

Realizar una buena exploración es fundamental para poder realizar una correcta valoración clínica.

Hay muchos más pacientes cardíacos sin diagnosticar. Ahora es un buen momento para identificarlos, si realizamos una correcta exploración. Identificar una cardiopatía asintomática es fundamental para prolongar la vida del paciente.

Es importante hacer una exploración sistemática y minuciosa, intentando no olvidar nada y tomando nota de toda la información que se obtenga. El hecho de que algunos parámetros de los evaluados sean correctos aportará también un dato muy valioso.

Reseña, aspecto general	<p>Según la especie: predominarán unas cardiopatías sobre otras.</p> <p>Raza (tamaño) y antecedentes familiares: algunas cardiopatías (congénitas o adquiridas) están más predispuestas en unas razas u otras y algunas tienen un componente hereditario. También en procesos respiratorios.</p> <p>Según la edad podemos incluir al paciente en ciertas patologías (congénitas, degenerativas...)</p> <p>Condición corporal: la caquexia puede sugerir situaciones de afectación más avanzada y severa. Pacientes con sobrepeso podrían relacionarse mejor con procesos respiratorios crónicos.</p> <p>Importante valorar el estado y la actitud: nervioso, relajado, shock, alerta, atento,...</p>
Disnea, taquipnea...	<p>Disnea inspiratoria o incremento de sonidos respiratorios en inspiración: se asociará más a afectaciones en vías altas. También los estertores de la zona nasofaríngea o paladar o los estridores de la laringe.</p> <p>Disnea espiratoria o mixta, afectaría a vías bajas. Puede tener un patrón obstructivo con respiraciones profundas y prolongadas, o un patrón restrictivo silente o sonoro con respiraciones cortas, rápidas y superficiales.</p> <p>La taquipnea (aumento de la frecuencia respiratoria) tiene múltiples orígenes (dolor, ansiedad, estrés, fiebre, etc.). Debe diferenciarse de la disnea (dificultad respiratoria). Puede valorarse si hay o no cianosis.</p> <p>Una disnea que aparece y desaparece espontáneamente no se asocia, por ejemplo, a un edema pulmonar o a una neumonía severa. Una taquipnea sí puede aparecer de forma repentina, incluso sin motivo aparente, y desaparecer por sí sola.</p> <p>Una disnea con cianosis debe ser tratada de forma urgente.</p>
Mucosas, TRC, paladar, narinas, boca...	<p>Detectar mucosas pálidas (anemia, hipovolemia, hipotensión...), hiperémicas (congestión, deshidratación...), cianóticas (déficit de intercambio gaseoso, problemas de ventilación, intoxicación...) o con cianosis diferencial (entre extremidades anteriores o posteriores), o diferencia de color entre una y otras extremidades aportará información importante, sobre todo si se asocian a otros hallazgos (disnea, pérdida ponderal...), para poder determinar su origen y la relación con una cardiopatía o proceso respiratorio.</p> <p>Se valorará si existe un aumento del tiempo de relleno capilar en la mucosa bucal</p> <p>En pacientes con disnea inspiratoria o aumento de sonidos respiratorios o cambios de voz, es importante valorar las características de las narinas (muy ocluidas, con secreciones...), intentar valorar el paladar y la faringe si es factible. También es importante evaluar a boca, por ejemplo si hay enfermedad periodontal severa (si pudiera llegar a existir fistulas, etc.), anomalías del paladar, etc.</p>
Temperatura	<p>Hipotermia, fiebre o hipertermia serán hallazgos que podrán dirigir también el diagnóstico etiológico de procesos cardíacos y respiratorios.</p>
Pulso femoral, yugular, reflujo hepatoyugular...	<p>En el pulso femoral se valora si es fuerte o débil, si se correlaciona con los latidos cardíacos, si es hiper cinético, si es alternante, si es simétrico en ambas extremidades, un pulso paradójico con aumento de la presión en la espiración o disminución en la inspiración (en un taponamiento cardíaco, por ejemplo).</p> <p>Detectar pulso yugular no es siempre patológico si se detecta cercano al corazón. Un aumento en una zona más alejada se asociaría a un aumento de presión en cámaras cardíacas derechas.</p> <p>En pacientes con aumento abdominal se debe explorar este reflujo que se produce al comprimir el abdomen.</p>
Aumento abdominal: percusión y palpación	<p>La palpación y la percusión permiten identificar una ascitis. Una palpación abdominal también puede identificar organomegalia o la presencia de masas que justifiquen el aumento abdominal. El timpanismo podría estar asociado a la acumulación de aire en vísceras (torsión estómago). El dolor en la palpación también será un dato valioso para justificar, por ejemplo, una taquipnea o taquicardia.</p> <p>Es importante, en el caso de ascitis, realizar una abdominocentesis para identificar la naturaleza de la efusión.</p> <p>Entre los orígenes será importante valorar una insuficiencia cardíaca derecha, un taponamiento cardíaco, una dificultad del retorno venoso por presencia, por ejemplo, de masas, procesos abdominales, hipoalbuminemia, etc.</p>
Palpación y percusión del tórax	<p>Puede identificarse asimetrías en la percusión en los dos hemitórax o en alguna zona específica.</p> <p>La detección de masas paracostales o posibles fracturas o heridas que pudieran haber generado una lesión pleural o pulmonar (contusiones, mordisco, etc.) serán importante para valorar posibles hallazgos al realizar las radiografías torácicas.</p> <p>Detección de un fremitus cardíaco. Valorar si existe reflejo tusígeno.</p>

