



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA:

ERICK VILLEGAS MARTINEZ

DOCENTE:

DR. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

MATERIA:

PROPEDEUTICA, SEMIOLOGIA Y
DIAGNOSTICO FISICO

RUIDOS CARDIACOS

¿Qué es?

- Son los sonidos que se producen durante el ciclo cardiaco debido al flujo de sangre a través del corazón y de las válvulas cardiacas.
- Se dividen en dos tipos principales:

- los ruidos cardíacos normales

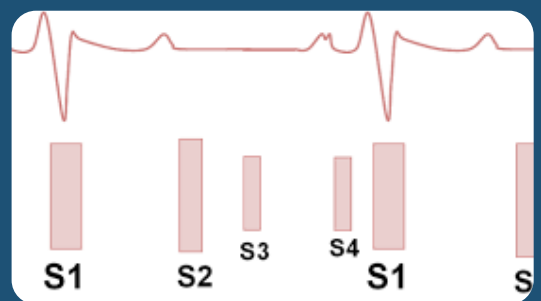
- los ruidos cardíacos anormales o patológicos.

RUIDOS CARDÍACOS NORMALES

PRIMER RUIDO (S1)

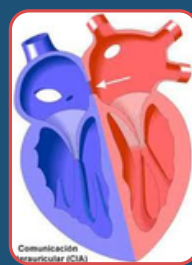
- Identifica el comienzo de la sístole ventricular
- Se debe al cierre de las válvulas auriculoventriculares
 - Mitral
 - Tricúspide

Se ausculta mejor con el diafragma del estetoscopio al tratarse de un ruido de alta frecuencia.



• La intensidad aumenta en estados hipercontráctiles, estenosis mitral y con un intervalo PR corto.

La intensidad disminuye en estados hipocontráctiles, con un intervalo PR largo y en la insuficiencia aórtica aguda.



El desdoblamiento se debe al cierre tardío de la válvula tricúspide, como sucede en el bloqueo de rama derecha y en la comunicación interauricular

SEGUNDO RUIDO (S2)

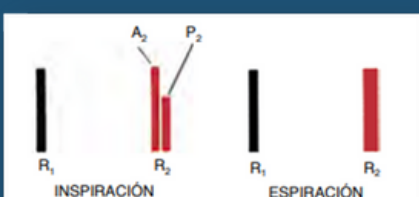
- Indica el comienzo de la diástole
- Se debe al cierre de las Semilunares

- Aórtica

- Pulmonar

Desdoblamiento fisiológico

La presión aórtica suele superar a la presión pulmonar, por lo que A2 precede a P2 y es más fuerte

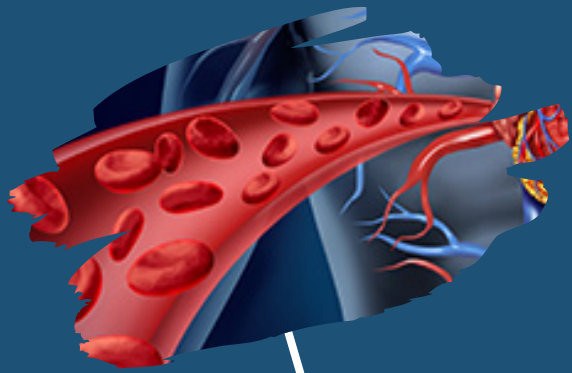


Mejor escuchado en el foco pulmonar

RUIDOS CARDIACOS

SEGUNDO RUIDO (S2)

Afectaciones

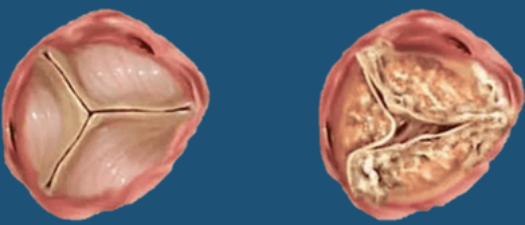


- En la hipertensión sistémica, se oye un aumento de intensidad de A2.
- En la hipertensión pulmonar, se oye un aumento de intensidad de P2, acompañado de un ligero desdoblamiento inspiratorio.

- La disminución de la intensidad de S2 puede deberse a estenosis aórtica o estenosis pulmonar.



