# VALORACIÓN CORAZÓN

**DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO**

**CLASE 2: ACTIVIDAD/EJERCICIO**

00298: Disminución de la tolerancia a la actividad.

00299: Riesgo de tolerancia disminuida a la actividad.

**CLASE 3: BALANCE DE ENERGÍA:**

00093: Fatiga.

**CLASE 4: RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/RESPIRATORIAS**

00240: Riesgo de disminución del gasto cardiaco.

00029: Disminución del gasto cardiaco.

00311: Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.

00204: Perfusión ineficaz del tejido periférico.

## GUÍA DE EXAMEN FÍSICO DE VALORACION DE ENFERMERIA No.12: CORAZON

**OBJETIVO:** Realizar el examen físico de corazón mediante la implementación de técnicas propias, para la consolidación de resultados que son de interés clínico y diagnóstico para la intervención oportuna del equipo de salud.

**DEFINICIÓN:** El corazón está situado en la cavidad torácica, en la línea media del mediastino, un poco a la izquierda, inmediatamente por encima del diafragma, y limitado por las caras mediales inferiores de los pulmones. Se sitúa por detrás del esternón y las paredes contiguas de los cartílagos costal 3º y 6º. La zona del tórax que queda por encima del corazón se denomina precordial. Paradójicamente, la base del corazón es su parte ancha superior, mientras que se denomina ápex, a la punta inferior más estrecha.

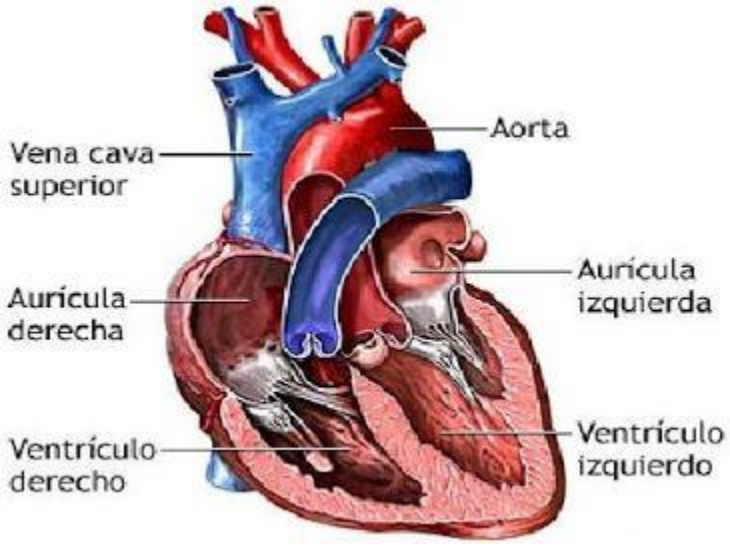
El corazón está dividido en cuatro cámaras. Las dos superiores son las aurículas derechas e izquierda, y las dos inferiores, los ventrículos izquierdo y derecho, el corazón derecho está separado del izquierdo por un resistente tabique, impermeable a la sangre, denominado septo cardiaco.

El musculo cardiaco se contrae y se relaja rítmicamente para asegurar una circulación adecuada, proceso que forma dos fases del ciclo cardiaco. En la sístole se contraen los ventrículos, y la sangre sale desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta y desde el ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar. Durante la diástole los ventrículos se relajan y se contraen las aurículas, con lo que la sangre pasa desde las aurículas a los ventrículos.

**INSUMOS REQUERIDOS**

Bandeja con:

1. Fonendoscopio
2. Reloj
3. Hoja de registro de enfermería.




http://medicina-salud-doctorduck.blogspot.com.co/2009/01/corazn.html

## EXAMEN FISICO DE CORAZON

El examen físico de corazón se realiza con el fin de obtener información sobre el funcionamiento cardiaco, mediante las técnicas de inspección, palpación y auscultación.

**Precauciones**

- No realizar la auscultación al principio, es importante seguir una secuencia adecuada, comenzando con la inspección, palpación y posteriormente la auscultación.
- La habitación debe disponer de buena iluminación, que ponga de manifiesto las sombras que producen los movimientos cardiacos.
- El examinado debe estar acostado o en posición semifowler con el tórax descubierto, relajado y cómodo.
- El examinador debe colocarse en el lado derecho y estar atento a los eventos que se suceden
- Tratar de disminuir la ansiedad a la persona.

