

SEMIOLOGIA GENERAL

PALPACIÓN DE PULSO Y PRECORDIO

PULSO ARTERIAL

ARGENTE

- La velocidad de onda del pulso = 7-10ms/seg $<70^a$ ---- luego es mayor por Arterioesclerosis.

TECNICA DE EXAMEN DEL PULSO

- Radial con 3 pulpejos de los dedos.

● AFRITAF

- **A**natomía = características arteria.
- **F**recuencia X'
- **R**egularidad = duración intervalos
- **I**gualdad = Comparación de amplitudes
- **T**ensión = Resistencia a la compresión.
- **A**mplitud = Altura de las Ondas.
- **F**orma = característica de la onda pulsátil

La amplitud del pulso se describe en una **escala de 0 a 4**

4 = Con Saltos (saltón).

3 = Pleno, Aumentado.

2 = Esperado (normal).

1 = Disminuido, apenas palpable (Parvus).

0 = Ausente, no palpable (filiforme).

ANATOMIA

- Hipertonía arterial diastólica
- Engrosada y rugosa anillos (en tráquea de pollo) por

Ateromas ó Infiltración calcárea de la muscular media de Monckebeeg.

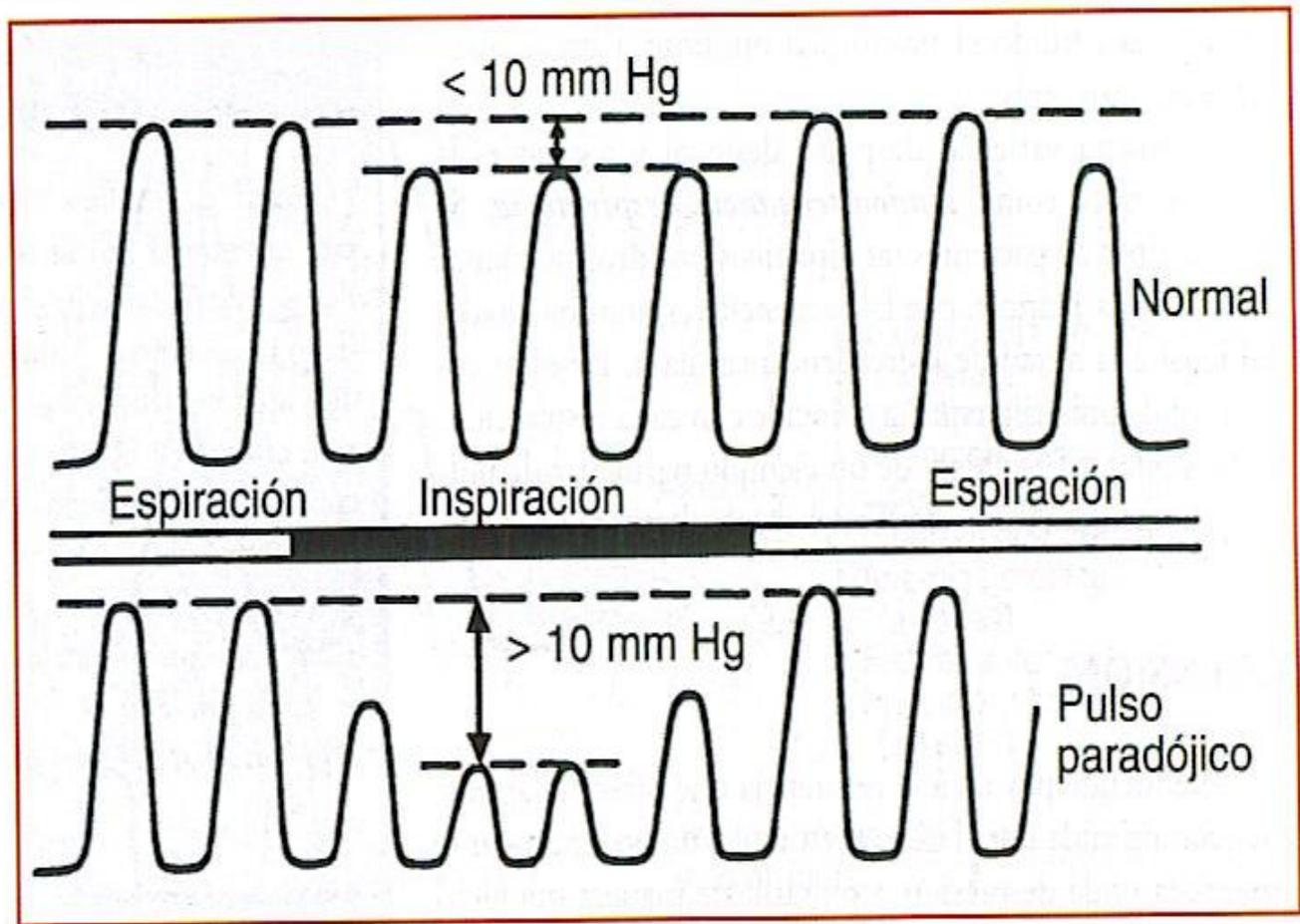
FRECUENCIA

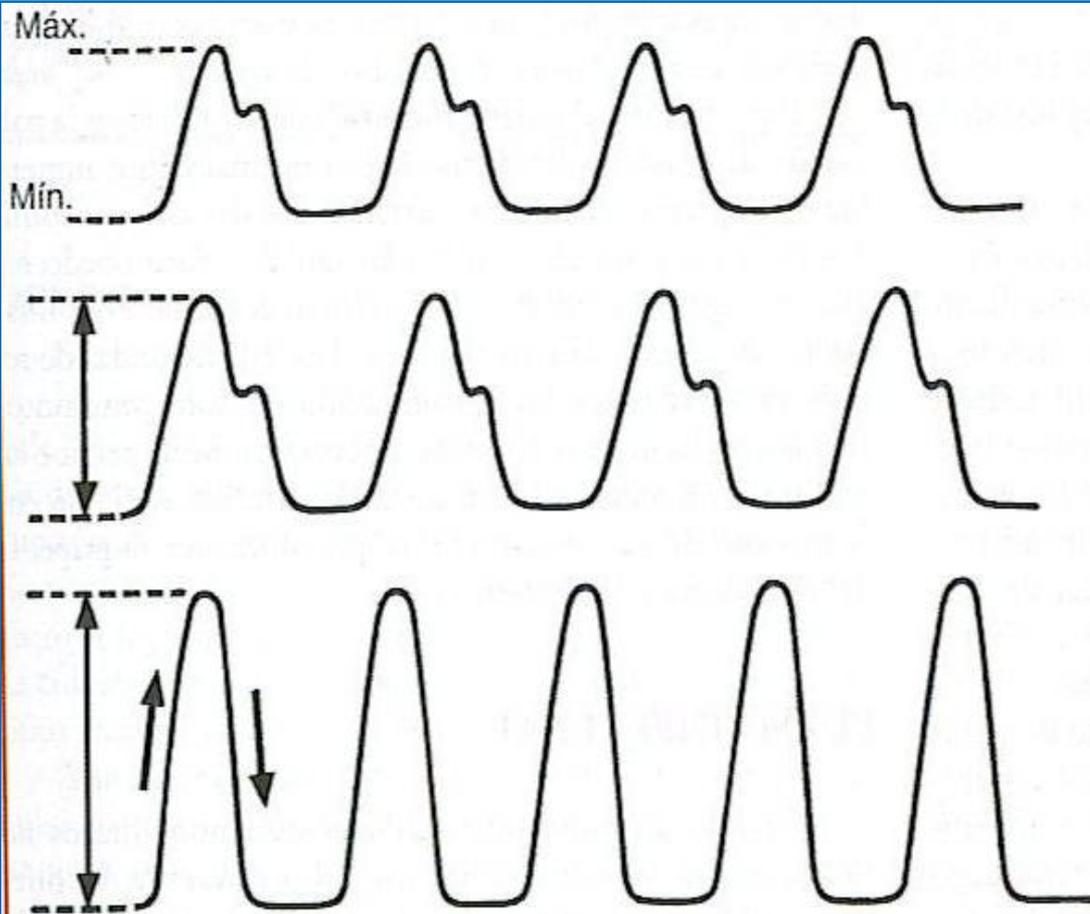
- Descarga fisiológica nódulo sinusal 60 a 100 Ad 80 a 120 niño, 100 y 150 neonatal
- Bradifigmia = debajo del rango
- Taquifigmia = por encima del Rango.
- “Déficit de Pulso” = Fcia. Pulsátil Menor a la Central (Pulsaciones débiles, Sístoles sin eyección)