Ruido único

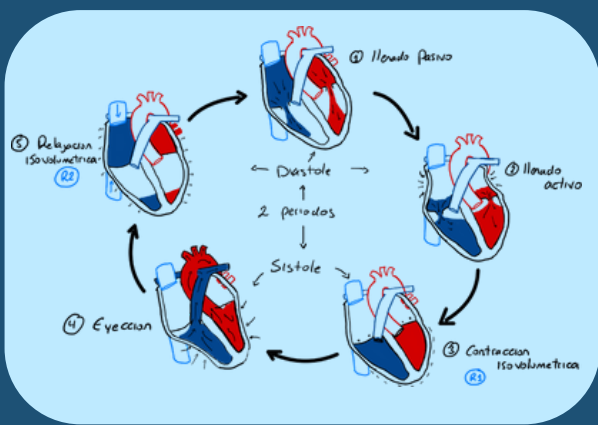


- En personas mayores
- Estenosis aórtica severa calcificada

- **Desdoblamiento paradójico del segundo ruido**
- El componente pulmonar precede al componente aórtico. Se da en el bloqueo completo de rama izquierda, en la estenosis aórtica severa y también aparece en la hipertensión arterial

TERCER RUIDO (S3)

- Aparece en la primera fase de la diástole debido a un llenado pasivo ventricular rápido



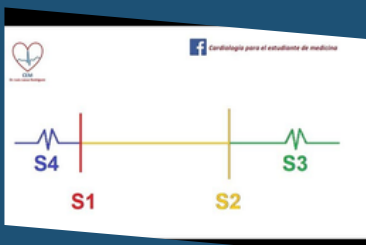
- Puede hallarse fisiológicamente en situaciones de aumento del gasto cardíaco
 - Estados hiperdinámicos: niños, atletas, embarazo, fiebre



- **Patológicamente en situaciones de dilatación ventricular**
 - insuficiencia cardíaca sistólica, miocardiopatía dilatada, insuficiencias valvulares

CUARTO RUIDO (S4)

- Se produce por las vibraciones de la fase de llenado activo de la diástole ventricular



- Se debe a una disminución de la distensibilidad ventricular en la diástole, como sucede en la hipertrofia cardíaca.

- Sugiere isquemia miocárdica en el contexto de un dolor torácico agudo.



SOPLOS



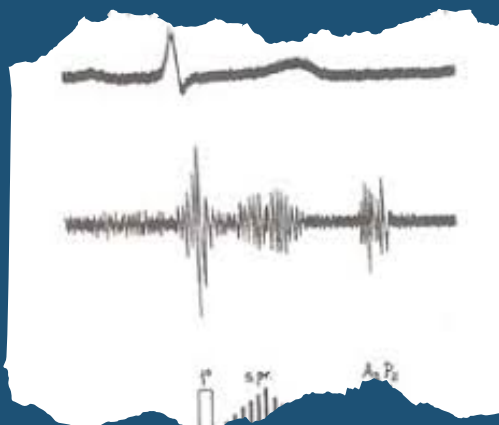
- Los soplos sistólicos pueden ser benignos o patológicos.
- Los soplos diastólicos son patológicos.

SOPLOS INOCENTES

- Intensidad de grado 1-2.
- Localización en el borde esternal izquierdo.



- Sue len ser sistólicos, de pequeña intensidad,
- Suelen modificarse con cambios posturales y por la situación hemodinámica

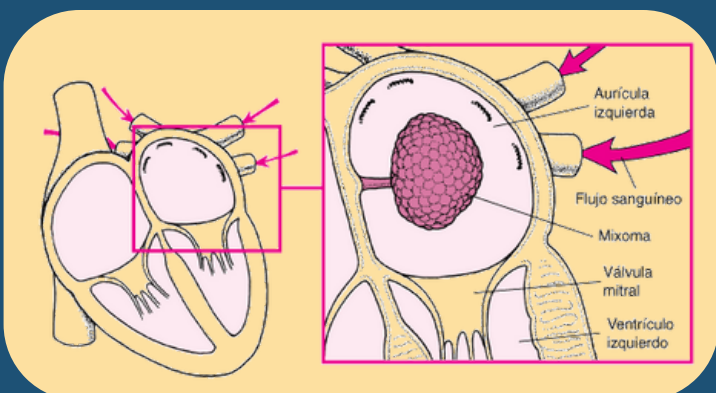
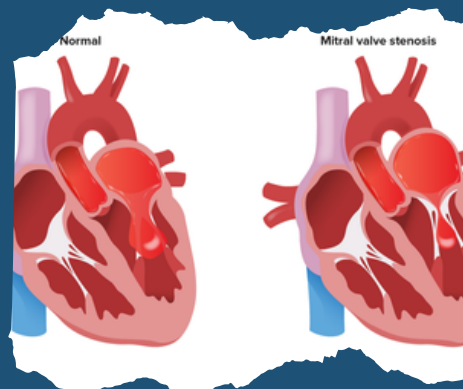


SOPLO DE STILL

- Breve zumbido sistólico producido por las vibraciones de las valvas pulmonares.

