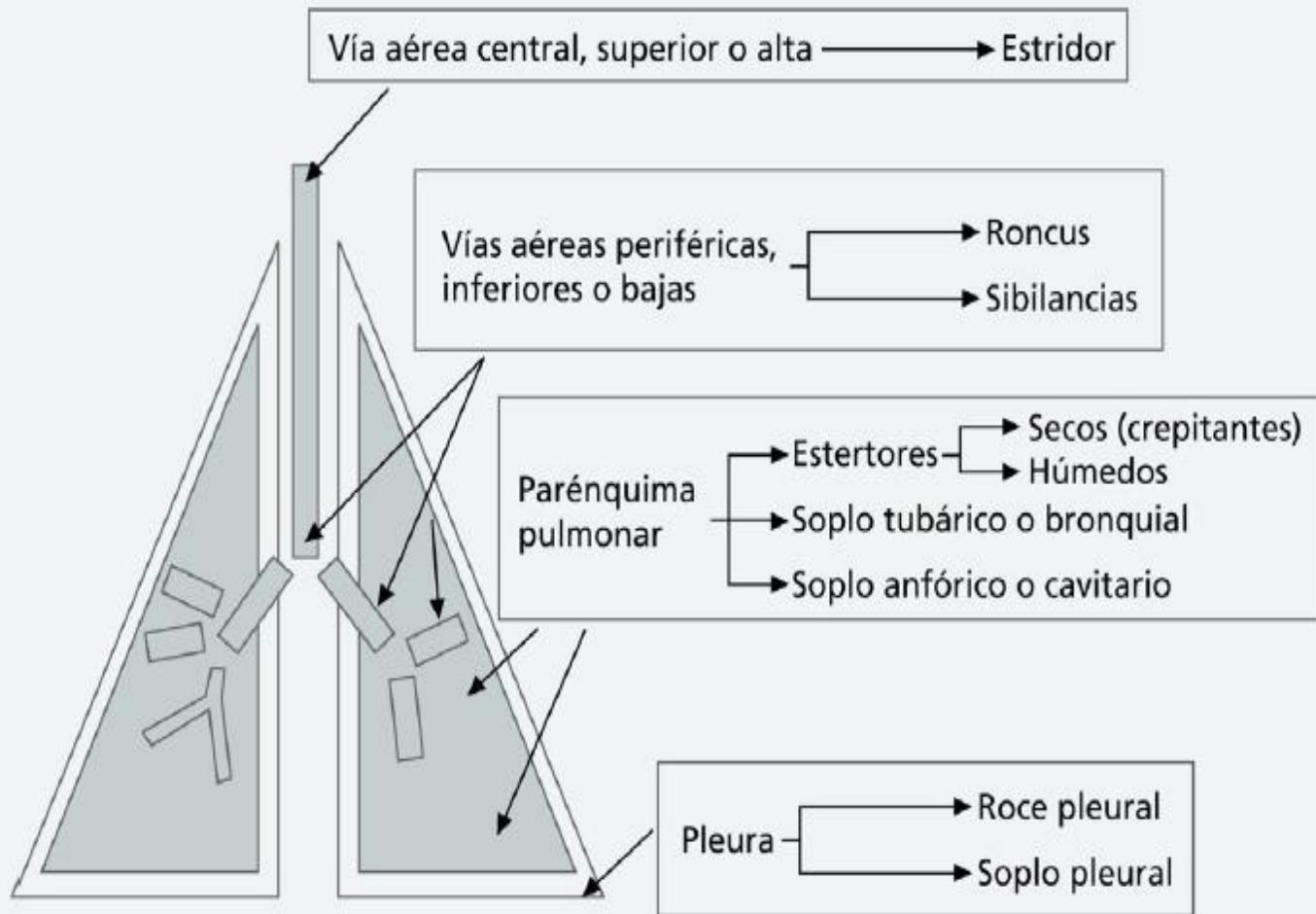
RUIDOS ORIGINADOS EN EL PARÉNQUIMA PULMONAR: ESTERTORES HÚMEDOS.

○ estertores “de burbuja”, son de tonalidad mas grave.

Indican presencia de líquido en los alveolos.

Puede ser pus (Neumonía), sangre (hemorragia pulmonar) o agua (Edema alveolar cardiogénico o Distres respiratorio del Adulto).