Durante el examen físico de corazón es necesario tener en cuenta:

- Tiempo en que suceden los eventos (momentos del ciclo cardiaco).
- Frecuencia de los eventos.
- Sitios donde suceden los eventos (con relación a los puntos de referencia de tórax).
- Características de los eventos (fuerza, altura, carácter del sonido).

En la práctica, el examen se divide en dos partes; primero la inspección y la palpación y segundo la auscultación.

Cada una de las técnicas expuestas brinda diferentes informaciones, pero se interrelacionan para dar una descripción mejor de los eventos cardiacos.

## INSPECCIÓN Y PALPACIÓN

Estas dos técnicas se realizan al mismo tiempo debido a que en la exploración cardiovascular los fenómenos observados también se pueden palpar. El examen se puede practicar con la

persona acostada en decúbito dorsal o en posición semifowler, utilizando una fuente de luz tangencial o en forma oblicua.

En la inspección y palpación del corazón hay que valorar:

1. **Características de tórax:** Entre las características de tórax hay que observar su forma y contorno, depresiones del esternón, cifosis, escoliosis dorsal y otras deformidades torácicas que alteran la forma, posición y función del corazón y de los pulmones.
2. **Pulsaciones:** lo que se debe valorar en la inspección y palpación de corazón es la detección de pulsaciones; estas se deben identificar y localizar en el momento exacto de su aparición en el ciclo cardiaco, mediante comparación con el latido de la punta o comparación de la carótida. Las pulsaciones observables y palpables denotan un movimiento del corazón sobre la superficie de la piel. Cuando se palpa el área torácica anterior, se buscan pulsaciones y vibraciones. Las pulsaciones lentas son verdaderas contracciones del musculo cardiaco y en ocasiones se pueden palpar pulsaciones rápidas que recuerden el redondeo de un gato; estos son llamados Thrills, que pueden ser fuertes o débiles, intermitentes o constantes.

   Los Thrills son vibraciones palpables producidas por el paso de la sangre de una cámara a otra a través de un conducto estrecho, generalmente asociados a estenosis valvular o comunicación interventricular; aparecen en sístole o diástole o pueden ser continuos.

Los sonidos llamados latidos cardiacos se deben al cierre de las válvulas y las pulsaciones son movimientos originados por la contracción ventricular.

Para sentir las pulsaciones y los Thrills se utilizan las palmas de las manos para áreas grandes y la yema de los dedos para precisar su localización.

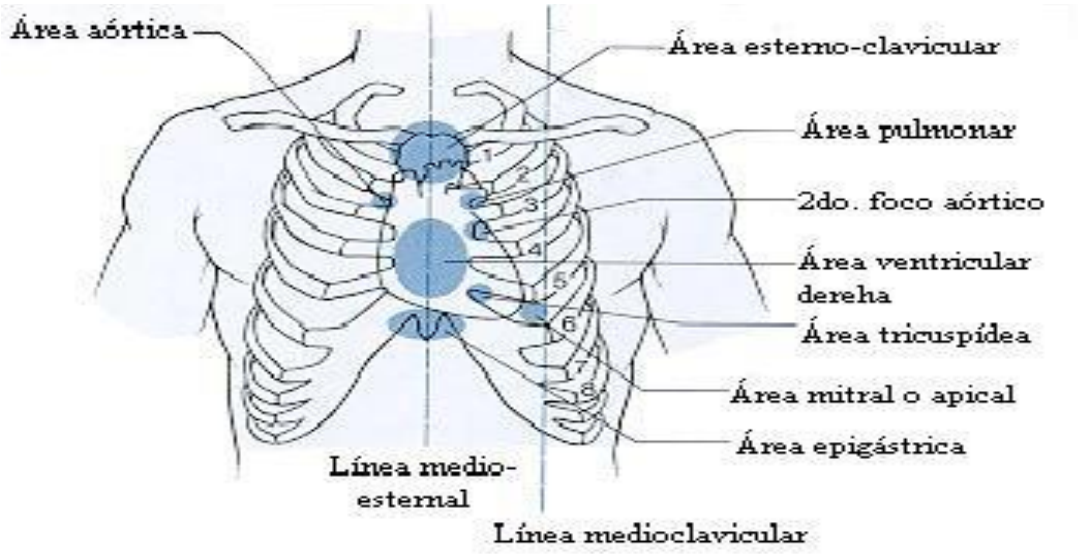
Una presión leve proporciona más información sobre las vibraciones; sin embargo, algunas veces se requiere una mayor presión, especialmente cuando la persona es obesa o tiene una pared muscular gruesa. La presión firme compacta los tejidos haciéndolos más resonantes.