Soplos sistólicos tempranos

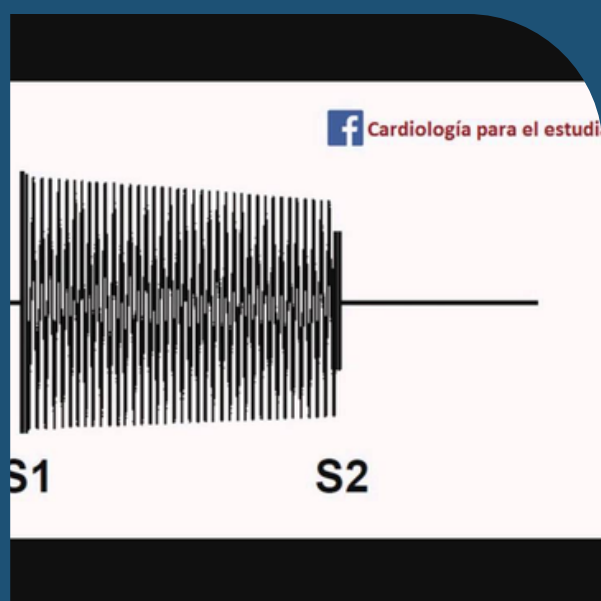
- Están relacionados con la eyección ventricular.
- Diagnóstico diferencial:



- Estenosis aórtica
- Estenosis pulmonar
- Insuficiencia mitral aguda
- Obstrucción del flujo de salida

Soplos holosistólicos

- Debidos a la regurgitación a través de las válvulas auriculoventriculares o a una comunicación interventricular
 - Insuficiencia mitral
 - Insuficiencia tricuspídea

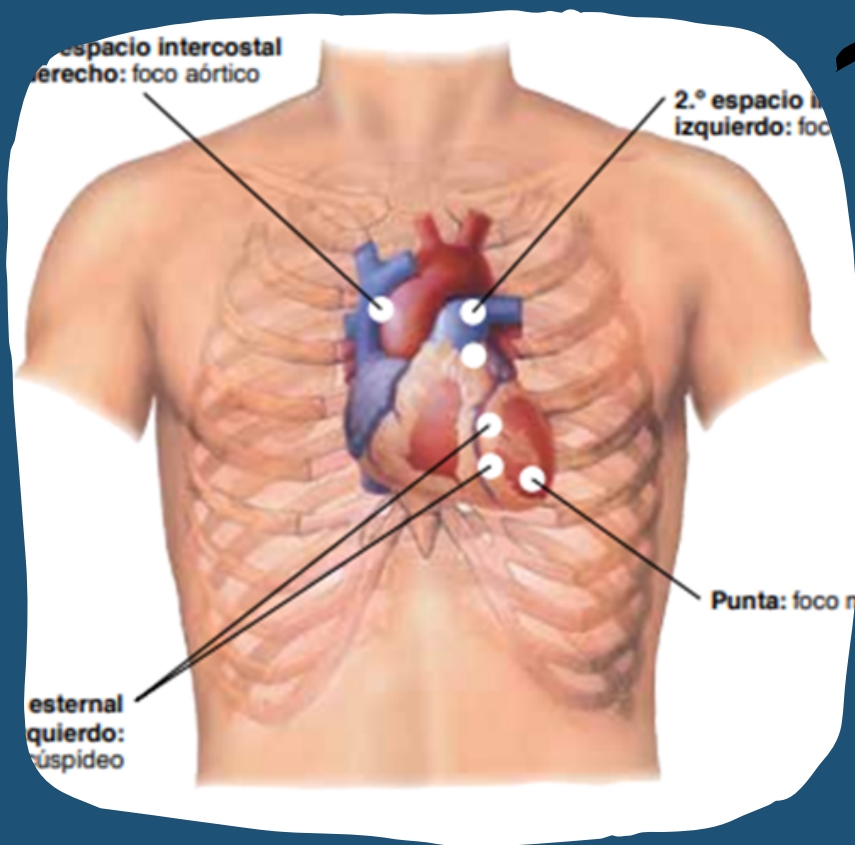


Soplos sistólicos tardíos

- Variaciones en la insuficiencia mitral.
 - Chasquidos (clics) y soplos diastólicos

