

## Una buena exploración es fundamental para realizar una correcta valoración clínica.

Hay muchos pacientes cardíacos sin diagnosticar. Una correcta exploración y valoración nos permitirá identificarlos. Detectar 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.

<p><b>Reseña, aspecto general</b></p>	<p><b>Según la especie:</b> predominarán unas cardiopatías sobre otras.</p> <p><b>Raza (tamaño) y antecedentes familiares:</b> 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><b>Según la edad</b> podemos incluir al paciente en ciertas patologías (congénitas, degenerativas...)</p> <p><b>Condición corporal:</b> 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 <b>el estado y la actitud:</b> nervioso, relajado, shock, alerta, atento,...</p>
<p><b>Disnea, taquipnea...</b></p>	<p><b>Disnea inspiratoria</b> 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><b>Disnea espiratoria o mixta,</b> 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 <b>taquipnea</b> (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><b>Una disnea con cianosis debe ser tratada de forma urgente.</b></p>
<p><b>Mucosas, TRC, paladar, narinas, boca...</b></p>	<p>Detectar <b>mucosas pálidas</b> (anemia, hipovolemia, hipotensión...), <b>hiperémicas</b> (congestión, deshidratación...), <b>cianóticas</b> (déficit de intercambio gaseoso, problemas de ventilación, intoxicación...) o con <b>cianosis</b> 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 <b>tiempo de relleno capilar</b> 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 <b>narinas</b> (muy ocluidas, con secreciones...), intentar valorar el <b>paladar</b> y la <b>faringe</b> si es factible. También es importante evaluar la <b>boca</b>, por ejemplo, si hay enfermedad periodontal severa, si pudiera llegar a existir fistulas, etc.</p>
<p><b>Temperatura</b></p>	<p><b>Hipotermia, fiebre o hipertermia</b> serán hallazgos que podrán dirigir también el diagnóstico etiológico de procesos cardíacos y respiratorios.</p>
<p><b>Pulso femoral, yugular, reflujo hepatoyugular...</b></p>	<p>En el <b>pulso femoral</b> se valora si es <b>fuerte o débil</b>, <b>si se correlaciona con los latidos cardíacos</b>, si es <b>hipercinético</b>, si es <b>alternante</b>, si es <b>simétrico</b> en ambas extremidades, un <b>pulso paradójico</b> con aumento de la presión en la espiración o disminución en la inspiración (en un taponamiento cardíaco, por ejemplo).</p> <p>Detectar <b>pulso yugular</b> 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 el reflujo hepatoyugular.</p>
<p><b>Aumento abdominal: percusión y palpación</b></p>	<p>La <b>palpación</b> y la <b>percusión</b> permiten identificar una ascitis. Una palpación abdominal también puede identificar organomegalia o la presencia de masas que justifiquen el aumento abdominal. El <b>timpanismo</b> 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 <b>ascitis</b>, realizar una abdominocentesis para identificar la naturaleza de la efusión.</p>

<p><b>Palpación y percusión del tórax</b></p>	<p>La detección de <u>masas paracostales</u> o posibles <u>fracturas</u> o <u>heridas</u> que pudieran haber generado una lesión pleural o pulmonar (contusiones, mordisco, etc.) serán importante para valorar posibles hallazgos al realizar las radiografías torácicas, incluso masas o nódulos extratorácicos, para evitar errores de interpretación.</p> <p>Puede identificarse asimetrías en la percusión en los dos hemitórax o en alguna zona específica.</p> <p>Detección de un <u>fremitus cardiaco</u>. Valorar si existe <u>reflejo tusígeno</u>.</p>
<p><b>Edemas subcutáneos</b></p>	<p>Su <u>severidad</u> y <u>localización</u> (en extremidades posteriores, anteriores, zonas declives) pueden estar asociadas a una dificultad del retorno venoso por presencia de masas, afectaciones linfáticas, hipoalbuminemia, etc.</p>
<p><b>Auscultación cardiaca</b></p>	<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 cardiaca) 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. <u>Sonido metálico</u>.</p> <p><b>Detección de soplos</b> (se detectan mejor con la membrana). Valoraremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intensidad</b>: 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.</li> <li>• <b>Según la fase cardíaca</b>: <b>sistólico</b> (los más habituales y son el 1er sonido cardiaco), <b>diastólico</b> (es el 2º sonido) o <b>continuo</b>, en maquinaria (sobre S1 y S2) por ejemplo en el conducto arterioso persistente.</li> <li>• <b>PMI (punto de máxima intensidad)</b>: lado izquierdo; zona apical o en base cardiaca, zona aórtica y zona pulmonar, y en lado derecho a mitad del corazón, la zona tricúspide o en el borde esternal (por ejemplo por defectos del tabique interventricular).</li> </ul> <p><u>Sonidos cardíacos extras: S3 y S4. Ritmos de galope</u>. 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. <u>Clic de eyección o sistólico</u> (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.</p>
<p><b>Auscultación pulmonar</b></p>	<p>Sonidos amortiguados o ausencia de sonidos pulmonares <u>en buenas condiciones de auscultación</u> puede sugerir una efusión pleural o la presencia de masas en tórax.</p> <p>Identificación de sonidos pulmonares: <u>Murmullo vesicular aumentado?</u> <u>Crepitaciones finas</u> (por ejemplo asociadas a un edema pulmonar), <u>crepitaciones gruesas</u> como chasquidos (por fibrosis pulmonar, por ejemplo).</p> <p><u>Sibilancias</u>, <u>estertores</u> asociados a <u>inspiración o espiración</u>. <u>Ausencia de sonidos pulmonares</u> con una disnea acusada pueden estar indicando una efusión pleural severa.</p>
<p><b>Otros hallazgos</b></p>	<p>La presencia de lesiones cutáneas (alopecias valorando su distribución, heridas, nódulos, masas,...), <u>puntos de dolor</u> (visceral o musculoesquelético), <u>signos neurológicos</u> (nistagmus, tics, torneo, etc.), <u>adenomegalia</u>, etc., son elementos a incluir en la discusión de los diagnósticos diferenciales de cuadros con sintomatología cardio-respiratoria.</p>