- Tono vegetativo normal del nodo sinusal 70 a 80 X', > en la mujer
- Hipertono vagal = entrenamiento deportivo – **bardifigmia.**
- Con solo colocarse de pie aumenta 10X' = 15% (de la posición acostada)
- Periodos digestivos, obesidad, embarazo aumenta
- Sueño o reposo prolongado, disminuye y si es deportista 40x', hipertonía vagal continua con la exageración fisiológica nocturna

- Taquifigmia Infusiones, (mate café té chocolate – cigarrillo, farmacos)
- Fiebre Aumento 10X' pos cada grado $>37^{\circ}$
- Bradicardia relativa cuando por fiebre no sube lo estimado (fiebre Tifoidea, gripe común)
- Simpaticotonía + en mujeres, 100 a 120X' a veces 150x' – hipertiroidismo, miocarditis reumática activa (taquicardia no cede con el sueño), (luego Distonía simpática desaparece durante el sueño)
- Fcia. >150 extrasinusal – salvo durante el ejerc

Fig. 29-2-3. En el pulso arterial normal existe una ligera disminución de la amplitud durante la inspiración (<10 mm Hg), no apreciable por palpación; con el pulso paradójico existe una exageración de este fenómeno, que es bien detectada por la palpación.



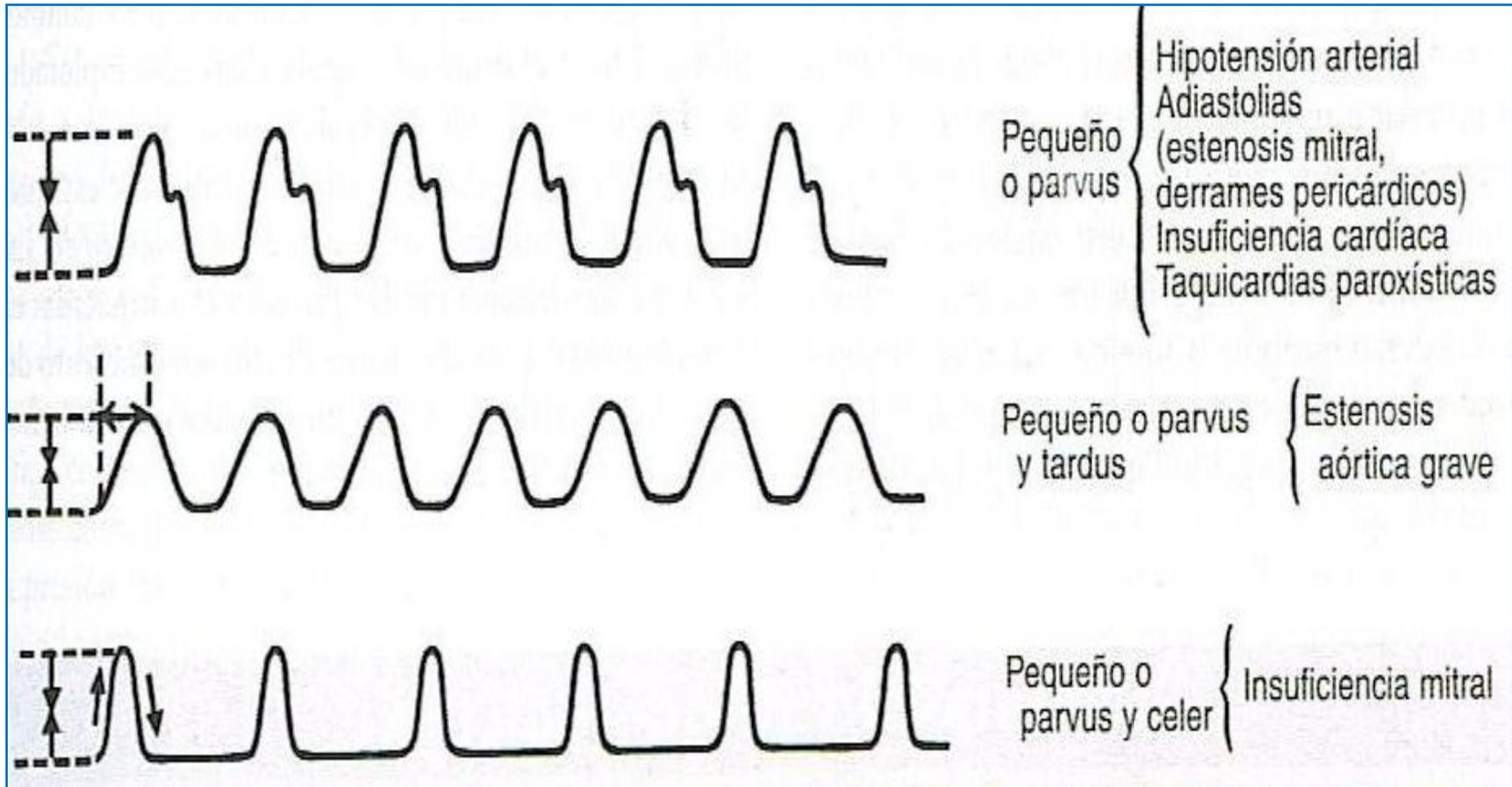


Normal

Amplio o magnus

Amplio o magnus y celer (pulso colapsante de Corrigan)

