



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**Licenciatura**

Medicina Humana

**Materia**

Propedéutica, semiología y diagnóstico físico.

**Docente**

Dr. Miguel Basilio Robledo.

**Trabajo**

Mapa conceptual sobre la semiología de las patologías abdominales y soplos cardíacos.

**Estudiante**

Kevin Jahir Kraul Borralles

**Grado y grupo**

4 semestre

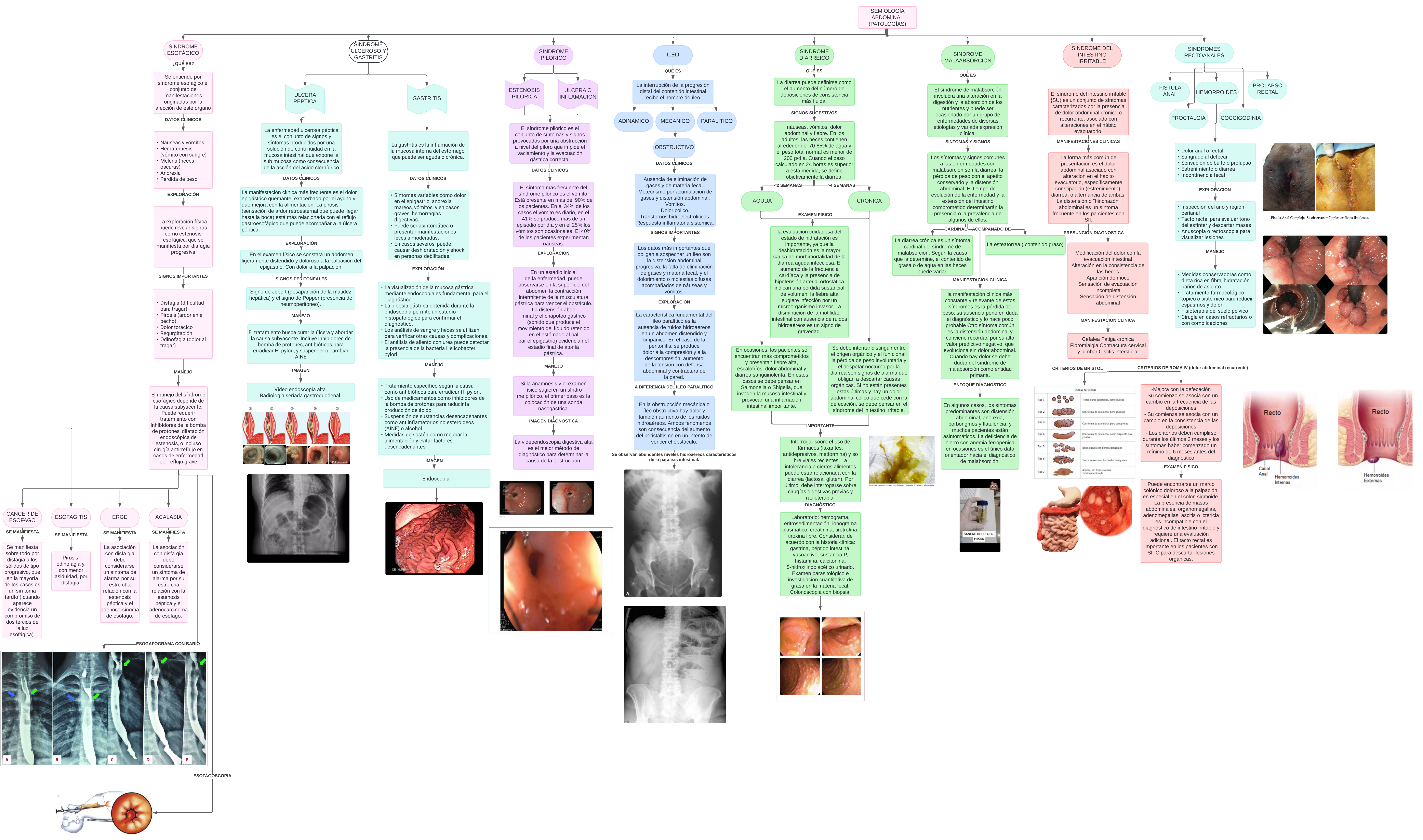
Grupo "A"

Parcial 3

Tapachula, Chiapas

16 de mayo de 2024





SEMIOLOGIA ABDOMINAL (PATOLOGIAS)

SISTEMA HEPATOBILIAR

**HEPATITIS**  
DEFINICION: Proceso inflamatorio que se caracteriza por necrosis hepatocelular difusa o parcheada.  
DATOS SUBJETIVOS: Algunos pacientes están asintomáticos; otros refieren ictericia, anorexia, dolor abdominal, deposiciones del color de la arcilla, orina del color del té y astenia.  
DATOS OBJETIVOS: Las pruebas de función hepática son anómalas. Los hallazgos de la exploración pueden incluir ictericia y hepatomegalia. En la enfermedad grave y progresiva puede aparecer cirrosis, con los hallazgos de la exploración asociados.

