

RESUMEN EXPLORACION VASCULAR ARTERIAL Y VENOSA

1- INSPECCIÓN

La exploración del paciente vascular debe ser completa y no limitarse a la zona donde el paciente refiere sus molestias.

Hay que valorar:

- **Color de la piel** (enrojecimiento, cianosis, palidez)
- **Aspecto de la piel:** en la pierna enferma se pierde el pelo, las uñas están malnutridas y la piel es seca, escamosa, fría y roja. Detectar la presencia de redes venosas, su distribución por territorios y características.
- Presencia de **lesiones superficiales**
 - o varicosidades
 - o placas cutáneas rojizas (inflamatorias) u ocreas (dermatitis de estasis)
 - o lesiones ulceradas o necróticas
 - o otras piel

2- PALPACIÓN

Hay que valorar:

- La presencia de **induración, trombosis superficial** o cualquier cambio en la consistencia de la piel.
- **Edema:** duro-blando (fovea)
- **Temperatura:** con el dorso de la mano, se hallan zonas de frialdad por isquemia o de aumento de temperatura por flebitis superficiales, linfangitis, hipodermatitis u otros procesos inflamatorios.
- **Pulsos:** determinar si el pulso está: presente, ausente o dudoso; aumentado o disminuido (con respecto al contralateral).

Carótida: a ambos lados de la tráquea, medial al borde interno del músculo esternocleidomastoideo, siguiendo dicho borde hasta el ángulo de la mandíbula.

Temporal: por delante y encima del pabellón auricular

Subclavia: en sujetos delgados en la fosa supraclavicular en su porción media

Axilar: brazo en abducción 90° y dedo en el vértice de la axila

Humeral: cara interna del tercio medio brazo

Braquial: por dentro del tendón del biceps a nivel de la flexura del codo

Radial y cubital: por dentro de las apof estiloides respectivas

Abdomen: determinar si existen latidos visibles, palpar la aorta en pacientes delgados

Femoral: por debajo del ligamento del pliegue punto medio de la línea espina iliaca antero posterior y sínfisis pubiana

Poplítea: rodilla flexionada a 90% y con las dos manos, un poco por fuera de la línea media

Pedia: dorsal por fuera del tendón del extensor largo del dedo gordo en la parte superior del espacio metatarsiano

Tibial posterior: por detrás de maleolo interno, entre este y el tendón de Aquiles

- Repleción capilar o **perfusión distal** observando el relleno de los vasos subungueales después de haberlos vaciado por presión sobre la punta de la uña.
- **Relleno venoso**
- **Percusión:** de los trayectos y las dilataciones para determinar el grado de insuficiencia valvular y el segmento afecto, mediante la

Maniobra de Schwartz o de la oleada: si la vena es insuficiente, la mano inferior percibe la onda originada por la percusión de los dedos inferiores, ver dibujo.

3-. AUSCULTACIÓN

Debe iniciarse sobre el área cardiaca y continuar en los troncos supraórticos de localización laterocervical y supraclavicular, el abdomen y las regiones inguinales en busca de posibles soplos, indicativos de zonas estenóticas o fístulas arteriovenosas.

4-. REGISTRAR los detalles de la exploración vascular.

5-. OTRAS PRUEBAS

A) Valoración del estado circulatorio

El estado circulatorio se valora determinando el grado de perfusión distal mediante el relleno capilar en el lecho ungueal y la palpación de los pulsos:

- Si existe pulso radial indica una presión arterial sistólica por encima de 80 mm Hg.
- Si existe pulso femoral indica una presión arterial sistólica mayor de 70 mm Hg.
- Si existe pulso carotídeo presupone una presión arterial sistólica mayor de 60 mm Hg,

B) Prueba de Allen

El paciente mantiene 30 seg. cerrado el puño con fuerza mientras se comprimen las arterias radial y cubital, tras lo cual se libera una de las arterias y se comprueba el relleno o no de sangre en toda la mano; a continuación se repite el procedimiento liberando la otra arteria.

C) Prueba de Adson

Mientras se toma el pulso radial del enfermo, se hace abducción, extensión y rotación externa del mismo brazo. En esa posición se indica al enfermo que realice una inspiración profunda y vuelva la cabeza hacia el brazo que se somete a prueba. Si hay compresión de la arteria subclavia, se percibe una disminución notable o falta de pulso radial .