**3. Punto del máximo impulso (PMI):** es el punto donde mejor se visualiza o palpa el latido de la punta. Es necesario valorar si es visible y/o palpable, preciso, difuso; casi siempre está localizado en el quinto espacio intercostal izquierdo, más o menos 2 cm por dentro de la línea media clavicular (LMC).

Al realizar la inspección y palpación de corazón es indispensable seguir un orden y secuencia definidos de manera que no se olvide examinar ninguna de las áreas importantes.

**AREAS DE INSPECCIÓN Y PALPACIÓN**

Las áreas de tórax anterior que deben ser examinadas en la inspección y palpación del corazón son cinco: aortica, pulmonar, área tricúspide o ventricular derecha, área apical o ventricular izquierda y el área epigástrica.




https://es.slideshare.net/HUGOABURGOS/examen-fisico-aparatocardiovascular-1

1. **Área aórtica:**
   - Está localizada en el segundo espacio intercostal derecho (EID) con línea paresternal (LPE), donde se puede observar o sentir verdaderas pulsaciones que corresponden al cierre de la válvula aórtica.

- Un Thrills en el área aórtica puede deberse a una mala función de la válvula aórtica, la estenosis aórtica que es una estrechez de la válvula aórtica o de la aorta.
- Una pulsación fuerte puede sr originada por el cierre anormalmente fuerte de la válvula aórtica. Esto puede resultar del endurecimiento de las valvas de la válvula aórtica por fiebre reumática o por hipertensión.

2. **Área pulmonar:**
   - Está localizada en el segundo espacio intercostal izquierdo (EII) con line paraesternal (LPE).
   - Esta área pulmonar comprende válvula y arteria pulmonar.
   - Las pulsaciones fuertes, sostenidas y energéticas en el área pulmonar, pueden ser causadas por la elevación de la presión debido a una obstrucción a lo largo de la estructura del árbol arterial, embolismo pulmonar o estenosis de válvula mitral.
     - ***Pulmón.*** La primera estructura que puede presentar un obstáculo, obstrucción o resistencia es el pulmón. Las patologías del pulmón que pueden originar dificultades en el flujo de la sangre y su consecuente contrapresión son: enfisema, hipertensión pulmonar, neumonía extensa o embolismo pulmonar.
     - ***Válvula mitral.*** Es otra estructura distante de la arteria pulmonar a lo largo del árbol arterial, que podría ser origen de una obstrucción o fuente de resistencia al paso de la sangre. La estenosis de la válvula mitral podría causar una contrapresión a través de las venas pulmonares y de la red vascular de los pulmones.

       Un Thrills en el área pulmonar puede reflejar mal funcionamiento valvular, tal como la estenosis de la válvula.

3. **Área tricúspide o ventricular derecha:**
   - Es la tercera área para la inspección y palpación. Está localizada en el cuarto o quinto espacio intercostal izquierdo (4-5 EII) con la línea paraesternal (LPE).
   - En el examen de corazón, lo más importante para observar en el área tricúspide, es si hay elevación de la pared con cada latido cardiaco.

- Este movimiento puede ocurrir en hipertrofia del ventrículo derecho, causada por una necesidad de incremento en la presión de expulsión.