Edemas subcutáneos	<p>Su severidad y localización (en el extremidades posteriores, anteriores, zonas declives) pueden estar asociadas a una dificultad del retorno venoso por presencia de masas, afectaciones linfáticas, hipoalbuminemia, etc. Difícilmente se asociarán a una cardiopatía primaria.</p>
Auscultación cardíaca	<p>Es importante ante todo determinar si las <u>condiciones de auscultación son buenas</u>. Pacientes muy nerviosos, con una disnea severa, temblando, etc., pueden hacer que la calidad de los sonidos no sea buena e inducir a errores (no se detecten soplos o se detecten en exceso, arritmias que no son, etc.).</p> <p><u>Frecuencia y ritmo</u>: si es rápida o lenta (contar los latidos en 15 sg para obtener una frecuencia cardíaca) y si es regular o irregular. Aquí es importante tener en cuenta si el paciente estaba muy nervioso o relajado.</p> <p><u>Latido vs pulso</u>. Deberían tomarse conjuntamente para determinar si siempre coinciden.</p> <p><u>Sonidos amortiguados</u> o débiles (en una buena condición de auscultación) puede sugerir una efusión pericárdica o la presencia de masas en tórax.</p> <p>Detección de soplos (se detectan mejor con la membrana). Valoraremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensidad: I/VI leve con gran dificultad para reconocerlo, II/VI leve-moderado difícil de detectar pero se reconoce, III/VI moderado que se identifica fácilmente, IV/VI intenso, V/VI un soplo intenso con fremitus, VI/VI intenso con fremitus y que se ausculta sin apoyar la campana sobre la piel. • Según la fase cardíaca: sistólico (los más habituales y son el 1er sonido cardíaco), diastólico (es el 2º sonido) o continuo, en maquinaria (sobre S1 y S2) por ejemplo en el conducto arterioso persistente. • PMI (punto de máxima intensidad): lado izquierdo; zona apical o en base cardíaca, zona aórtica y zona pulmonar, y en lado derecho a mitad del corazón, la zona tricúspide o en el borde externo (por ejemplo por defectos del tabique interventricular). • Sonidos cardíacos extras: S3 y S4. Los normales son S1 y S2. Pueden aparecer sonidos adicionales que se detectan mejor con la campana: S3 tras S1 o S4 después de S2. Forman ritmos de galopes. Clic de eyección o sistólico (se detecta mejor con la membrana), como una especie de sonido metálico. También se puede apreciar desdoblamiento de S1 y S2. Un fonograma puede ser de gran ayuda.
Auscultación pulmonar	<p>Sonidos amortiguados o ausencia de sonidos pulmonares <u>en una buena condición de auscultación</u> puede sugerir una efusión pleural o la presencia de masas en tórax.</p> <p>Identificación de sonidos pulmonares (murmullo vesicular): están aumentados? Crepitaciones finas (por ejemplo asociadas a un edema pulmonar), crepitaciones gruesas como chasquidos (por fibrosis pulmonar, por ejemplo).</p> <p>Sibilancias, estertores asociados a la inspiración o espiración. Ausencia de sonidos pulmonares con una disnea acusada pueden estar indicando una efusión pleural severa.</p>
Otros hallazgos	<p>La presencia de lesiones cutáneas (alopecias valorando su distribución, heridas, nódulos, masas,...), puntos de dolor (visceral o musculoesquelético), signos neurológicos (nistagmus, tics, torneo, etc.), adenomegalia, etc., son elementos a incluir en la discusión de los diferentes diagnósticos diferenciales de sintomatología cardio-respiratoria.</p>