- Insuficiencia aórtica moderada
 - Hipertiroidismo
 - Esclerosis vascular aórtica (por lo común senil)
 - Hipertensión arterial
 - Anemias crónicas (a veces)
 - Fiebre (a veces)
 - Ejercicio o emoción (a veces)
-
- Insuficiencia aórtica grave o mediana
 - Fístulas a-v (no siempre)



El pulso radial se siente en la muñeca, por debajo del pulgar



PULSO ARTERIAL

BATES CAP 9-7

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Cuadro 9-3.

Normal



La presión del pulso es cercana a 30-40 mmHg. El contorno del pulso es liso y redondeado. (La hendidura en la pendiente descendiente de la onda del pulso no es palpable.)

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Cuadro 9-3.

Pulsos pequeño y débiles



La presión del pulso disminuye y el pulso se siente débil y pequeño. Es probable que se perciba lentitud en el ascenso y se prolongue el punto máximo. Las causas incluyen: a) reducción del volumen por latido, como en la insuficiencia cardíaca, hipovolemia y estenosis aórtica grave y b) aumento de la resistencia periférica, como en la exposición al frío y la insuficiencia cardíaca congestiva grave.

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

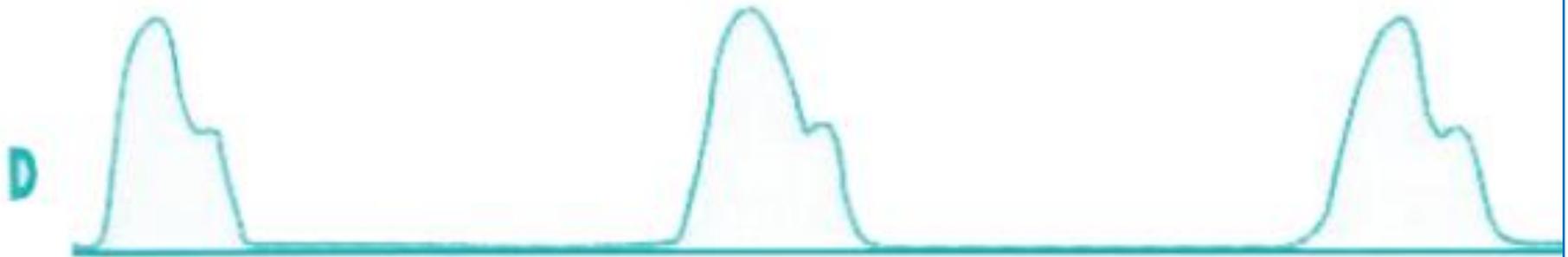
Pulsos grandes y saltones

Cuadro 9-3



La presión del pulso aumenta y el pulso se siente fuerte y saltón. La elevación y el descenso son rápidos y el punto máximo es breve. Las causas incluyen: a) mayor volumen por latido, menor resistencia periférica, o ambos, como en la fiebre, anemia, hipertiroidismo, insuficiencia aórtica, fístulas arteriovenosas y persistencia del conducto arterioso; b) mayor volumen por latido por frecuencia cardíaca baja, como en la bradicardia y bloqueo cardíaco completo; c) menor distensibilidad (mayor rigidez) de las paredes aórticas, como en el envejecimiento o la aterosclerosis.

Pulso grande, saltón



Un pulso grande, saltón (también denominado fuerte o hiperkinético), es fácil de palpar. No se «disipa» y es difícil que los dedos del examinador lo obliteren.

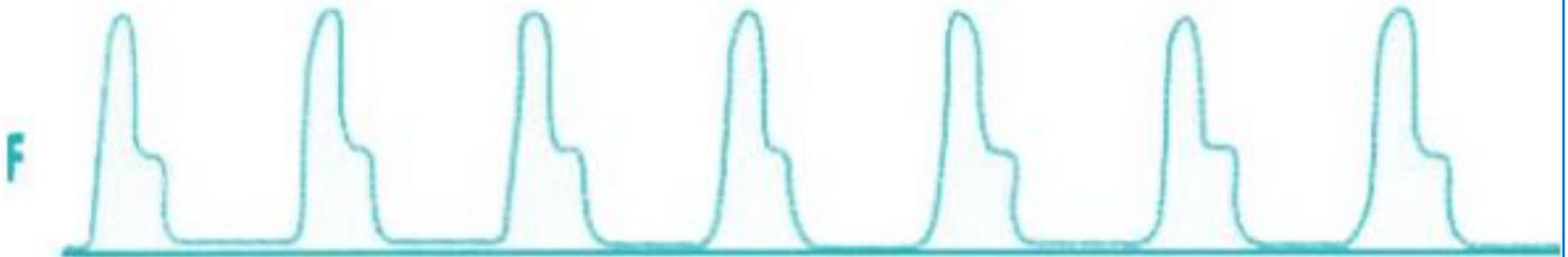
Este pulso se registra como 3+

CAUSA POSIBLE

Ejercicio
Ansiedad
Fiebre

Hipertiroidismo
Rigidez aórtica
o aterosclerosis

Pulso en martillo de agua



El pulso en martillo de agua (también denominado colpasante) tiene mayor amplitud que el normal, un ascenso rápido hasta una estrecha bajada y un brusco descenso

CAUSA POSIBLE

Ductus arteriosus persistente
Insuficiencia cardíaca

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Cuadro 9-3

Pulso dicoto

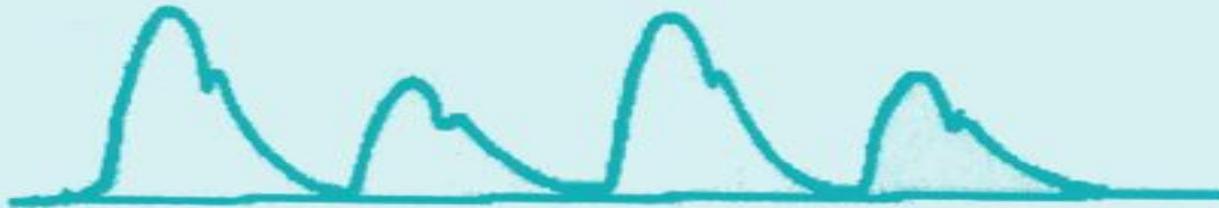


Un pulso dicoto es un pulso arterial aumentado con un doble punto máximo sistólico. Las causas incluyen insuficiencia aórtica pura, combinación de estenosis e insuficiencia aórtica y, aunque se palpa con menor frecuencia, cardiomiopatía hipertrófica.