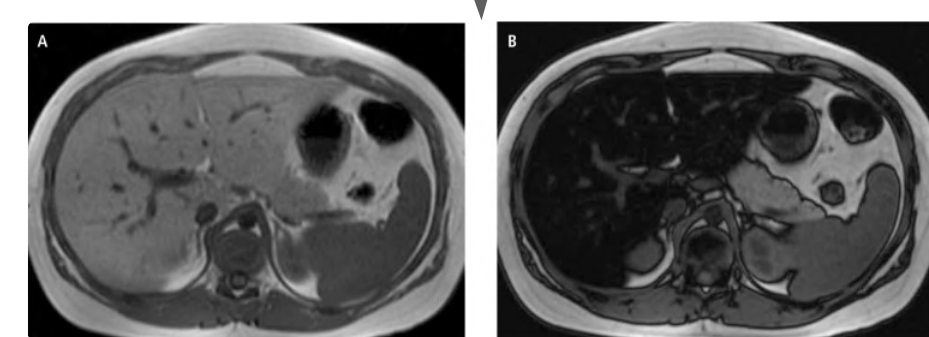
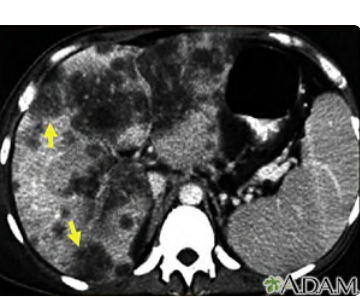
**CIRROSIS**  
DEFINICION: Proceso hepático difuso que se caracteriza por fibrosis y alteración de la arquitectura normal del hígado, que se transforma en nódulos estructuralmente anómalos.  
DATOS SUBJETIVOS: Algunos pacientes están asintomáticos; otros refieren ictericia, anorexia, dolor abdominal, deposiciones del color de la arcilla, orina del color del té y astenia.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Los valores de laboratorio (es decir, pruebas de función hepática y coagulopatía) pueden estar alterados. En la exploración, el hígado está aumentado de tamaño inicialmente, con borde firme y no doloroso a la palpación; a medida que avanza la cicatrización, disminuye el tamaño del hígado, y generalmente no se puede palpar. Puede haber alteraciones de la exploración neurológica (p. ej., encefalopatía hepática). En la enfermedad progresiva puede haber hipertensión portal con hemorragia por varices esofágicas. En la enfermedad avanzada puede haber emaciación muscular y deficiencias nutricionales.

**CARCINOMA HEPATOCELULAR PRIMARIO**  
DEFINICION: Tipo más común de cáncer de hígado. Se origina en los hepatocitos, que son las células principales del hígado.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Entre los síntomas se pueden encontrar ictericia, anorexia, astenia, repleción abdominal, deposiciones del color de la arcilla y orina del color del té.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: En la exploración se puede palpar hepatomegalia con borde hepático duro e irregular. Puede haber nódulos hepáticos que pueden ser palpables, y el hígado puede ser o no doloroso a la palpación. En la exploración puede haber hallazgos relacionados con la cirrosis (v. más arriba).

**COLELITIASIS**  
DEFINICION: Se forman cálculos en la vesícula biliar cuando determinadas sustancias alcanzan una concentración elevada en la bilis y producen cristales.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Muchos pacientes están asintomáticos. Entre los síntomas se puede observar indigestión, cólico e ictericia transitoria leve.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Esta enfermedad con frecuencia produce episodios de colecistitis aguda.

**COLECISTITIS**  
DEFINICION: Proceso inflamatorio de la vesícula biliar que la mayoría de las veces se debe a una obstrucción del conducto cístico por colecistiasis, y que puede ser aguda o crónica.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: El principal síntoma es el dolor en el CSD con irradiación alrededor de la parte media del torso hasta la región escapular derecha; el dolor es súbito e intenso y dura de 2 a 4 h. Puede haber síntomas asociados, como fiebre, ictericia y anorexia. En la colecistitis crónica puede haber intolerancia a las grasas, flatulencia, náuseas, anorexia y dolor abdominal inespecífico.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: En la colecistitis aguda el hallazgo clásico de la exploración es marcado dolor a la palpación en el epigastrio. Puede haber defensa involuntaria o dolor de rebote a la palpación. Algunos pacientes pueden tener una vesícula llena y palpable en el CSD. Algunos pacientes pueden tener hallazgos sutiles en la exploración, como dolor abdominal difuso, mientras que otros pueden tener una exploración sin hallazgos reseñables. En la colecistitis crónica habitualmente no se palpa la vesícula por fibrosis de la vesícula.