- Estenosis mitral
 - Chasquido de apertura al principio de la diástole.
 - Ruido breve y agudo que se oye con el diafragma en el borde esternal izquierdo.
 - El intervalo entre A2 y el chasquido de apertura no se relaciona bien con el área de la válvula. 4

FOCOS CARDIACOS

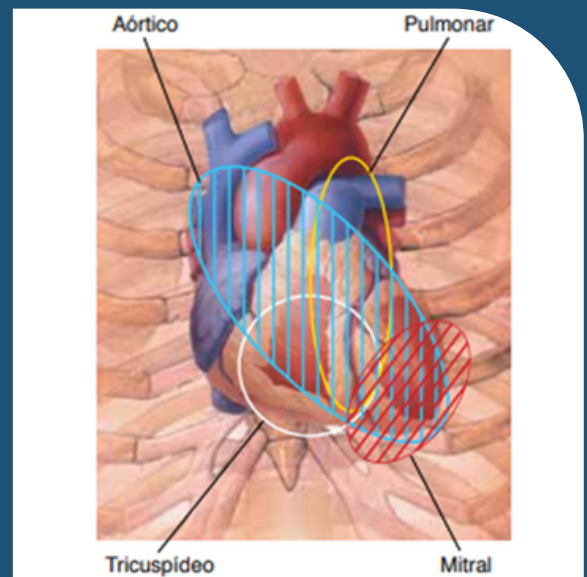


FOCO AÓRTICO

2.º espacio intercostal derecho/borde paraesternal

FOCO PULMONAR

- 2.º espacio intercostal izquierdo/borde paraesternal



ACCESORIO AÓRTICO

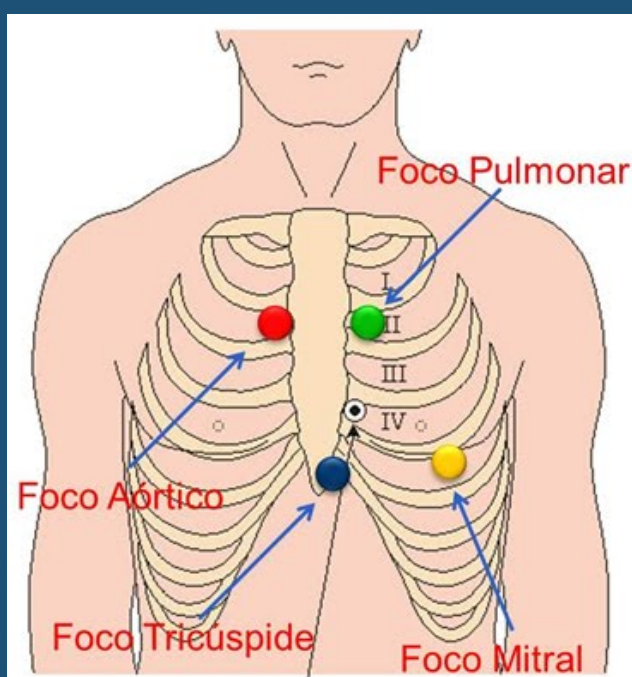
- 3.er espacio intercostal izquierdo/borde paraesternal

Mitral

- 5.º espacio intercostal izquierdo/línea medioclavicular

Tricúspide

Apéndice xifoides



RUIDOS RESPIRATORIOS

NORMALES

- Vesiculares
- Broncovesiculares
- Bronquiales
- Traqueales
 - Se identifican por su intensidad, tono y duración relativa de sus fases inspiratoria y espiratoria.