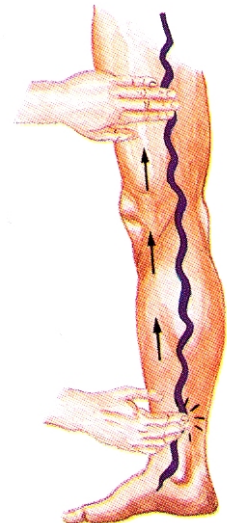
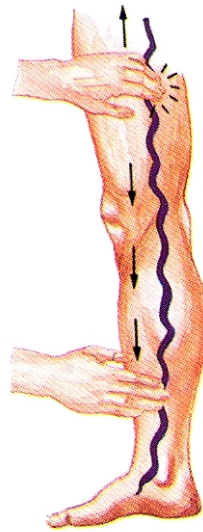
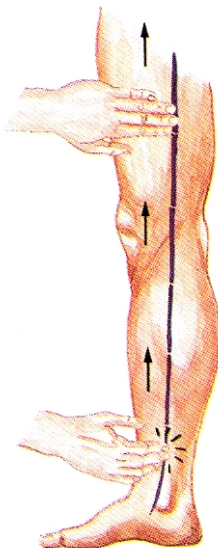
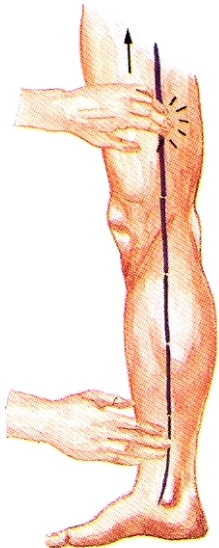
Manera de palpar las arterias