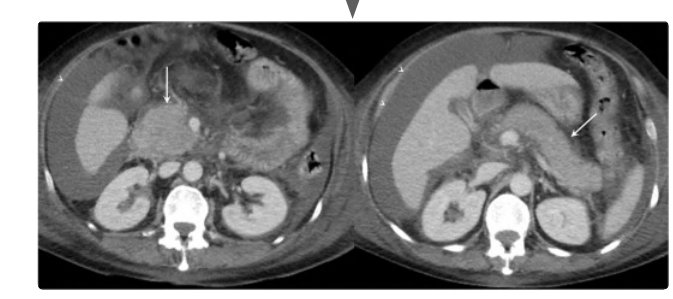
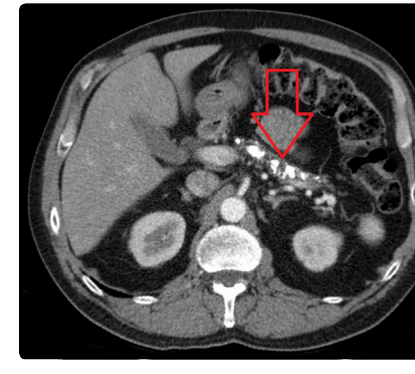
**HEPATOPATIA GRASA**  
DEFINICION: Espectro de trastornos hepáticos no asociados a consumo excesivo de alcohol que varían desde esteatosis a cirrosis y carcinoma hepatocelular.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: La mayoría de los pacientes están asintomáticos, aunque algunos refieren dolor en el CSD, astenia, malestar e ictericia.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Habitualmente se identifica después de descubrir alteraciones de las pruebas de función hepática; la mayoría de los pacientes tendrán una elevación de las transaminasas, y la aspartato aminotransferasa (AST) y la alanina aminotransferasa (ALT) son de dos a tres veces el límite superior de la normalidad. Aparte de un aumento del índice de masa corporal (IMC) (con criterios de sobrepeso u obesidad), la exploración física habitualmente no muestra hallazgos reseñables. Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen hepatomegalia. En la enfermedad más grave, los pacientes pueden tener ictericia y ascitis. La espectroscopia por resonancia magnética (ERM) y la biopsia hepática son las pruebas diagnósticas más sensibles.



PÁNCREAS

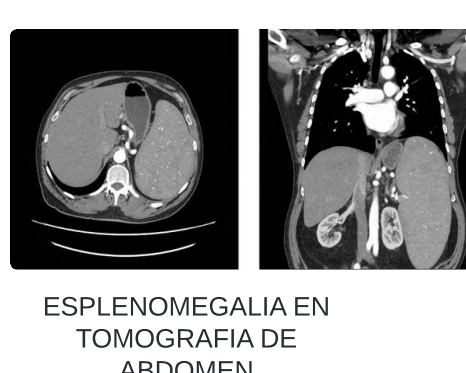
**PANCREATITIS AGUDA**  
DEFINICION: Proceso inflamatorio agudo en el que la liberación de enzimas pancreáticas produce autodigestión glandular.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Los síntomas varían desde leves a graves, con inicio súbito de dolor epigástrico persistente que puede irradiar a la espalda; habitualmente, el dolor se describe como constante y sordo. Con frecuencia se asocia a náuseas, vómitos, distensión abdominal, fiebre y anorexia.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: La mayoría de los pacientes tienen dolor abdominal difuso a la palpación; puede haber defensa involuntaria y distensión abdominal. Puede haber disminución de los ruidos intestinales como consecuencia de un íleo. En la pancreatitis necrosante grave se pueden observar los signos de Cullen y Grey-Turner en la exploración. Algunos pacientes pueden tener fiebre y taquicardia. Otros pueden tener disnea por irritación del diafragma. Hay elevación de las enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa).

**PANCREATITIS CRÓNICA**  
DEFINICION: Proceso inflamatorio crónico del páncreas que se caracteriza por cambios morfológicos irreversibles que dan lugar a atrofia, fibrosis y calcificaciones pancreáticas.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Los síntomas pueden incluir dolor abdominal constante y persistente, pérdida de peso y esteatorrea.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Los hallazgos de la exploración son similares a los de la pancreatitis aguda; sin embargo, en la enfermedad crónica hay mayor probabilidad de formación de pseudoquistes. En la enfermedad avanzada, algunos pacientes pueden tener signos de malnutrición, con disminución de la grasa subcutánea y emaciación temporal. Hay elevación de las enzimas pancreáticas (amilasa y lipasa), y puede haber intolerancia a la glucosa.



BAZO

**LASERACIÓN/ROTURA ESPLÉNICA**  
DEFINICION: La laceración esplénica es un desgarro o corte en el tejido del bazo, que puede variar en severidad desde leve a grave.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Entre los síntomas se encuentran el dolor en el cuadrante superior izquierdo con irradiación hacia el hombro izquierdo (signo de Kehr positivo). Dependiendo de la magnitud de la hemorragia, puede haber síntomas de hipovolemia (p. ej., mareo, síncope).  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: La exploración es notable por dolor a la palpación en el cuadrante superior izquierdo; puede haber signos de irritación peritoneal (defensa involuntaria o dolor de rebote a la palpación). El diagnóstico se realiza mediante paracentesis o tomografía computarizada (TC). Dependiendo del grado de hemorragia, los pacientes pueden tener hipotensión y disminución progresiva del hematocrito.