RUIDOS PULMONARES



Vesiculares

- Suaves y de tono bajo, se escuchan durante la inspiración, continúan sin pausa durante la espiración
- Se escucha en gran parte de ambos pulmones



Broncovesiculares

- Con ruidos inspiratorios y espiratorios casi equivalentes en duración
- A veces separados por un intervalo de silencio.
- Se escucha a menudo en el 1.º y 2.º espacio intercostal de la cara anterior y entre las escápulas



Bronquiales

- De tono más alto, ásperos y de mayor volumen
- Con un silencio breve entre los ruidos inspiratorio y espiratorio
- Los ruidos espiratorios duran más que los inspiratorios
- se escucha sobre el manubrio



Traqueales

- Ruidos ásperos de tono alto que se escuchan sobre la tráquea, a nivel del cuello.
- Los ruidos inspiratorio y espiratorio son casi equivalentes



RUIDOS ACCESORIOS

ESTERTORES

- Ruidos no musicales discontinuos, que pueden ser
- inspiratorios tempranos
 - EPOC
- inspiratorios tardíos
 - fibrosis pulmonar
- Bifásicos
 - neumonía

- **Estertores finos**
 - Suaves, de un tono más alto y más frecuentes por cada respiración
 - Se escuchan desde la fase media a la tardía de la inspiración
 - Duración más breve y una frecuencia más alta



EPOC
Asma
Bronquiectasias
Neumonía

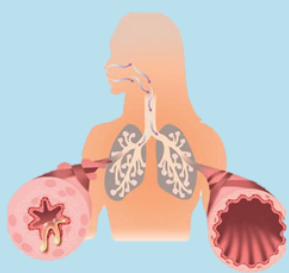


- **Estertores gruesos**
 - Aparecen durante la inspiración temprana y duran toda la espiración
 - Tienen un sonido de chasquido
 - Se escuchan sobre cualquier región pulmonar y no varían con la posición del cuerpo.

SIBILANCIAS

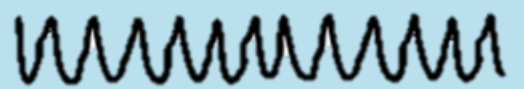
- Sonidos musicales continuos que se presentan durante el flujo de aire rápido
- Cuando las vías aéreas bronquiales están reducidas de calibre casi hasta el punto del cierre

TÍPICAS DEL ASMA



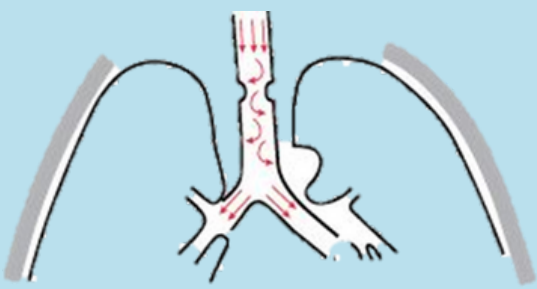
RONCUS

- Tienen un tono más bajo
- Pueden desaparecer con la tos, por lo que tal vez participen las secreciones en su producción



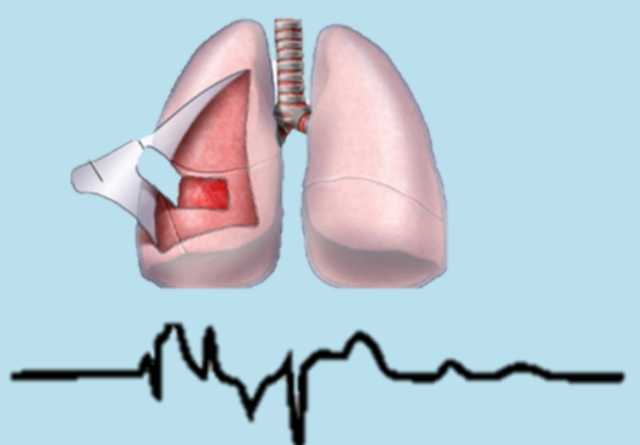
ESTRIDOR

- Ruido musical de tono y frecuencia altos, continuo
- Producido durante el flujo de aire a través de una estenosis de las vías respiratorias superiores
- Se escucha mejor sobre el cuello durante la inspiración



ROCE PLEURAL

- Es un ruido discontinuo de baja frecuencia chirriante que surge por inflamación
- Aspereza de la pleura visceral en su deslizamiento contra la pleura parietal
- Se escucha durante la inspiración y la espiración



Bibliografía:

- **Szilagyi, P. G., & Bickley, L. S. (2017). Bates. Guía de Exploración Física e Historia Clínica (R. M. Hoffman, Ed.). Lippincott Williams & Wilkins.**
- **Cuculich, P. S., Kates, A. M., & De Fer, T. M. (Eds.). (2014). The Washington Manual Cardiology Subspecialty Consult. Lippincott Williams & Wilkins.**
- **Adeva Alfonso, J. (2019). Manual AMIR.: Cardiología y cirugía cardiovascular (E. Franco Díez, Ed.). Academia de Estudios Mir.**