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Cuadro 9-3.

Pulso alternante



La amplitud del pulso cambia de latido a latido, aunque el ritmo se mantiene regular (y debe ser así para establecer este juicio). Cuando la diferencia entre los latidos fuertes y los débiles es pequeña, sólo es detectable por esfigmomanometría. El pulso alternante indica insuficiencia ventricular izquierda y casi siempre se acompaña de un S_3 del lado izquierdo.

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Cuadro 9-3

Pulso bigeminado



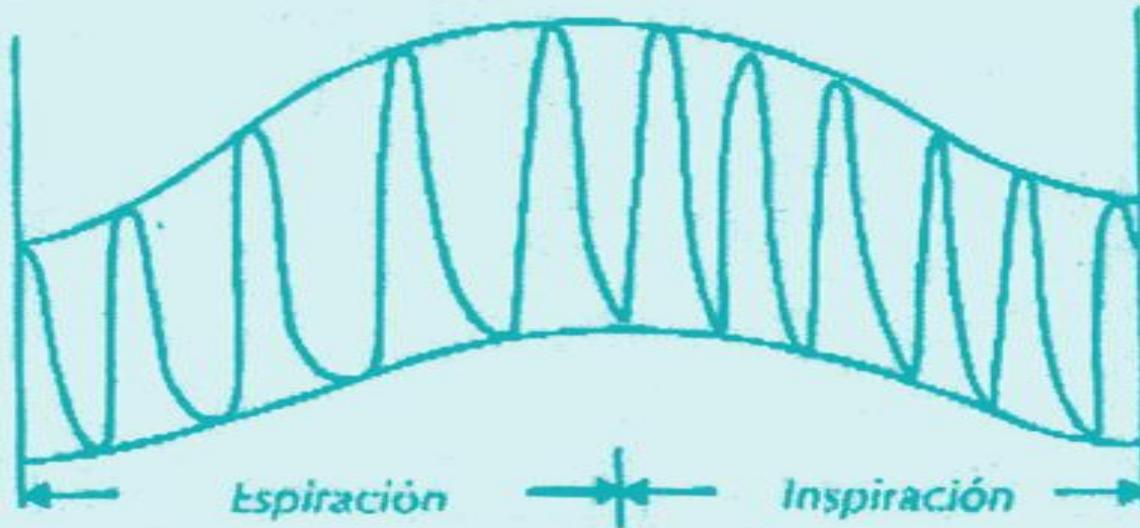
Contracciones prematuras

Este es un trastorno del ritmo que puede ocultarse en la forma de pulso alternante. El bigeminismo del pulso es secundario a un latido normal alternado con una contracción prematura. El volumen por latido del prematuro es menor en relación con el de los latidos normales y la amplitud del pulso varía de acuerdo con eso.

Anomalías del pulso y ondas de presión arterial

Pulso paradójico

Cuadro 9-3



El pulso paradójico puede detectarse por un descenso palpable de la amplitud del pulso durante una inspiración tranquila. Si el signo es menos intenso se requiere un manguillo para medir la presión. La presión sistólica disminuye en más de 10 mmHg durante la inspiración. El pulso paradójico se encuentra en el taponamiento pericárdico, pericarditis constrictiva (aunque con menor frecuencia) y en la enfermedad pulmonar obstructiva.

Pulso paradójico



El pulso paradójico se caracteriza por un descenso exagerado (> 10 mmHg) en la amplitud de la pulsación durante la inspiración y por un aumento de ésta durante la espiración (véase el texto para medición con el esfigmomanómetro)

CAUSA POSIBLE

- Contracción cardíaca premat
- Obstrucción traqueobronquia
- Asma bronquial
- Enfisema
- Derrame pericárdico
- Pericarditis constrictiva

Anomalías en el pulso arterial

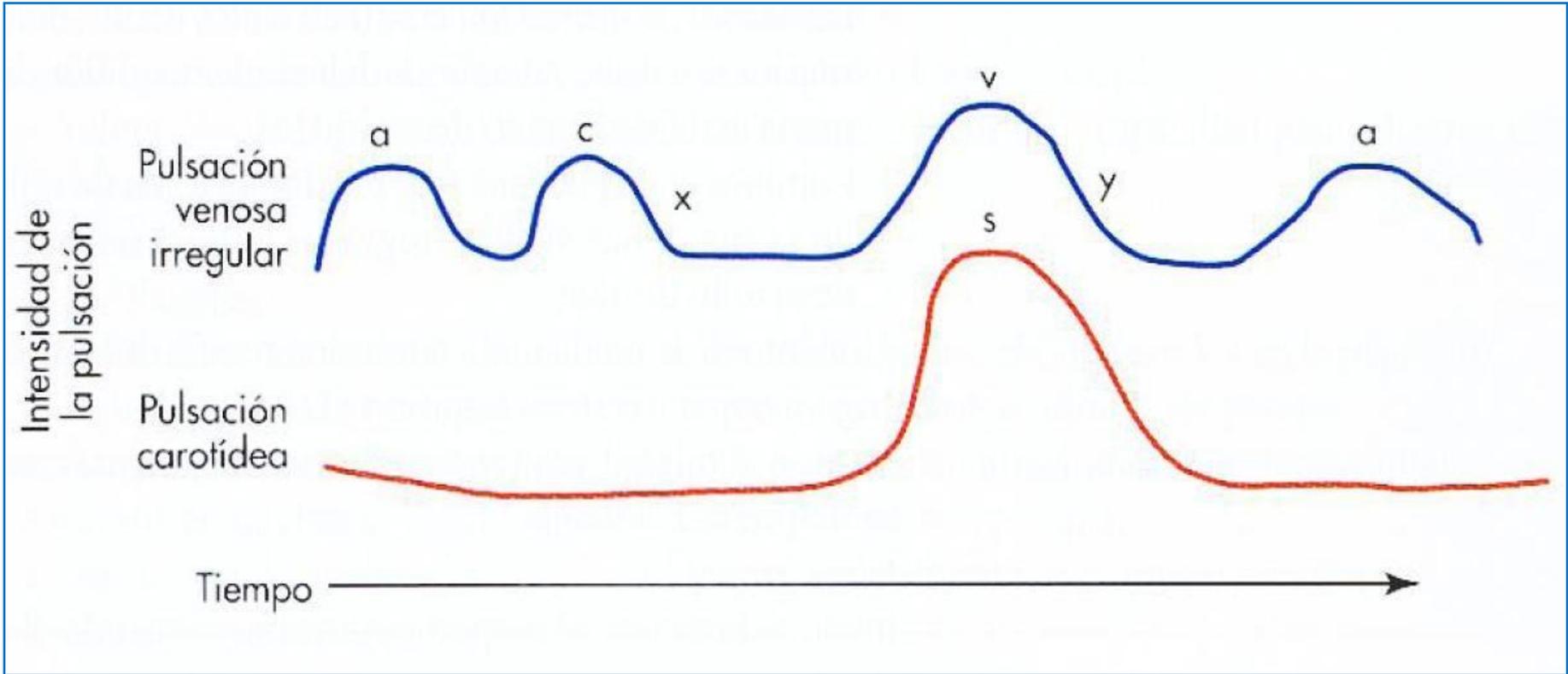
Tipo	Descripción	Alteraciones asociadas
Pulso alternante (<i>pulsus alternans</i>)	Frecuencia regular; la amplitud varía de latidos débiles a latidos fuertes	Fallo del ventrículo izquierdo (Fig. 14-9, A)
<i>Pulsus bisferiens</i>	Dos picos sistólicos fuertes separados por una depresión mediosistólica	Insuficiencia aórtica, sola o con estenosis (Fig. 14-9, B)
Pulso bigémino (<i>pulsus bigeminus</i>)	Dos latidos en sucesión rápida seguidos de un intervalo largo; es fácil confundirlo con pulso alternante	Latidos ventriculares prematuros bastante frecuentes (Fig. 14-9, C)
Pulso a saltos	Aumento de la presión del pulso; el contorno puede experimentar un crecimiento rápido seguido de un breve pico y una rápida caída	Aterosclerosis, rigidez aórtica, <i>ductus arteriosus</i> persistente, fiebre, anemia, hipertiroidismo, ansiedad, ejercicio (Fig. 14-9, D)
Bradycardia	Frecuencia de menos de 60	Hipotermia, hipotiroidismo, intoxicación por drogas, alteraciones de la conducción cardíaca, condición física excelente