ESPLENOMEGALIA EN TOMOGRAFIA DE ABDOMEN

RIÑÓN

**GLOMERULONEFRITIS**  
DEFINICION: Inflamación de las asas capilares de los glomérulos renales.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Los síntomas habitualmente son inespecíficos y entre ellos se cuentan las náuseas y el malestar; puede haber dolor en el flanco, además de cefalea secundaria a hipertensión. Algunos pacientes refieren orina con el color del té o hematuria franca. Aproximadamente el 85% de los niños afectados presentan edema periférico y periorbitario.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Puede haber una exploración sin hallazgos reseñables, con presión arterial normal. Los hallazgos de la exploración pueden incluir edema, hipertensión y oliguria. Se produce hematuria microscópica en todos los pacientes afectados (en la microscopia de la orina se ven cilindros de eritrocitos).

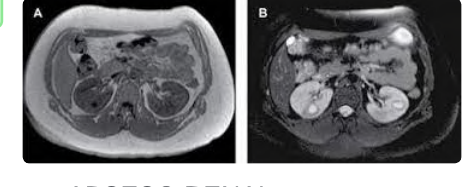
**HIDRONEFROSIS**  
DEFINICION: Hidronefrosis: Dilatación de la pelvis y de los cálices renales por obstrucción al flujo de orina en cualquier parte, desde el meato uretral hasta los riñones.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: En la obstrucción aguda puede haber dolor intenso e intermitente (cólico renal) con náuseas y vómitos. La mayoría de los pacientes están asintomáticos, y la hidronefrosis se encuentra durante un cribado radiológico (p. ej., ecografía fetal). En la infección secundaria puede haber dolor abdominal y en el flanco, hematuria y fiebre.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: La mayoría de los pacientes tendrán una exploración física sin hallazgos reseñables. En casos graves, se puede palpar el riñón durante la exploración abdominal; puede haber dolor a la palpación en el ACV. Cuando hay obstrucción urinaria baja, se puede palpar una vejiga distendida (p. ej., válvulas uretrales posteriores en un recién nacido).

**PIELONEFRITIS**  
DEFINICION: Infección del riñón y de la pelvis renal.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Habitualmente consultan con fiebre, disuria y dolor en flanco. Otros síntomas son los escalofríos, la poliuria, la polaquiuria, el tenesmo y la hematuria.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: La mayoría de los pacientes tienen aspecto grave con dolor o molestia significativa. La fiebre y el dolor en el ACV distinguen la pielonefritis de las IU no complicadas. En el estudio de laboratorio, hay piuria y bacteriuria, que confirman el diagnóstico.

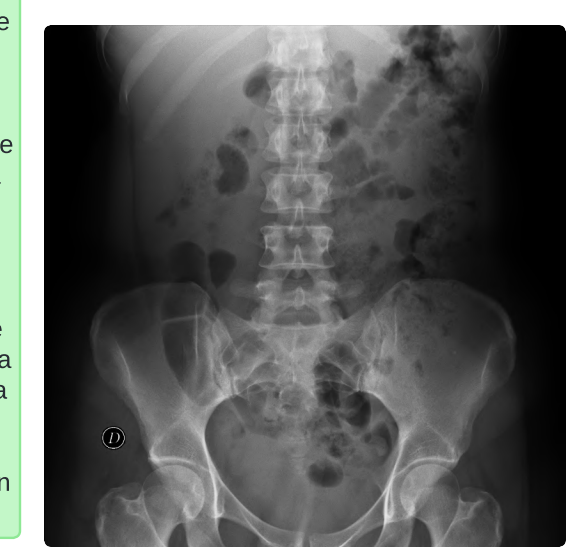
**ABSESO RENAL**  
DEFINICION: Infección localizada en la médula o la corteza del riñón.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Los síntomas de pielonefritis persisten tras más de 72 h de tratamiento antibiótico adecuado: escalofríos, fiebre, disuria y dolor en el flanco.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: Similar a la pielonefritis; la mayoría tienen aspecto general grave con fiebre y dolor o molestia significativa. En la exploración, habitualmente hay dolor a la palpación en el ACV. El análisis de orina puede mostrar piuria y bacteriuria si el absceso está en la corteza. Radiología renal: la ecografía, la TC y la resonancia magnética (RM) son herramientas diagnósticas frecuentes.

**CÁLCULOS RENALES**  
DEFINICION: Los cálculos se forman en la pelvis renal por un proceso fisicoquímico asociado a obstrucción e infecciones en el tracto urinario.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: Entre los síntomas se encuentran la fiebre, la disuria, la hematuria y el dolor en el flanco. El cólico renal se caracteriza por dolor cólico intenso con náuseas y vómitos; a medida que el cálculo pasa por el uréter, el dolor normalmente se desplaza desde el flanco hasta la ingle, y después hasta la zona escrotal o labial.  
DATOS OBJETIVOS SEMIOLÓGICOS: La mayoría de los pacientes consultan en el servicio de urgencias con dolor cólico intenso. Los hallazgos de la exploración pueden incluir dolor a la palpación en el ACV y/o dolor abdominal a la palpación. El análisis de orina puede mostrar hematuria microscópica; es indicativa de este diagnóstico una elevación del cociente calcio urinario-creatinina. Algunos pacientes pueden tener signos de sobrecarga hídrica (aumento de la distensión venosa yugular y edema periférico) o de déficit de líquidos (hipotensión, cambios ortostáticos del pulso y de la presión arterial, sequedad de las membranas mucosas). En la IRA posrenal, con obstrucción completa, puede haber distensión abdominal (distensión vesical) y dolor suprapúbico a la palpación.