4. **Área apical o ventricular izquierda:**
   - Es la cuarta área para examinar por inspección y palpación. Está localizada en el quinto espacio intercostal izquierdo (5EII) con línea medio clavicular (LMC)
   - ***Ápex del corazón:*** Esta localizado por hallazgo del impulso apical; el impulso apical es una pulsación causada por la contracción del ventrículo izquierdo.
   - ***Impulso apical:*** considerando que por anticipado se desconoce la localización precisa del impulso apical (PMI), que podría ser visible y palpable en un área pequeña (de más o menos 2 cm de diámetro), puede usar la palma de las manos para localizarlo, y luego usar la yema de los dedos para precisarlo. En algunas personas, el impulso apical es visible; se puede observar como una pulsación de la piel en el área apical; en otras personas únicamente puede ser palpable; sin embargo, en casi la mitad de todas las personas normales el impulso apical (PMI) no es visible ni palpable. Al examinar el impulso apical, lo primero es apreciar su localización; esto es importante porque provee una indicación aproximada del tamaño del corazón. Usualmente, el impulso apical desplazado hacia la izquierda indica aumento en el tamaño del corazón o hipertrofia ventricular izquierda.
   - Después se debe examinar fuerza y diámetro del impulso apical; cuando se detecta, está localizado en un área de más o menos 2 cm de diámetro y es un golpe corto.

❖ **Hipertrofia ventricular izquierda**: Es el agrandamiento del ventrículo izquierdo. Las paredes del ventrículo llegan a ser más musculosas y gruesas y el corazón se vuelve más grande, el impulso apical es fuerte y forzado.

❖ **Regurgitación aortica**: La mala función de la válvula aortica, como ocurre en la estenosis, provoca regurgitación, la cual puede producir hipertrofia ventricular izquierda. La regurgitación aortica ocurre cuando la válvula aortica no se cierra completamente y la

sangre bombeada a través de la aorta refluye al ventrículo por la abertura parcial de la válvula aórtica.

- **Galope ventricular:** En determinadas circunstancias se palpan también latidos extras antes de la sístole; éstos se denominan galope ventricular, por su semejanza al galope de un caballo. Esta condición es clínicamente significativa y puede indicar isquemia o infarto del musculo ventricular; no obstante, el galope ventricular no es necesariamente patológico.

**5. Área epigástrica:**

- Es la quinta y última área para examinar por inspección y palpación. Está localizada en el proceso xifoideo o en el séptimo cartílago costal con línea medio esternal.
- Para detectar las pulsaciones en esta área se coloca la palma de la mano sobre el área epigástrica y se deslizan los dedos en la mayor extensión posible debajo de la reja costal.
- El examen del área epigástrica permite valorar el ventrículo derecho y la aorta abdominal.

## AUSCULTACIÓN

**Precauciones**

- ✓ Disponer de un ambiente silencioso.
- ✓ Asegúrese que la persona esté en posición cómoda y relajado antes de comenzar.
- ✓ Aplicar el estetoscopio sobre el tórax descubierto.

Tomarse el tiempo necesario para aislar los ruidos cardiacos, escuchando de forma separada y selectiva los latidos que hagan falta para evaluar los ruidos.

- ✓ No de “saltos” con el fonendoscopio.
- ✓ Áreas de auscultación: aórtica, pulmonar, tricúspide y mitral o apical.

## SONIDOS DEL CORAZÓN

La técnica de auscultación es indispensable para la identificación, caracterización e interpretación de los principales sonidos del corazón. Estos sonidos son vibraciones producidas por el cierre de las válvulas y por la turbulencia de la sangre. En una persona normal se pueden escuchar cuatro sonidos.

Existen 4 sonidos cardiacos básicos: S1, S2, S3 y S4.

- S1 y S2 son los más fácilmente distinguibles y deben ser caracterizados por separado ya que sus variaciones pueden proporcionar datos importantes sobre la función cardiaca.
- S3 y S4 pueden o no estar presente. Su ausencia no es un hallazgo patológico ni su presencia indica necesariamente un proceso patológico. Deben evaluarse en relación con otros ruidos o acontecimientos del ruido cardiaco. ○

**Sístole:** Es la fase del ciclo cardiaco en la cual los ventrículos están contraídos.

**Diástole:** Es la fase en la cual los ventrículos están relajados. El periodo de tiempo entre S1 y S2 corresponde a la fase de sístole y el periodo de tiempo entre S2 y el siguiente S1, corresponde a la fase de diástole.