Así

Así no



Maniobra de Schwartz

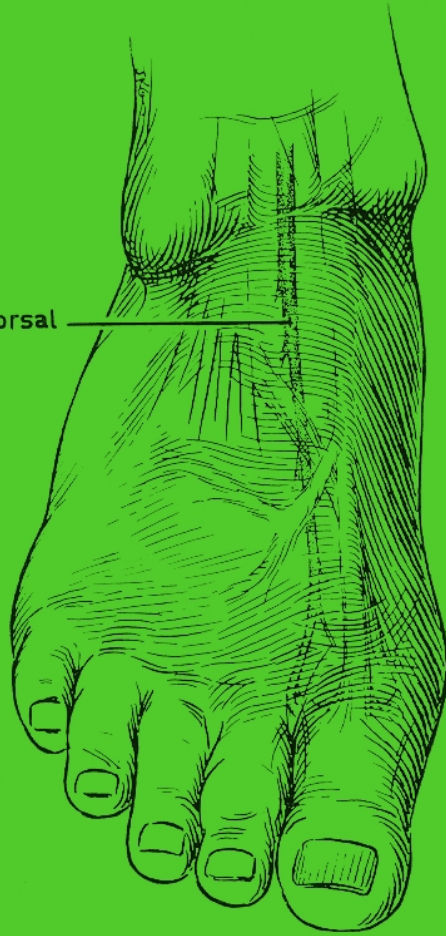


Adson



Localización arteria Pedia

A. pedia dorsal

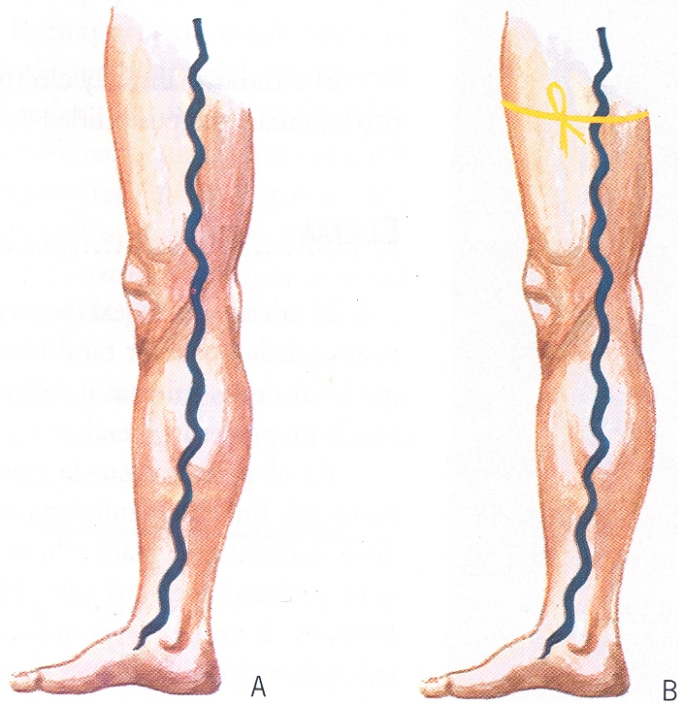


Localización arteria Tibial posterior

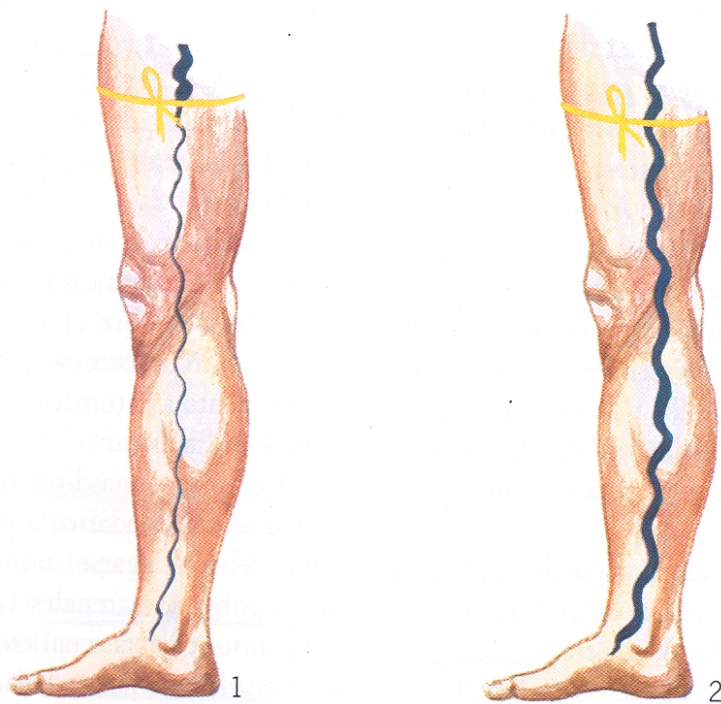
A. tibial posterior



PERTHES

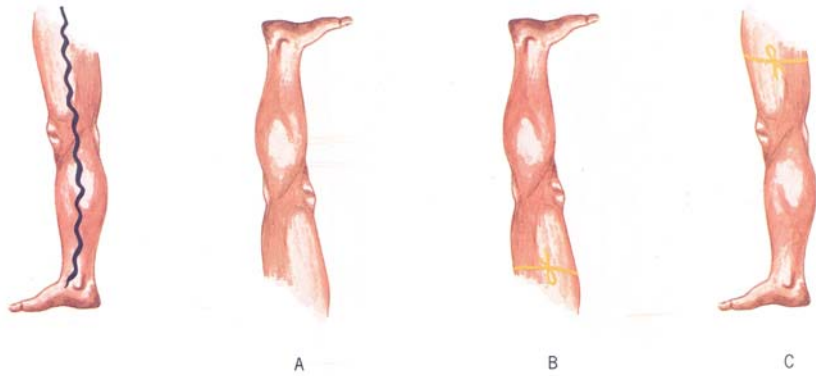


A. Miembro inferior en posición vertical, asiento de dilataciones varicosas.
 B. Colocación de una goma de Smarch en la raíz de la extremidad, haciendo caminar rápidamente al paciente.

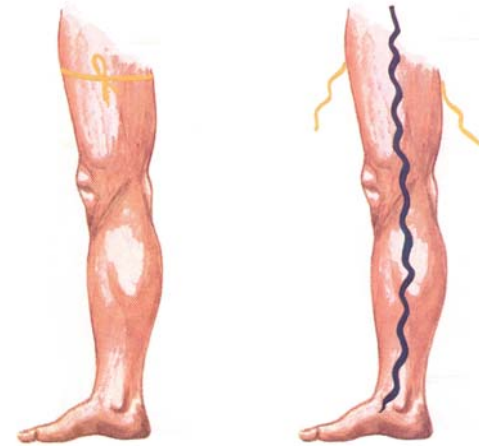


1. Si las venas profundas son permeables, se observa la desaparición de las varices.
 2. Dilatación superficial dolorosa a la marcha: obstáculo a la red venosa profunda. En caso de duda ante esta prueba, debe practicarse un Doppler, pletismografía y/o flebografía.