**INSUFICIENCIA RENAL AGUDA**  
DEFINICION: Deterioro súbito de la función renal en un plazo de horas a días, que da lugar a un episodio urémico agudo.  
DATOS SUBJETIVOS CLÍNICOS: La diuresis puede ser normal, o puede estar disminuida o ausente (anuria). En la IRA prerrenal, puede haber habido síntomas que hayan producido deshidratación y disminución de la perfusión renal (p. ej., vómitos, diarrea, disminución de la ingesta o uso de diuréticos); los pacientes también pueden haber tenido síntomas que han producido depleción del volumen intravascular (p. ej., dificultad respiratoria y edema periférico con insuficiencia cardíaca congestiva). En la IRA posrenal, los pacientes pueden haber tenido síntomas de obstrucción del tracto urinario dependiendo del nivel de la obstrucción (p. ej., anuria con la obstrucción completa). Los pacientes con IRA intrínseca pueden consultar con síntomas relacionados con la causa subyacente de su insuficiencia renal (orina con color de té o refresco de cola en la glomerulonefritis, y exantema malar en el lupus eritematoso sistémico). Los hallazgos de la exploración son inespecíficos. Algunos pacientes pueden tener signos de sobrecarga hídrica (aumento de la distensión venosa yugular y edema periférico) o de déficit de líquidos (hipotensión, cambios ortostáticos del pulso y de la presión arterial, sequedad de las membranas mucosas). En la IRA posrenal, con obstrucción completa, puede haber distensión abdominal (distensión vesical) y dolor suprapúbico a la palpación.