**Primer sonido:**

- ✓ Se presenta por S1 y corresponde al cierre de las válvulas atrio ventriculares.
- ✓ Se escucha mejor en el ápex donde es más fuerte que el R2.
- ✓ En la base es más fuerte que en lado izquierdo que en derecho, pero más débil que el R2 en ambas áreas.
- ✓ Es un poco más bajo de tono y algo más prolongado que el R2.
- ✓ Se produce inmediatamente después de la diástole.

- ✓ Aunque existe cierta asincrónica entre el cierre de las válvulas mitral y tricúspide, suele oírse como único ruido, si la asincrónica es mayor de lo habitual, el ruido se desdobla y es entonces cuando se escucha mejor en el foco tricúspide.

**Segundo sonido del corazón (S2):**

- ✓ Es producido por el cierre de las válvulas semilunares. S1 y S2 son fácilmente escuchados; se pueden describir fonéticamente como “lub-dup”, “lub” representa el primer sonido y “dup” el segundo: el intervalo entre S1 y S2 es más corto que el intervalo entre S2 y el siguiente S1.
- ✓ Indica el término de la sístole.
- ✓ Se ausculta mejor en los focos aórtico y pulmonar.
- ✓ Tono más alto y duración más corta que S1.
- ✓ Se procede al término de la sístole.
- ✓ Es más fuerte que S1 en la base del corazón.
- ✓ Es más débil que S1 en el ápex.
- ✓ El S2 está constituido por dos sonidos que surgen durante la espiración.
- ✓ El cierre de la válvula aórtica es el componente principal de S2, cuando este se ausculta en los focos pulmonar y aórtico.
- ✓ El sonido del cierre de la válvula aórtica (A2) tiende a ocultar el sonido del cierre de la válvula pulmonar (P2).
- ✓ Durante la inspiración el P2 ocurre algo después, lo que hace aparecer los distintos componentes del S2: desdoblamiento del S2
- ✓ El desdoblamiento se ausculta más a menudo y con más facilidad en ancianos ya que el diámetro AP aumenta con la edad.

**Tercer sonido.**

- ✓ El S3 corresponde al periodo de llenado rápido ventricular; es difícil de escuchar por ser mucho más suave que S1 y S2; puede ocurrir cerca de 0.12 a 0.14 segundos después de S2. La duración total del ciclo cardiaco es cerca de 0.70 a 0.80 segundos.

S3 es escuchado más claramente en niños, pero puede ser escuchado en adultos y jóvenes.

- ✓ Es pequeño y difícil de escuchar por ser más suave que S1 y S2.

**Cuarto sonido**.

- ✓ Se origina inmediatamente antes del primero, y se debe a la contracción atrial; se escucha cuando hay una presión elevada de la aurícula o cuando el ventrículo es rígido debido a la hipertrofia.
- ✓ En el adulto normal los sonidos S3 y S4 son difíciles de escuchar y sólo se escuchan en condiciones patológicas, esclerosis múltiple o falla cardiaca congestiva.
- ✓ Se escucha en el ápex igual que S3.
- ✓ Se escucha en hipertensión, enfermedad de las arterias coronarias ya que existe un aumento de resistencia al llenado por falta de distensibilidad de las paredes ventriculares.

| | **S1** | **S2** | **S3** | **S4** |
|---|---|---|---|---|
| ***EFECTO DE LA RESPIRACIÓN*** | Más suave en la inspiración | Fusión de A2 P2 en espiración, desdoblamiento fisiológico en inspiración | Aumenta en inspiración | Aumenta en inspiración forzada |
| ***FLUENCIAS EXTERNAS*** | Aumenta con excitación, ejercicio, epinefrina y atropina. | Aumenta con paredes torácicas delgadas y con el ejercicio | Aumenta con ejercicio, aumento de la frecuencia cardiaca, elevación de las piernas y aumento del retorno venoso. | Igual que S3 |

La primera tarea, cuando se empieza la auscultación es escuchar la frecuencia cardíaca en términos de latidos por minuto. Siempre se debe hacer esto, aunque la frecuencia del punto radial se haya determinado previamente.