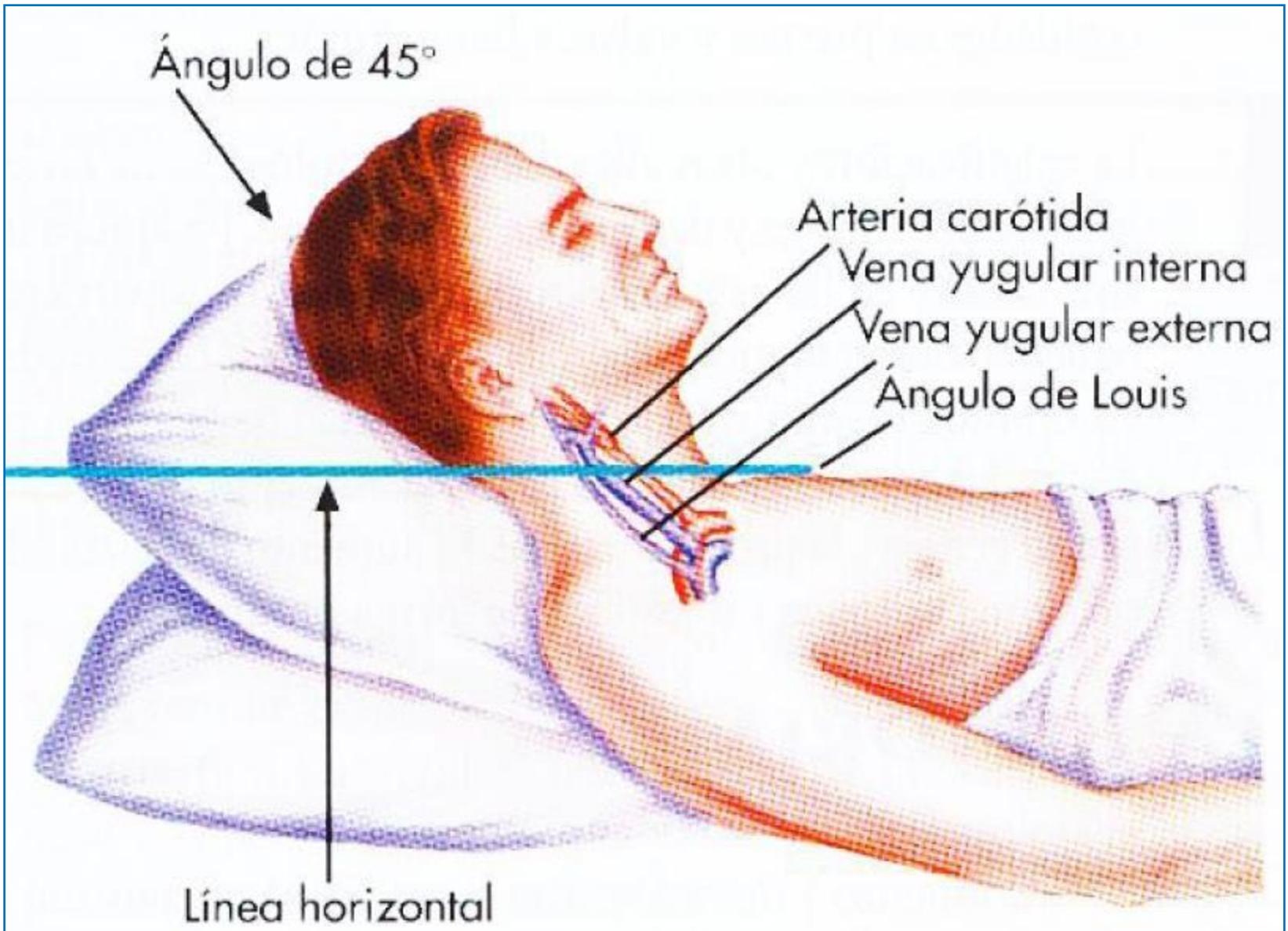
Pulso lábil	La amplitud del pulso aumenta cuando el paciente está sentado o parado en comparación con la amplitud en el decúbito supino	No se asocia necesariamente con enfermedad; no indica ningún problema específico
Pulso paradójico (<i>pulsus paradoxus</i>)	La amplitud disminuye en la inspiración	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, pericarditis constrictiva, derrame pericárdico (Fig. 14-9, E)
<i>Pulsus differens</i>	Pulsos desiguales entre las extremidades izquierda y derecha	Alteraciones circulatorias, normalmente por obstrucción local unilateral
Taquicardia	Frecuencia superior a 100	Fiebre, hipertiroidismo, anemia, shock, cardiopatía, ansiedad, ejercicio
Pulso trigémico (<i>pulsus trigeminus</i>)	Tres latidos seguidos por una pausa	Normalmente benigno, como tras el ejercicio, pero puede ocurrir con miocardiopatía, hipertrofia ventricular grave, estenosis aórtica grave, disfunción del ventrículo derecho
Pulso en martillo de agua (pulso de Corrigan)	Pulso intenso, con expansión completa seguida de un colapso súbito	Regurgitación aórtica (Fig. 14-9, F) alteraciones de la conducción cardiaca, condición física excelente

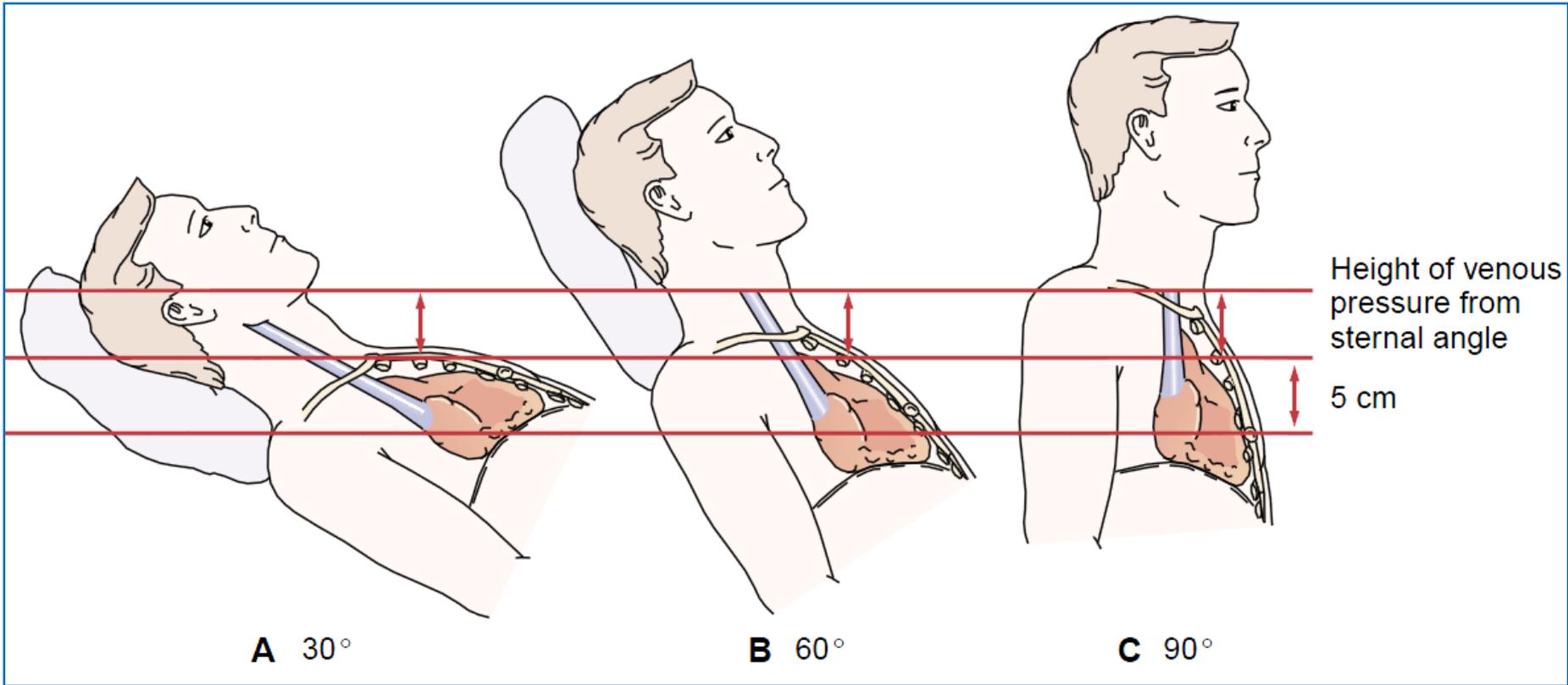
PULSO YUGULAR

La actividad de la parte derecha del corazón se transmite hacia atrás a través de las venas yugulares en forma de pulso*. Dicho pulso tiene cinco componentes identificables –tres picos y dos pendientes hacia abajo

- Onda a La onda a, el componente primero y mayor, es el resultado de un breve flujo retrógrado de sangre a través de la vena cava durante la contracción auricular
- Onda c La onda c es un impulso transmitido desde el empuje posterior energético producido por el cierre de la válvula tricúspide durante la sístole ventricular
- Onda v La onda v se produce por el aumento de volumen y el consiguiente aumento de presión en la aurícula derecha. Existe un momento de desdoblamiento después de la onda c, al final de la sístole ventricular
- Pendiente x La pendiente x descendente es causada por el relleno auricular pasivo
- Pendiente y La pendiente y sigue a la onda v y refleja la abertura de la válvula tricúspide y el rápido relleno ventricular

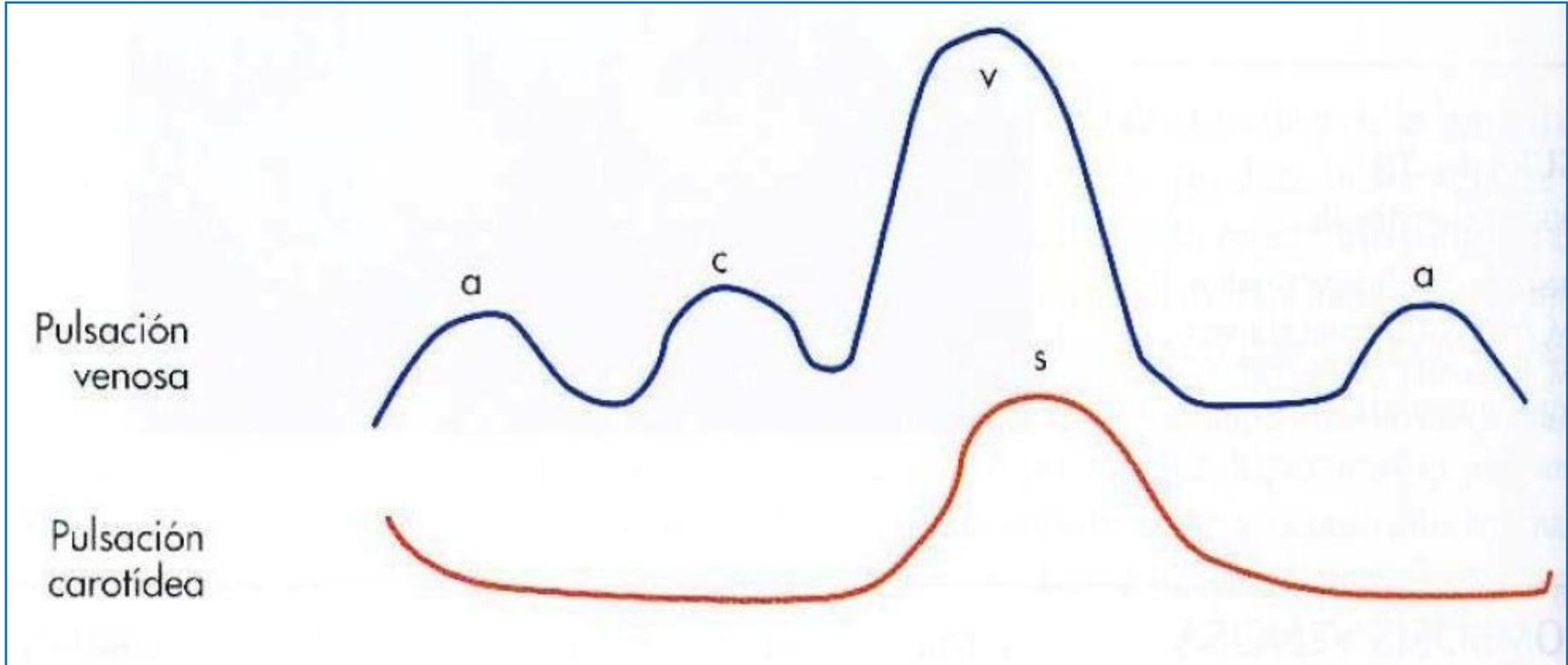




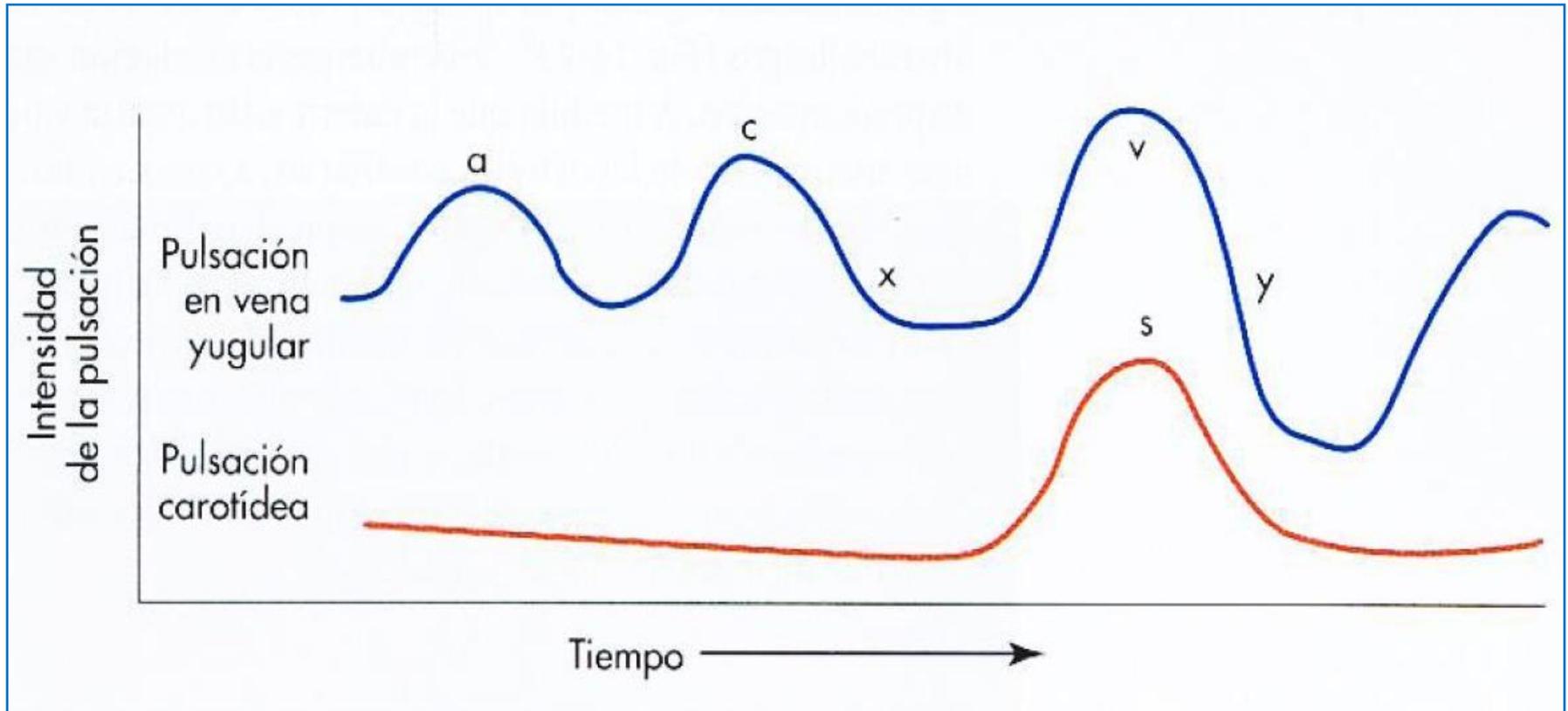




REGURGITACIÓN TRICUSPIDEA



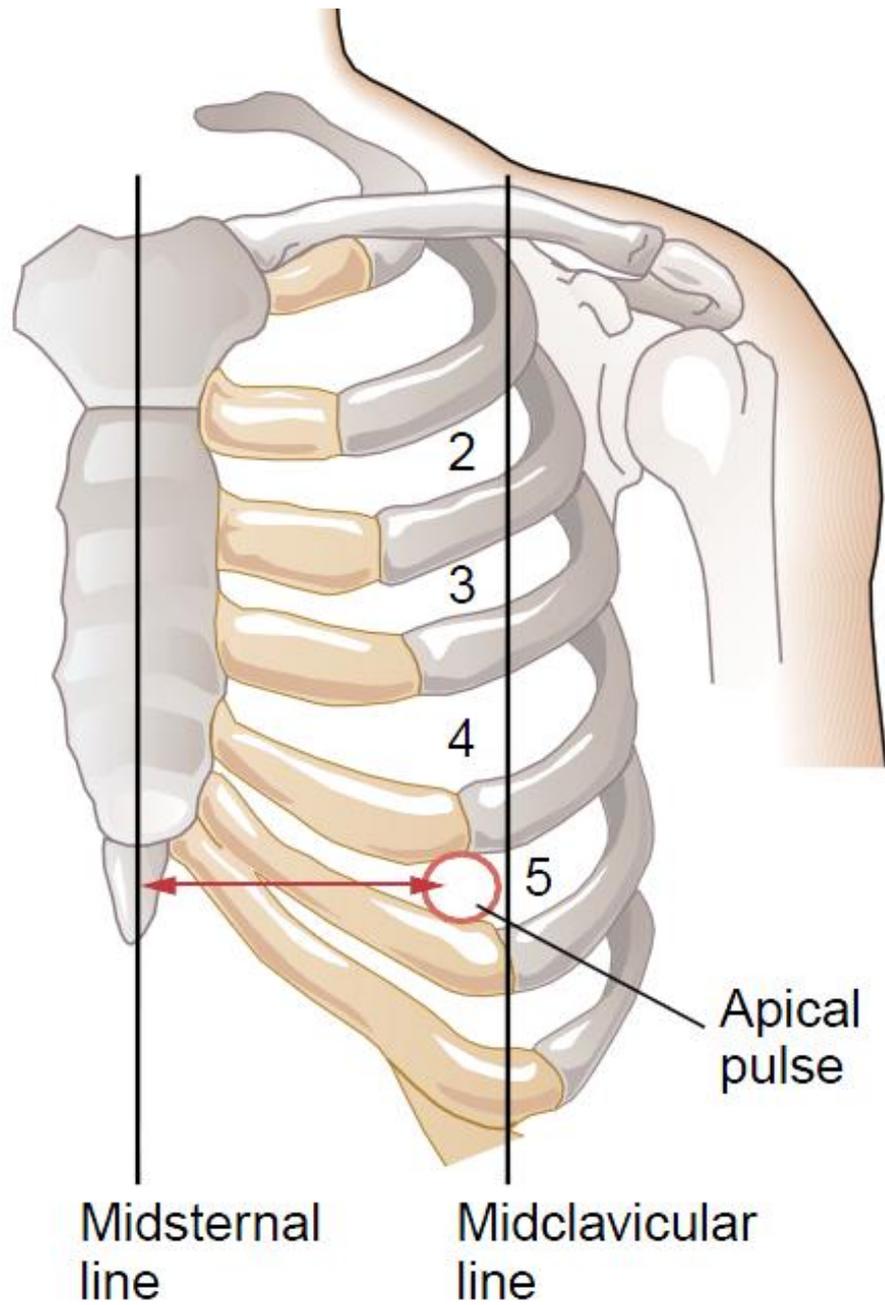
PERICARDITIS CONSTRICTIVA



PALPACIÓN PRECORDIO







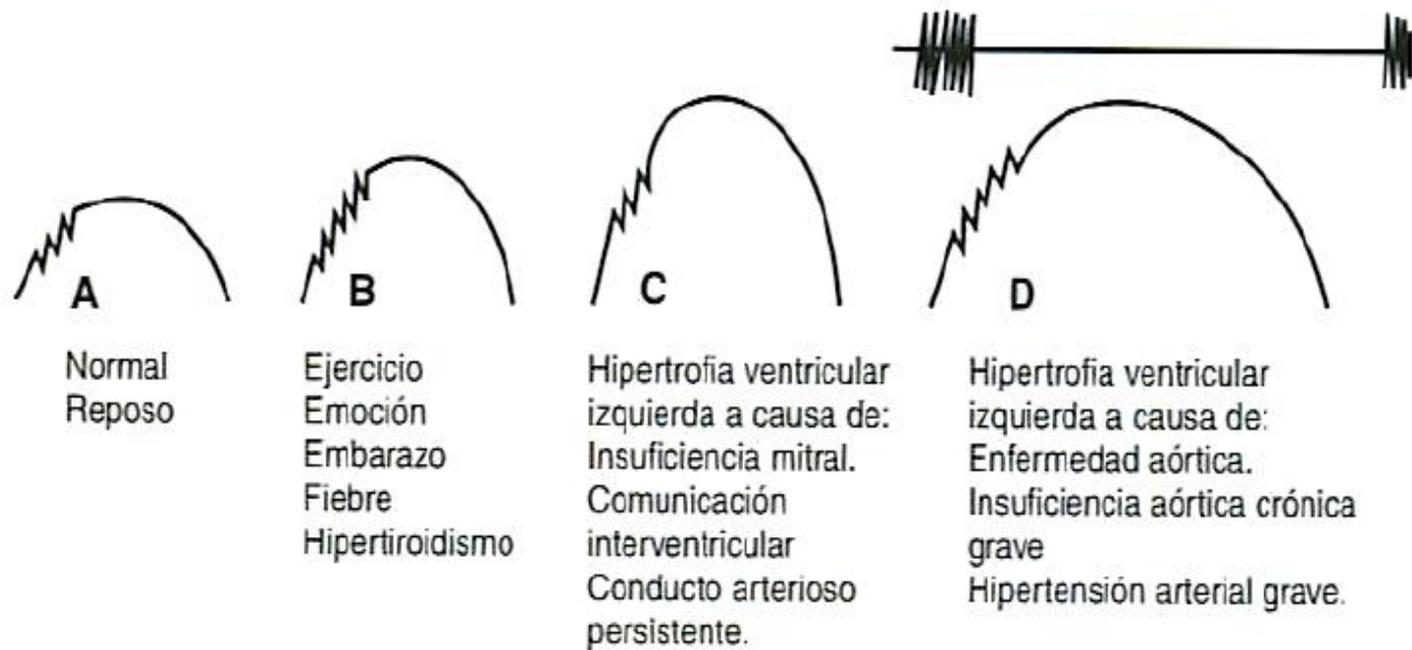


Fig. 29-5-2. Esquemas de los aumentos de intensidad del choque apexiano según se perciben en el examen físico. **A.** Normal, sujeto en reposo. **B.** Corazón normal e hiperkinético (aumento no sostenido, vibración no aumentada en relación con el endurecimiento). **C.** Choque intenso pero breve y fugaz. **D.** Choque intenso duro y sostenido (en "cúpula o bola de billar"), que se prolonga hasta acercarse al segundo ruido.





Referencias Bibliográficas:

1. SEMIOLOGIA MEDICA , **Argente Horacio** - Álvarez
2. Mosby's Guide to Physical Examination, **Seidel Henry** 6E.
3. BATES' Guides to Physical examination and History Taking, **Lynn S. Bickley**, 9E