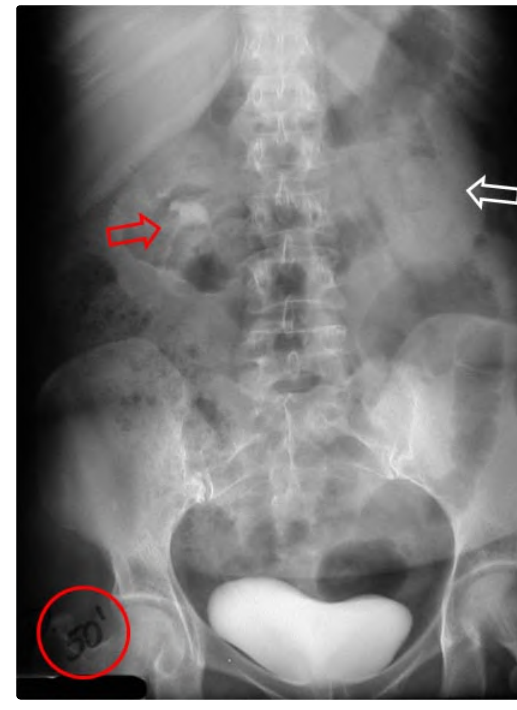
ABSESO RENAL

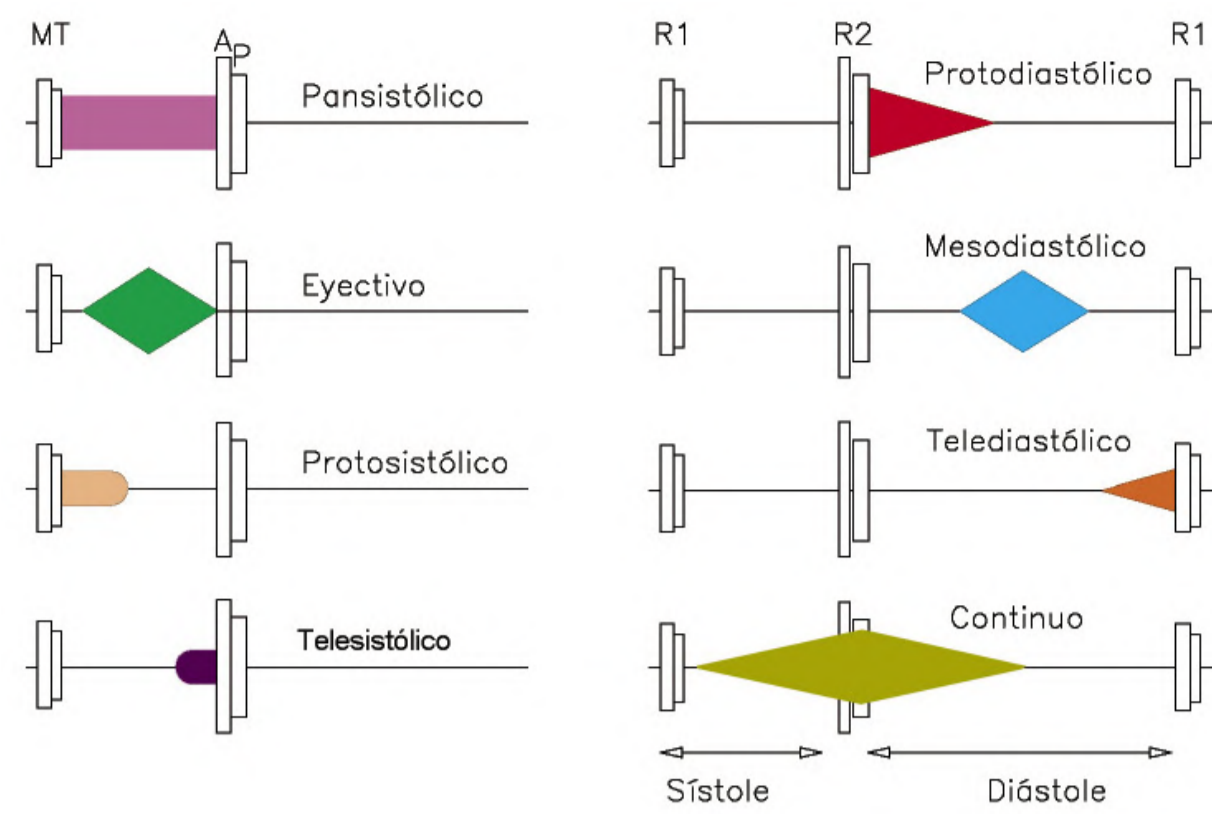


HIDRONEFROSIS



CÁLCULO RENAL





M: Mitral T:Tricúspide A: Aortico P: Pulmonar R1: Primer ruido cardiaco R2: Segundo ruido cardiaco

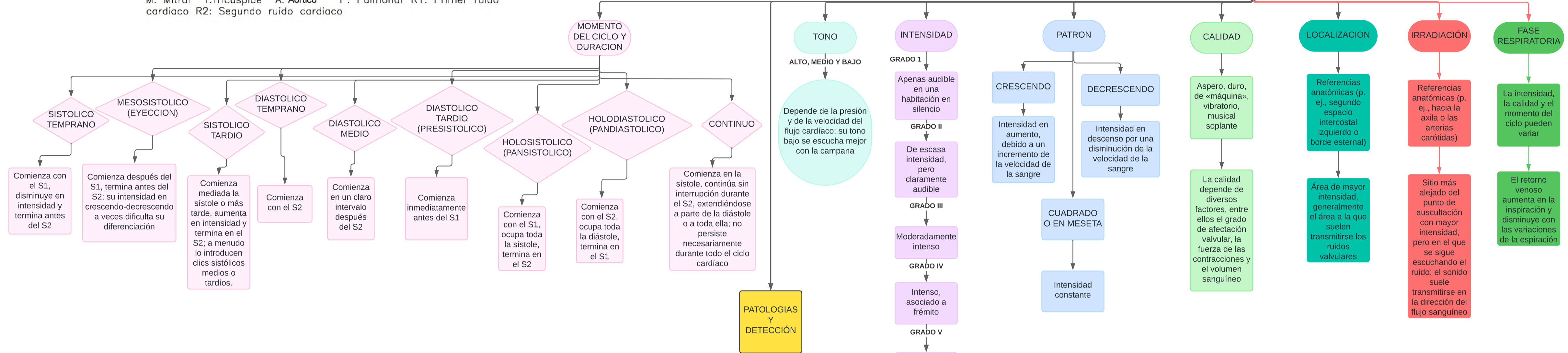
# SOPLOS CARDIACOS

**DEFINICION**  
Los soplos cardiacos son ruidos adicionales relativamente prolongados que se escuchan durante la sístole o la diástole; a menudo indican un problema.

**CAUSA**  
Las válvulas alteradas —causa frecuente de soplos— no abren o no cierran bien. Cuando las valvas están engrosadas y el paso se encuentra estrechado.

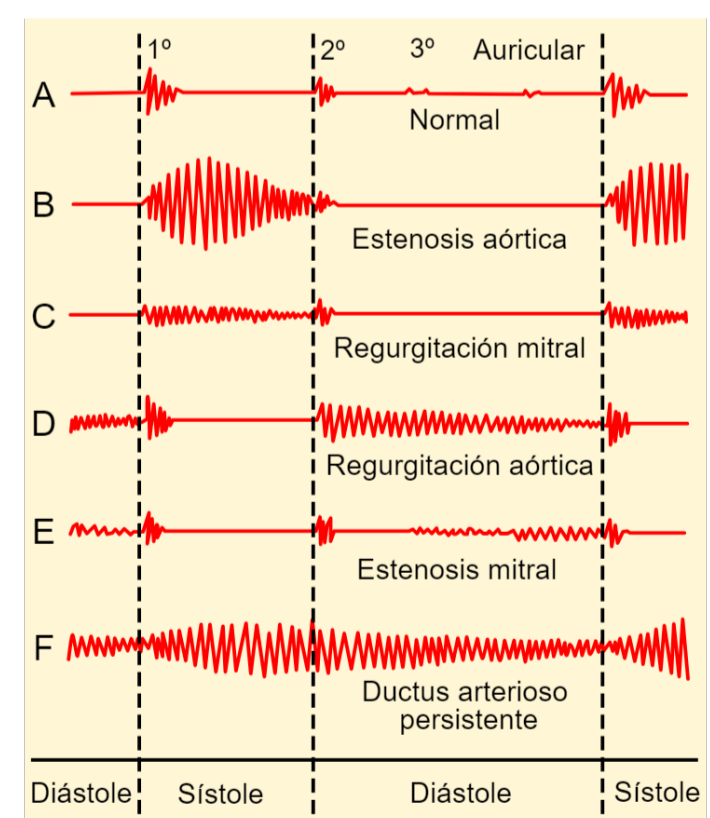
**EXPLORACION**  
El descubrimiento de un soplo cardiaco requiere una cuidadosa valoración y un buen diagnóstico. Aunque ciertos soplos son benignos otros representan un proceso patológico. Por tanto, a menudo son necesarias sólidos hallazgos aportados por pruebas adicionales antes de descartar un soplo como funcional.