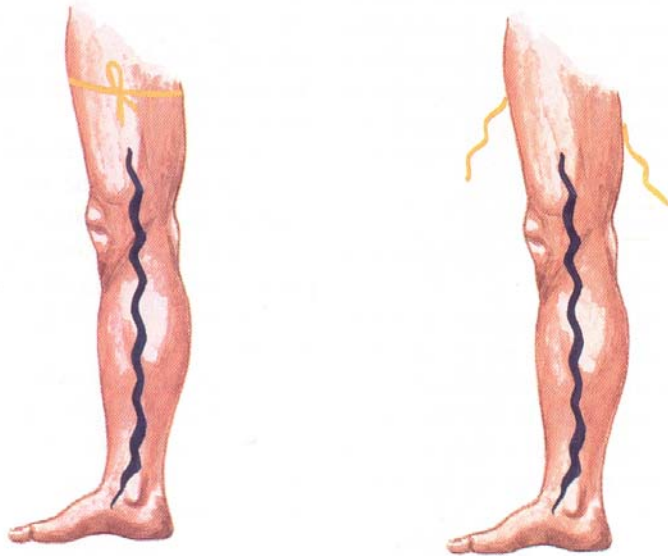
TRENDELENBURG



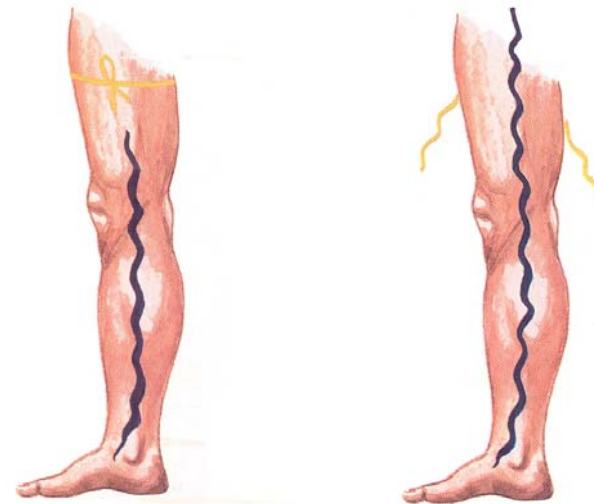
Miembro inferior en posición vertical, asiento de dilataciones varicosas en safena interna
 A. El paciente acostado, elevación del miembro inferior para vaciar las venas.
 B. Colocación de una goma de Simarch por debajo del cayado de la safena interna.
 C. El paciente se coloca en pie y observamos la extremidad después de treinta segundos, pudiéndose apreciar en las siguientes ilustraciones 3 posibilidades.



1. Las venas están colapsadas y al quitar la compresión se rellenan rápidamente (insuficiencia del cayado de la safena interna).



2. Se aprecia relleno venoso de abajo a arriba antes de los treinta segundos y no aumenta cuando retiramos la compresión (insuficiencia de las perforantes y normalidad de la válvula del cayado).



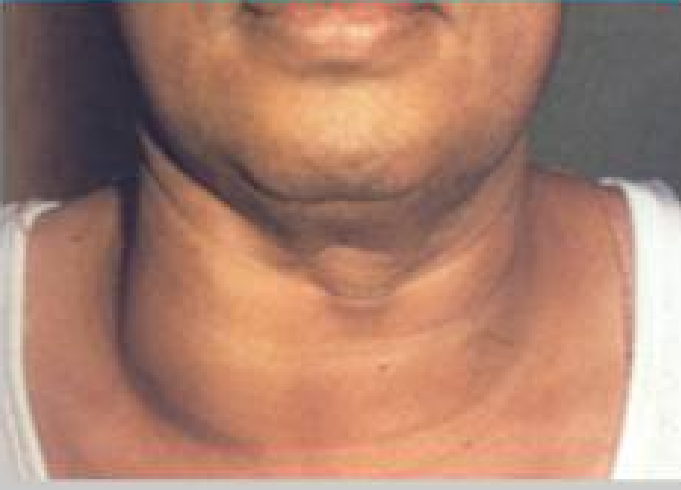
3. Las venas se rellenan antes de los treinta segundos (insuficiencia de las perforantes). Al interrumpir la compresión aumenta la ingurgitación venosa (insuficiencia del cayado de la safena interna).



EXPLORACIÓN VASCULAR

Cosas en que hay que fijarse

1. BULTOS



2. CAMBIOS COLOR



Erojamiento, palidez, cianosis, etc.

3. LESIONES SUPERFICIALES



4. VASOS SUPERFICIALES



Redes venosas su distribución y características.

5. ASIMETRÍA



INSPECCION

ZONAS INDURADAS



Palpar zonas induradas, con trombosis o alteraciones superficiales

EDEMA



Muy IMPORTANTE hay que hacerlo SIEMPRE, y no solo cuando se ve el edema

SIEMPRE

PALPACION

TEMPERATURA



Con el dorso de la mano se buscan zonas de isquemia (frialdad) o de aumento de temperatura (infarctos, Débitis, etc.)

ESPECIAL



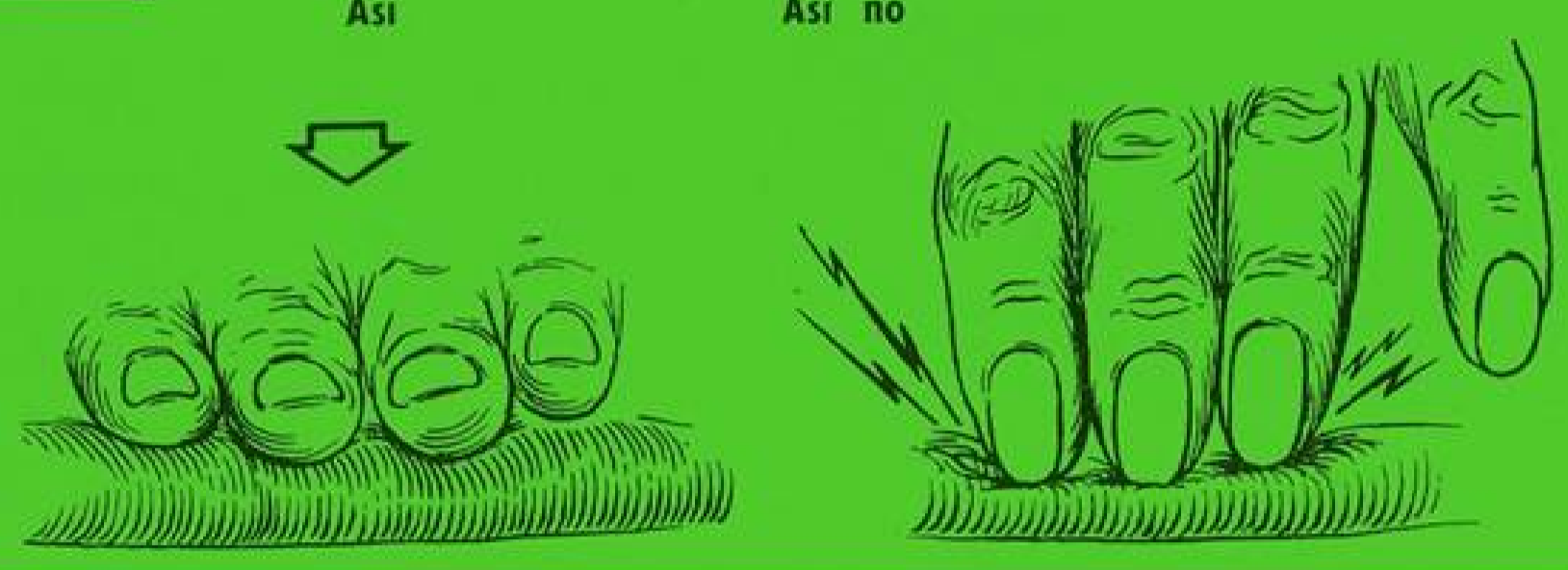
Maniobra de Homans, puede ayudar al diagnóstico de trombosis venosa

PULSOS

SIEMPRE que se pueda hacerlo BILATERAL, para comparar.

PULSOS

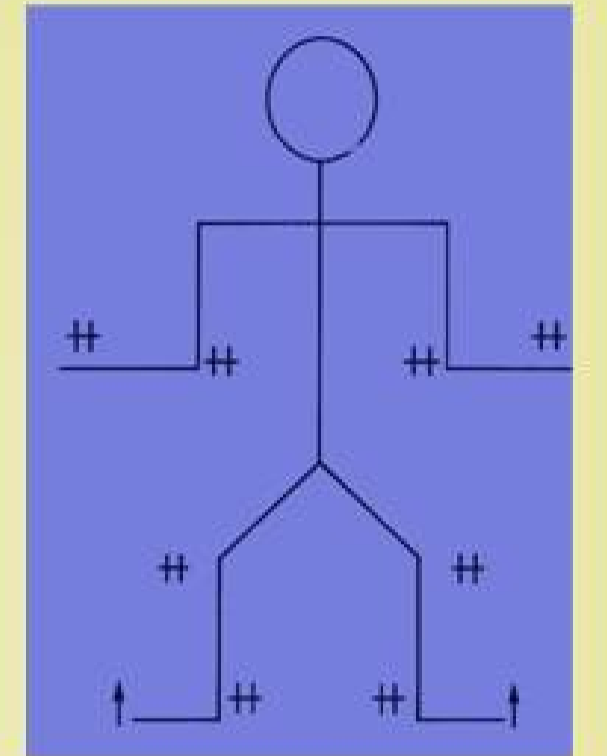
BASES



Dedos planos y perpendiculares al trayecto del vaso
Usar la yema de los dedos, no doblar los dedos y no clavar las uñas

Hay que habituar los dedos

Hacerlo en todos los enfermos para que la tasa de errores sea la mas baja posible



Al terminar registrar los hallazgos

TEMPORAL



Por delante y encima del pabellón auricular

CAROTIDA



Medial al borde interno del ECM, el mejor sitio a la altura del cartilago tiroideo