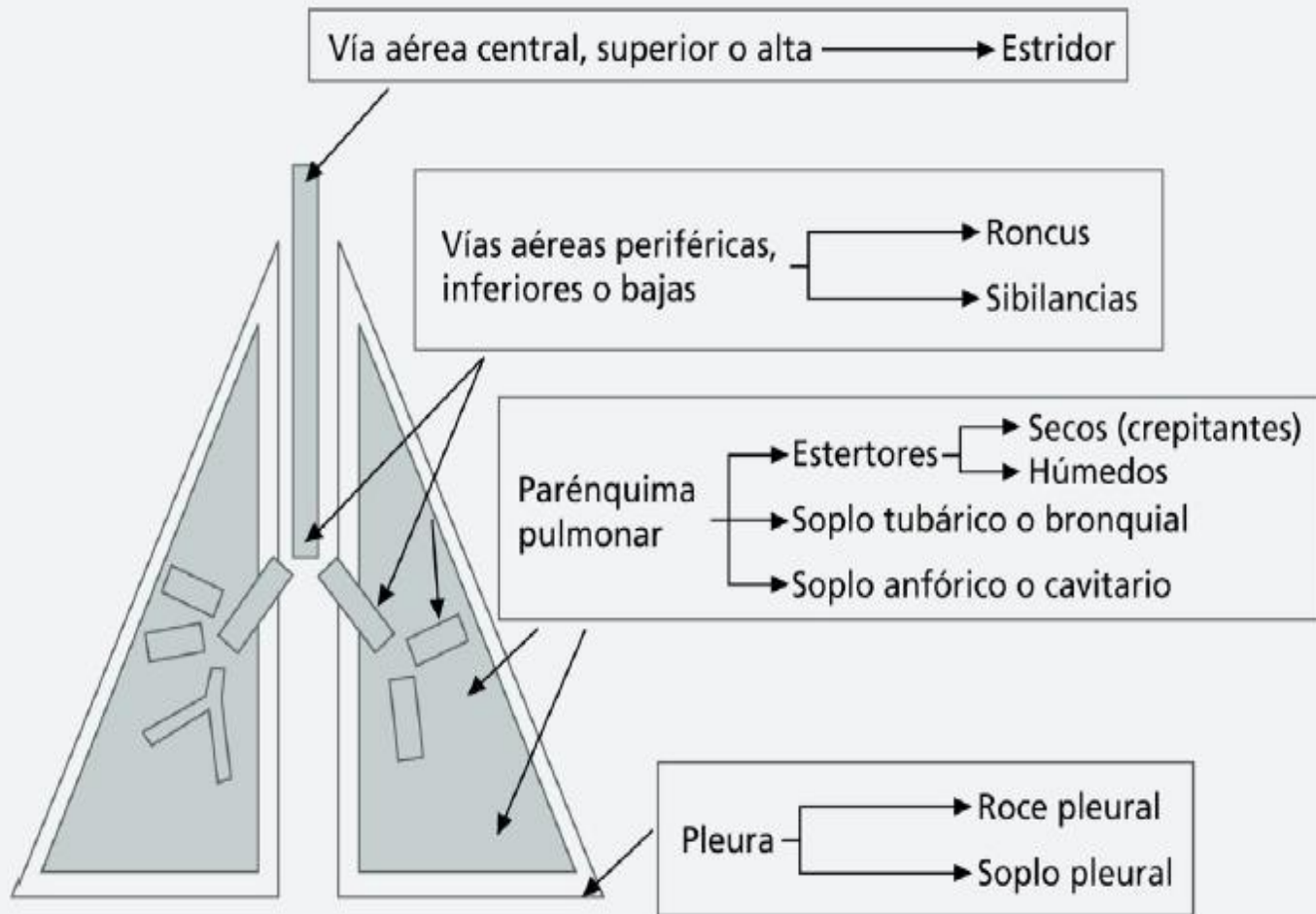




RUIDOS ORIGINADOS EN EL PARÉNQUIMA PULMONAR: SOPLO TUBÁRICO

Se produce cuando el aire circula a través de vías aéreas bronquiales rodeadas de parénquima pulmonar hepatizado. Ej Neumonías Bacterianas.





RUIDOS ORIGINADOS EN LA PLEURA

Roce Pleural: Producido por el contacto de las dos hojas pleurales (Pleuritis Seca).

Soplo Pleural: Ruido espiratorio en “E”, aparece cuando existe liquido entre las dos hojas pleurales.



ALTERACIONES DE LA AUSCULTACIÓN DE LA VOZ



Broncofonía.

Pectoriloquia.



Pectoriloquia Afona.

ENFERMEDAD	INSPECCIÓN	PALPACIÓN	PERCUSIÓN	AUSCULTACIÓN
Agudización grave del asma	Hiperinsuflación Uso de la musculatura accesoria	Expansión y frémito vocal disminuidos	Timpanismo Descenso diafragmático	Espiración alargada Sibilancias inspiratorias y espiratorias Murmullo vesicular abolido
Neumotórax (completo)	Normal o distensión del lado afecto	Frémito vocal ausente	Timpanismo	Murmullo vesicular ausente
Atelectasia lobular	Normal	Frémito vocal disminuido Desplazamiento de los ruidos cardíacos hacia el lado afecto	Matidez	Murmullo vesicular ausente
Neumonía	Normal	Frémito vocal aumentado	Matidez	Estertores crepitantes húmedos Soplo tubárico
Derrame pleural masivo	Normal	Frémito vocal disminuido Desplazamiento de los ruidos cardíacos hacia el hemitórax contralateral	Matidez	Murmullo vesicular ausente Soplo pleural espiratorio
Fibrosis pulmonar	Normal	Expansión inspiratoria disminuida	Normal	Estertores crepitantes secos, teleinspiratorios
Cáncer de pulmón	Normal (¿adenopatías?, ¿síndrome de la vena cava superior?)	Normal (¿dolor costal localizado?)	Normal (excepto si hay complicaciones: derrame pleural, atelectasia)	Normal (excepto si hay complicaciones: derrame pleural, atelectasia)

Modificado de Broaddus et al., 2016.