## CLASIFICACION



## PATOLOGIAS Y DETECCION

<p><b>ESTENOSIS MITRAL</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha con la campana en el ápex y el paciente en decúbito lateral izquierdo</p> <p><b>HALLAZGOS</b> Ruido diastólico sordo y de baja frecuencia, más intenso al principio y al final de la diástole, sin irradiación; la sístole suele ser silenciosa; es frecuente un frémito palpable en el ápex en la diástole tardía; el S1 está aumentado y a menudo es palpable en el borde esternal izquierdo; frecuente desdoblamiento del S2, con P2 acentuado; el chasquido de apertura sigue de cerca a P2. Elevación visible en el área parasternal derecha si existe hipertrofia de ventrículo derecho. Disminución de amplitud de pulso arterial</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La válvula estrechada limita el flujo de avance; eyección forzada al ventrículo A menudo se produce con regurgitación mitral Causada por fiebre reumática o infección cardiaca</p>	<p><b>ESTENOSIS AORTICA</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha sobre el área aórtica; sonido de eyección en el borde del segundo espacio intercostal derecho</p> <p><b>HALLAZGOS</b> Soplo (de eyección) mesosistólico de tono medio, áspero, en forma de diamante "in crescendo-decrescendo"; se irradia a lo largo del borde esternal izquierdo (a veces hasta el ápex) y a la carótida, con frémito palpable; el S1 se escucha a menudo mejor en el ápex, y desaparece cuando la estenosis es grave, seguido a menudo de clic de eyección; el S2 es suave o está ausente, y no siempre desdoblado; le S4 es palpable; el sonido de eyección está amortiguado en caso de válvulas calcificadas; cuanto más grave es la estenosis, más tardío es el pico del soplo en la sístole. El empuje apical se desvía hacia abajo y hacia la izquierda y se prolonga si también existe hipertrofia ventricular izquierda</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La calcificación de las cúspides valvulares restringe el flujo de avance; eyección forzada desde el ventrículo hacia la circulación sistémica Causada por válvula bicúspide congénita (en lugar de la tricúspide normal), cardiopatía reumática, aterosclerosis. Puede ser la causa de muerte súbita, especialmente en niños y adolescentes, bien en reposo o durante el ejercicio; riesgo relacionado aparentemente con el grado de estenosis</p>	<p><b>ESTENOSIS SUBAORTICA</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha en el área del borde del borde izquierdo</p> <p><b>HALLAZGOS</b> El soplo llena la sístole, en forma de diamante, tono medio, áspero; frémito a menudo palpable durante la sístole en el ápex y el borde esternal derecho; múltiples ondas en los impulsos apicales; el S2 suele desdoblarse; el S2 es suave o está ausente, y no siempre desdoblado; le S4 es palpable; el sonido de eyección está amortiguado en caso de válvulas calcificadas; cuanto más grave es la estenosis, más tardío es el pico del soplo en la sístole. El empuje apical se desvía hacia abajo y hacia la izquierda y se prolonga si también existe hipertrofia ventricular izquierda</p> <p><b>DESCRIPCION</b> Anillo fibroso, generalmente entre 1 y 4 mm por debajo de válvula aórtica; es más pronunciado en el lado ventricular del tabique; puede agravarse progresivamente con el tiempo</p>	<p><b>ESTENOSIS PULMONAR</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha sobre el área pulmonar, con irradiación hacia la izquierda y hacia el cuello; frémito a menudo palpable durante la sístole en el ápex y el borde esternal izquierdo; frecuente desdoblamiento amplio; el P2 es suave o está ausente; el S4 es frecuente en la hipertrofia ventricular derecha; el soplo puede ser prolongado y confundirse con el sonido del defecto del tabique ventricular</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La válvula limita el flujo de avance; eyección energética desde el ventrículo hacia la circulación pulmonar. La causa casi siempre es congénita</p>	<p><b>ESTENOSIS TRICUSPIDEA</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha con campana sobre el área tricúspide</p> <p><b>HALLAZGOS</b> Ruido sordo diastólico que se acentúa de forma temprana y tardía en la diástole, asemejándose a la estenosis mitral, pero es más intenso en la inspiración; frémito diastólico palpable sobre el ventrículo derecho; el S2 puede desdoblarse durante la inspiración. Disminución de la amplitud del pulso arterial; pulso venoso yugular prominente, especialmente una onda; caída lenta de onda v</p> <p><b>HALLAZGOS</b> La calcificación de las cúspides valvulares restringe el flujo de avance; eyección energética al interior de los ventrículos. Se observa habitualmente junto con estenosis mitral, rara vez sola. Causada por cardiopatía reumática, defecto congénito, fibroelastosis endocárdica, mixoma auricular derecho</p>	<p><b>RECURGITACION MITRAL</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha mejor en el ápex; más intenso en ese punto, se transmite hacia la axila izquierda</p> <p><b>HALLAZGOS</b> Holosistólico, intensidad en forma de meseta, tono alto, calidad soplante, áspero, a menudo bastante intenso y puede borrar el S2; se irradia desde el ápex hasta la base y la axila izquierda; el frémito puede palparse en el ápex durante la sístole; intensidad del S1 disminuida; el S2 es más intenso, con el P2 a menudo acentuado; el S3 suele estar presente; galope del S3-S4 frecuente en la enfermedad tardía</p> <p><b>HALLAZGOS</b> La incompetencia valvular permite el reflujo del ventrículo a la aurícula. Causada por fiebre reumática; infarto de miocardio, mixoma, rotura de cuerdas</p>	<p><b>PROLAPSO DE VALVULA MITRAL</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha en el ápex y en el borde esternal inferior izquierdo; es fácil que pase desapercibido en decúbito supino; se escucha también en posición erguida</p> <p><b>DESCRIPCION</b> Soplo sistólico típicamente tardío precedido de clics mesosistólicos, aunque tanto el soplo como los clics son muy variables en cuanto a intensidad y momento de presentación</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La válvula es eficaz precozmente en la sístole, pero se prolapsa hacia la aurícula más tarde en la sístole; puede agravarse progresivamente, dando lugar a soplo holosistólico; a menudo es concurrente con pectus excavatum</p>
---	---	--	--	---	--	---