La frecuencia del pulso debe ser igual a la frecuencia cardíaca: diferencias mayores a 1-2 pulsaciones pueden indicar patología, especialmente en las arritmias que involucran un déficit del pulso, condición ésta última en que la frecuencia apical es mayor que la radial. La frecuencia cardíaca se debe tomar cuando se logre que el examinado esté en reposo y tranquilo; si éste ha estado realizando esfuerzos en actividades como caminar, desvestirse o comunicándose, su frecuencia cardiaca estará algunas veces elevada. En esta situación es necesario esperar uno o dos minutos hasta que la frecuencia cardiaca retorne a su estado normal, especialmente si la persona es mayor de edad.

Cuando se ausculta el corazón, primero se determina si la frecuencia es regular o irregular; si es perfectamente regular, se puede obtener una frecuencia representativa en un corto periodo de tiempo; 15 segundos; si la frecuencia es irregular, tómela en un minuto.

- **Arritmia sinusal.** Esta irregularidad en el ritmo cardíaco puede ser causada por diferencias en la frecuencia cardíaca durante la respiración; generalmente es normal; puede estar presente en niños, adolescentes y algunas veces en adultos.

En la arritmia sinusal la frecuencia cardiaca es baja durante la inspiración y rápida durante la espiración.

En la auscultación del corazón es imperativo seguir un procedimiento sistemático, comenzando por la base del corazón en el área aórtica, luego hacia las áreas pulmonares, tricúspide y mitral, identificando en cada área S1 y S2 y sus características

El sonido producido por el cierre de cada una de las cuatro válvulas se transmite a las áreas precordiales, a través de las cámaras que las válvulas comunican y de otras estructuras del tórax que conducen el sonido.

**Área aórtica.** Está localizada en el segundo espacio intercostal derecho (2 EID) con línea paraesternal (LPE).

**Área pulmonar**. Está también localizada en el segundo espacio intercostal izquierdo (2 EII) con línea paraesternal (LPE).

En las áreas aórtica y pulmonar S1 se oye menos fuerte que S2 (s1< S2).

**Área Tricúspide**. Está también localizada en el cuarto espacio intercostal izquierdo (4 EII) con línea paraesternal (LPE). Se halla directamente sobre el ventrículo derecho, la cámara a través de la cual se transmite el sonido de la válvula tricúspide.

**Área Mitral o Apical.** Está localizada en el quinto espacio intercostal izquierdo (5 EII), más o menos 2 cm por dentro de la línea media clavicular (LMC); se puede localizar por palpación. Esta área está próxima a la punta del ventrículo izquierdo, en el ápex del corazón a través del cual se transmite el sonido de la válvula mitral. En las áreas mitral y tricúspide S1 es más fuerte que S2 (S1 > S2).

**ARTERIAS PERIFÉRICAS**

- Los pulsos se palpan mejor sobre las arterias cercanas a la superficie corporal y descansan sobre los huesos.
- Los vasos arteriales son: carotideo (evalúa actividad cardiaca); braquial, radial, femoral, poplítea, dorsal del pie, tibial posterior (los pulsos de extremidades evalúan la superficie de la circulación arterial en general).
- La pulsación arterial es una onda de choque de sangre de fuerza variable, que disminuye según se aleja del corazón.
- Explore los pulsos arteriales con los pulpejos índice y medio.
- Palpe firmemente pero no con excesiva fuerza, ya que puede ocluirse la arteria.
- Si tiene dificultad para localizar un pulso intente variar la presión que está ejerciendo palpando cuidadosamente toda la zona.
- La frecuencia del pulso se determina contando las pulsaciones durante 60 segundos.

- El contorno de la onda de pulso de una arteria sana y manejable tiene horma redondeada suave, en cúpula.
- Cada cresta de la onda debe compararse con la de la siguiente para detectar diferencias cíclicas.
- La amplitud del pulso se describe de una escala de 0 a 4.
- 4 con saltos, 3 pleno aumento, 2 esperado, 1 disminuido, apneas, palpable, 0 ausente, no palpable.

| PULSO | LOCALIZACIