



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SEGUNDA UNIDAD

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS

COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7

GRUPO: A

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN.

Se caracteriza por cambios en el contenido alveolar, normalmente lleno de aire, y cambia por exudado, como: neumonía, tuberculosis o tumores. Inspección es la movilidad del hemitórax afectado está disminuida por estar alterada la ventilación y modificaciones de las propiedades elásticas del pulmón. La palpación se corrobora la hipomovilidad, las vibraciones vocales están aumentadas debido a que la condensación convierte el pulmón en un medio más homogéneo y en mejor trasmisor. La percusión es la sonoridad esta disminuida o abolida, no hay resonancia pulmonar o claro pulmonar, la sonoridad es mate o submate. La auscultación son los ruidos respiratorios están aumentados de intensidad y son audibles en la espiración, acompañados de un soplo tubario, que es un sonido que semeja el paso del aire a través de un tubo, debido que es un ruido bronquial y no participa el murmullo vesicular porque los alvéolos están ocupados por material líquido o semilíquido.

Los fenómenos agregados son estertores alveolares al final de la inspiración, que denotan alveolos paracialmente llenos y estertores bronquioalveolares que no implican daño sólo alveolar, sino daño bronquial, así como frote pleural si se agrega irritación de la pleura. El Síndrome físico de atelectasia aparece cuando existe obstrucción de un bronquio por diversas causas, el aire que queda en los alvéolos que dependen del bronquio es absorbido por la sangre circulante y se produce un colapso pulmonar. Éste representa la disminución del volumen pulmonar y tiene como consecuencia un aumento de la presión intrapleurar, debido a que el espacio pleural permanece hermético; se acompaña del desplazamiento de estructuras vecinas, como el mediastino, la tráquea y el diafragma, hacia el lado afectado, además de que los espacios intercostales se cierran.

Inspección es una disminución del volumen, retracción de los espacios intercostales, hueco supraclavicular o supraesternal e hipomovilidad del lado afectado y palpación se puede corrobora la disminución de los movimientos respiratorios, las vibraciones vocales están disminuidas o ausentes, a veces el ápex podrá palpase desviado hacia el lado afectado. Auscultación: abolición de ruidos respiratorios, de la trasmisión de la voz, debido a que los ruidos respiratorios se

trasmiten a través del árbol bronquial y son amortiguados por la obstrucción. En el aspecto clínico, este síndrome se parece al de derrame pleural, en el que la radiografía de tórax es indispensable para determinar el diagnóstico.

Síndrome físico cavitario existe cuando hay destrucción del parénquima pulmonar con formación de una cavidad esta debe ser de tamaño suficiente para poder detectarse clínicamente). Este síndrome puede aparecer en absceso pulmonar, caverna por tuberculosis, quiste pulmonar y bulas por destrucción del parénquima pulmonar. Palpación corrobora la disminución de los movimientos del tórax del lado afectado. La Auscultación existe un soplo anfórico o soplo cavitario ruido que semeja al producido por la corriente de aire que pasa por la boca de una botella al dirigir horizontalmente el flujo de aire. El sonido es más grave entre más grande sea la cavidad y cambia conforme el tamaño de la cavidad y se llena de secreciones. Cuando la case comporta como síndrome de condensación pulmonar.

Síndrome físico de rarefacción es característico en los pacientes con efisema pulmonar y que tienen tórax en tonel; corresponde a la distensión permanente del parénquima pulmonar con atrapamiento de aire y ruptura de las paredes alveolares. La inspección del tórax aumentado de volumen, en inspiración permanente, con costillas horizontales y el ángulo bicostal muy abierto, escasa o nula movilidad torácica. La palpación se corrobora la disminución de los movimientos respiratorios y vibraciones vocales disminuidas con disminución de los movimientos entre la inspiración y la espiración sólo de 1 a 2 cm, cuando al menos deben ser de 4 a 6 cm. La percusión es hipersonoridad que se corrobora con el atrapamiento de aire como consecuencia de la hiperdistensión pulmonar, la línea de demarcación entre la sonoridad pulmonar y la región lumbar, línea de Mouriquand, está descendida y no es raro encontrarla en el décimo o undécimo espacio intercostal, con huecos supraclaviculares hipersonoros. La auscultación con ruidos respiratorios disminuidos, transmisión de la voz disminuida en ambos hemitórax, la inspiración más corta con espiración se hace patente en toda su duración porque al entrar en juego los músculos accesorios, la hacen audible, de ahí que en el efisema se ausculte prolongada la espiración. Con frecuencia se pueden percibir estertores

roncantes, silbantes y piales al final de la espiración, que se expresan la obstrucción, el edema o el broncoespasmo y son más aparentes cuando se adopta la posición de decúbito dorsal; en ocasiones pueden auscultarse estertores subcrepitantes.

Síndrome pleurales su anatomía podemos encontrar la pleura parietal, espacio pleural y pleura visceral y sus manifestaciones clínicas como la anamnesis son el dolor torácico, tos seca, disnea, palpitations, cianosis y sudoración. Examen físico encontramos en la inspección la taquipnea, abombamiento del hemitorax, disminución de la movilidad. Palpación con vibraciones vocales abolidas, expansión de bases y vértices disminuídos y percusión con hipersonoridad o timpanismo, murmullo vesicular abolido, voz auscultada abolido.

Neumotórax hipertensivo se generan por una lesión pleural que funciona como válvula, que permite ingresar aire e impide su salida en la espiración. En minutos, el aumento de la presión intratorácica hace caer el retorno venoso, el volumen minuto, la presión arterial y el paciente puede fallecer sino se actúa urgente drenando y descomprimiendo el hemitórax. El síndrome de derrame pleural aparece cuando el espacio pleural está ocupado por líquido, ya sea trasudado, exudado, sangre, pus o quilo. Para que se detecte clínicamente debe haber, al menos, 400 cc. Su inspección: disminución de movimientos respiratorios del lado afectado, aumento de los espacios intercostales y abombamiento de la región subescapular o en todo el hemitórax.

Palpación se corrobora la hipomovilidad y las vibraciones vocales se palpan disminuidas, aunque el líquido es más homogéneo, se forma una pared entre la vibración-trasmisión-árbol bronquial y pulmón y el receptor, que es el estetoscopio; el ápex puede palpase desplazado hacia el lado sano, concluyendo en disminución o abolición de las vibraciones vocales en la región basal del hemitórax; en cambio, existe aumento de ellas en la parte alta. Su percusión submate o mate en la región basal, esta matidez queda limitada hacia arriba por una curva en forma de parábola, llamada curva de Damoiseau, la curva se inicia en la región basal del lado sano, asciende, cruza la columna vertebral, continúa ascendiendo en pleno hemitórax

dañado, alcanza su máximo en la línea axilar media y luego desciende poco a poco a la región axilar y la cara anterior. El triángulo de matidez que se forma en el lado sano se llama triángulo de Grocco y es producido por el rechazamiento del mediastino hacia el lado sano, bajo la acción mecánica del derrame.

La auscultación son ruidos respiratorios abolidos o solamente disminuidos en la región basal; cuando existe una condensación pulmonar puede aparecer un soplo pleural, ruido semejante al soplo tubario. La voz tiene egofonía voz temblorosa que se representa como uno, ocasionada por la vibración del derrame en el sitio de mayor cuantía y por ello es más fácil de percibir cerca. Cuando el derrame pleural se asocia con existencia de gas, es decir, cuando hay un proceso mixto en la cavidad pleural, el límite superior de la matidez, en lugar de ser una línea parabólica, es una línea horizontal siempre, a pesar de la posición que adopte el paciente. A este signo se le denomina signo del nivel de Pitres y a la desviación del esternón hacia el lado de derrame, como consecuencia de los espacios intercostales, se denomina signo de la plomada de Pitres.

El síndrome físico de neumotórax es la existencia de aire en la cavidad pleural; generalmente penetra a la cavidad pleural a través del pulmón, de los bronquios rotos o por la pared que pierde su integridad. La entrada de aire es favorecida por la presión intrapleural negativa; esto provoca que la presión se iguale con la atmosférica y se produzca colapso pulmonar. Según la cantidad de aire que entra a la cavidad pleural será el grado de colapso pulmonar; por tanto, un neumotórax mayor de 20% ya se detecta clínicamente. La palpación se corrobora la disminución o hipomovilidad del hemitórax afectado, con vibraciones vocales aumentadas, su repercusión es característicos la hipersonoridad o timpanismo franco. Auscultación: ruidos respiratorios abolidos y trasmisión de la voz disminuida o abolida. En caso de neumotórax del lado izquierdo, por lo general, la matidez cardiaca puede desaparecer; lo mismo ocurre en la matidez hepática, cuando el neumotórax es derecho. Es el proceso irritativo pleural originado por la pérdida de desplazamiento pasivo de ambas nerviosas que inervan la pleura parietal, lo que causa las dos manifestaciones de este síndrome.

Bibliografía

Herrera-García, J. C. (2015). *Síndromes pleuropulmonares: de la*. Mexico: Med Int Méx.