Fonocardiogramas de la normalidad y ruidos cardiacos anormales

<p><b>REGURGITACION AORTICA</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha con el diafragma del estetoscopio, el paciente sentado e inclinado hacia delante; con la campana se oye el soplo de Austin-Flint; se escucha clic de eyección en el segundo espacio intercosta</p> <p><b>DESCRIPCION</b> Diastólico temprano, tono alto, soplante, a menudo con soplo mesosistólico en forma de diamante; ruidos con frecuencia no son marcados; la duración varía con la presión arterial; es frecuente el soplo sordo, de tono bajo, en el ápex (Austin-Flint); a veces existe clic de eyección temprano; el S1 es suave; el desdoblamiento del S2 puede tener calidad de tambor; el M1 y el A2 a menudo son más intensos; es frecuente el galope del S3-S4. En la hipertrofia ventricular izquierda, latido de la punta prolongado y prominente abajo y hacia la izquierda</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La incompetencia valvular permite el reflujo de la aorta al ventrículo Causada por cardiopatía reumática, endocarditis, enfermedades aórticas (síndrome de Marfan, necrosis medial), sífilis, espondilitis anquilosante, disección, traumatismo cardiaco</p>	<p><b>REGURGITACION PULMONAR</b></p> <p><b>DETECCION</b> Dificultad para distinguirla de la regurgitación aórtica en la exploración física</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La incompetencia valvular permite el reflujo desde la arteria pulmonar hacia el ventrículo Secundaria a hipertensión pulmonar o endocarditis bacteriana</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La incompetencia valvular permite el reflujo desde el ventrículo hacia la aurícula</p> <p><b>CAUSA</b> Causada por defectos congénitos, endocarditis bacteriana (especialmente en los consumidores de drogas intravenosas), hipertensión pulmonar, traumatismo cardiaco</p>	<p><b>REGURGITACION TRICUSPIDEA</b></p> <p><b>DETECCION</b> Se escucha en el área inferior izquierda del esternón, a veces con irradiación unos centímetros a la izquierda</p> <p><b>DESCRIPCION</b> Soplo holosistólico sobre el ventrículo derecho, soplante, que aumenta en la inspiración; con frecuencia, hay S3 y frémito sobre el área tricúspide. En la hipertensión pulmonar, acentuación del impulso de la arteria pulmonar palpable sobre el segundo espacio intercostal izquierdo, así como del P2; en la hipertrofia ventricular derecha, visible elevación hacia la derecha del esternón</p> <p><b>DESCRIPCION</b> La incompetencia valvular permite el reflujo desde el ventrículo hacia la aurícula</p> <p><b>CAUSA</b> Causada por defectos congénitos, endocarditis bacteriana (especialmente en los consumidores de drogas intravenosas), hipertensión pulmonar, traumatismo cardiaco</p>
---	--	--

BIBLIOGRAFIAS:

1. ELABORADO POR KEVIN JAHIR KRAUL BORRALLES.
2. MANUAL MOSBY DE EXPLORACION FISICA (ELSEVIER MOSBY) HENRY M. SEIDEL -CAPITULO 14, PÁGINA 396-.
3. SEMIOLOGIA MEDICA ARGENTINA ALVAREZ 2A EDICION (PARTE IX, PAGINA 686)
4. BATES GUIA DE EXPLORACION FISICA E HISTORIA CLINICA 11A. EDICION