HUMERAL



Carointerna tercio medio brazo en el surco entre el biceps y triceps. Hay que apretar (con suavidad) la arteria contra el humero. Se puede hacer desde arriba o desde abajo (mejor si el brazo es grande)

BRACHIAL



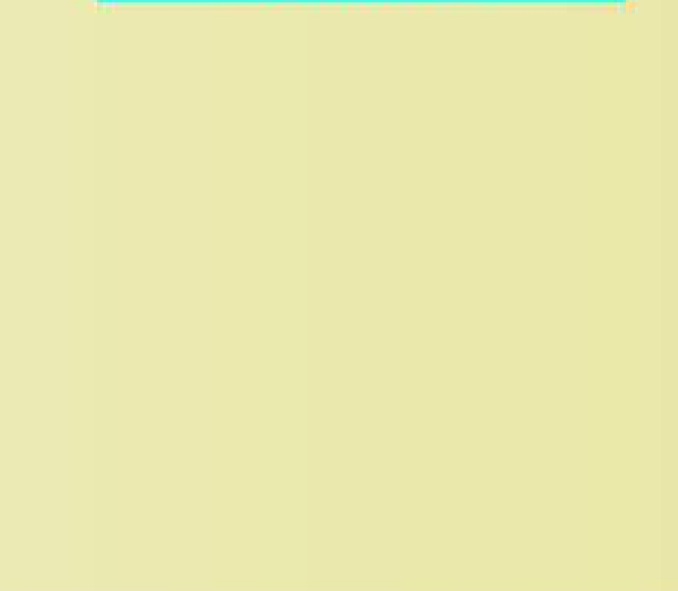
Se localiza primero el tendón del biceps, desplazando luego ligeramente los dedos en dirección medial

RADIAL



Hacerlo siempre desde fuera del enfermo. Nunca con el pulgar. Por dentro de la apófisis radial

CUBITAL



Igual que la radial, pero mas difícil de localizar, también tiene menos ritmos. Por dentro de la apófisis cubital

AORTA ABDOMINAL



En la línea media, por debajo del ombligo a la altura del promontorio.

FEMORAL



Línea media inguinal, algo por debajo del pie que inguinal. Muy importante.

POPLITEA



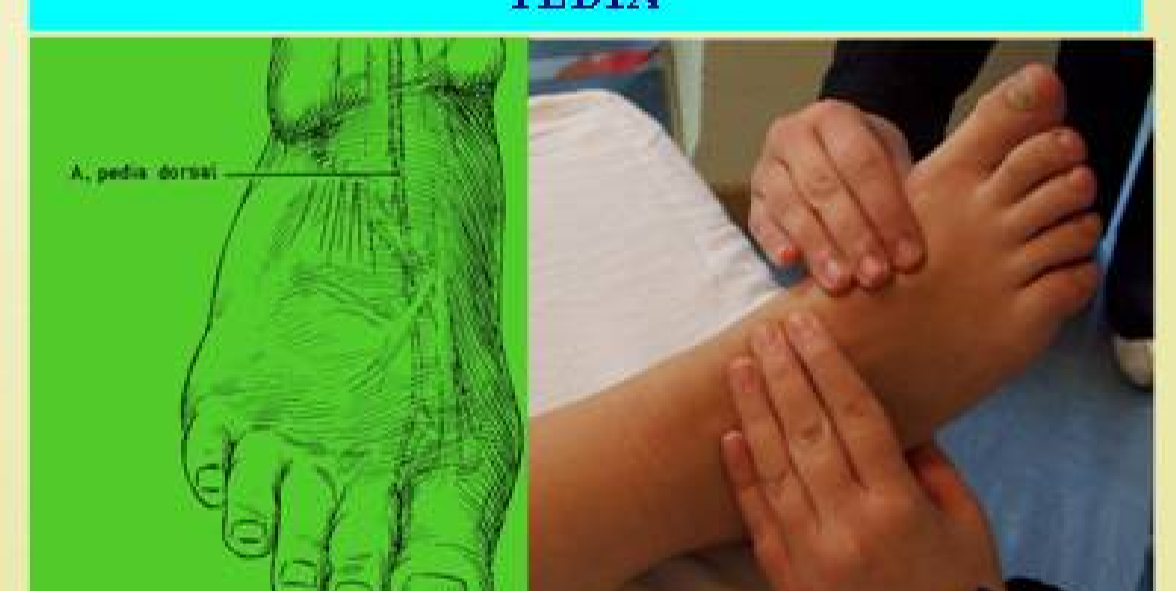
Es la mas difícil. Hay que comprimir mucho para desplazar la arteria contra el hueso.

TIBIAL POSTERIOR



Por debajo del maleolo interno. Procurar que el dedo índice hacia abajo. Muy importante. Hay que desplazar un poco a la arteria contra el hueso.

PEDIA



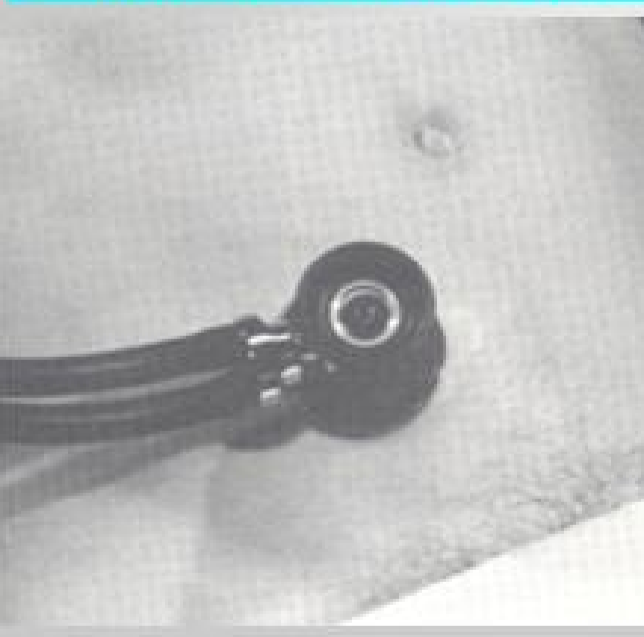
Por fuera del tendón del dedo gordo, poner todos los dedos para localizarla, cogiendo el pie como si fuera un bocadillo. No apretar porque se colapsa con facilidad.

AUSCULTACIÓN

TEMPORAL



AORTA ABDOMINAL



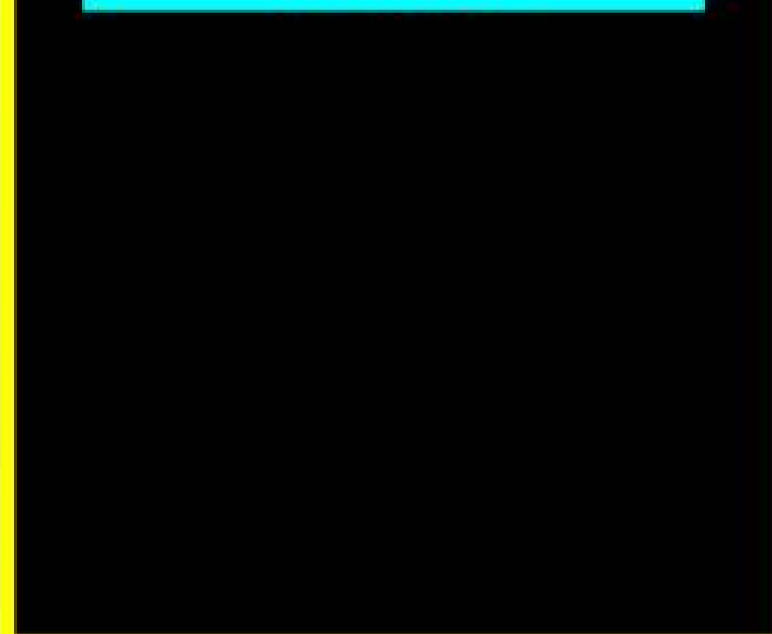
Los soplos vasculares son muy fáciles y siempre son indicativos de patología.

MUY IMPORTANTES

CAROTIDA



FEMORAL



PRUEBAS ESPECIALES

RELLENO CAPILAR



Comprimir el lecho ungueal hasta que esté pálido, al retirar la presión debe recuperarse el color antes de 2 seg. Indicativo de mala perfusión de origen central o periférica.

RELLENO VENOSO



Comprobar el tiempo de llenado de las venas en enfermo con isquemia arterial

VALORACION TENSION ARTERIAL



En situaciones urgentes, determinar la presencia de pulso a nivel carotídeo, femoral y radial nos da una idea de la TA sistólica del enfermo. No pulso femoral ni radial=TA<60, No pulso radial=TA>70, Tres con pulso=TA>80

PRUEBA DE ALLEN



SIEMPRE antes de hacer una gasometría hay que valorar que exista una buena circulación a través de la arteria cubital. Se comprimen las dos arterias, el enfermo abre y cierra la mano varias veces, para que la mano se ponga pálida. Al liberar la presión cubital se debe rellenar TODA la palma ANTES de 5 seg

PRUEBA DE ADSON



Valora la compresión vascular en el estrecho torácico. El brazo en abducción, rotación externa y extensión. Mientras se palpa la radial se mantiene la inspiración y el paciente gira la cabeza hacia el lado explorado. No tiene que haber modificaciones en el pulso. Como la prueba de Allen hay que hacerla bilateral.

PRUEBA DE RATSCHOW



Para valorar la isquemia arterial. Se usa a poco.

OSCILOMETRIA



Es un aparato de tensión arterial modificado. Lo hay en muchos Centros de Salud. Es un sistema óptimo para seguir la evolución de los enfermos arteriales, además de para ayudar al diagnóstico

EXPLORACION VENOSA

INSPECCION - PALPACION



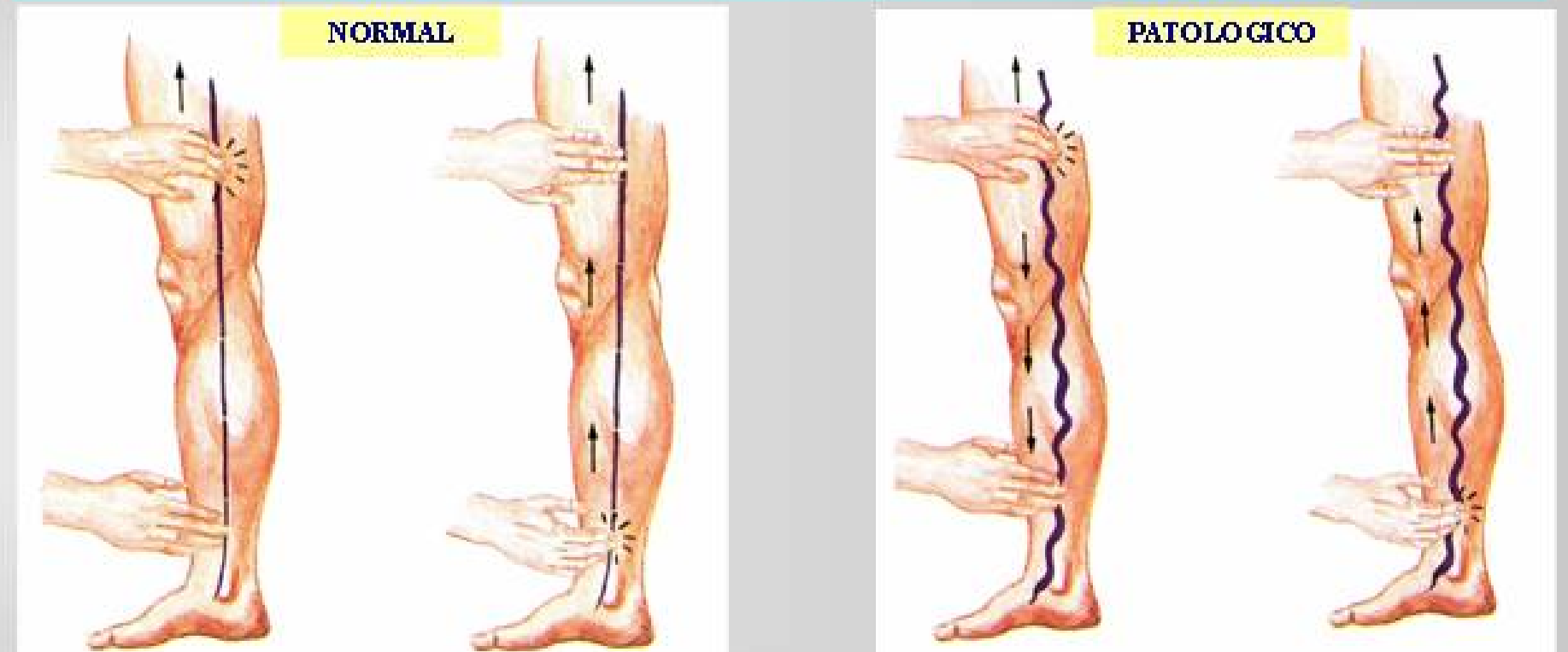
La inspección y la palpación como se ha descrito. Si hay patología venosa el control del edema se hace mejor midiendo el perímetro de la extremidad a diferentes alturas

PERCUSION



La percusión sobre el trayecto venoso superficial permite localizar trayectos venosos con insuficiencia valvular

MANIOBRA DE LA OLEADA o de SCHWARTZ



Si las válvulas son normales la mano inferior no percibe la oleada transmitida por percusión con los dedos superiores. Los dedos de la mano superior perciben la onda al percudir con los dedos inferiores. Si las válvulas son insuficientes la mano inferior percibe la oleada transmitida por percusión con los dedos superiores. La oleada es transmitida también en sentido contrario.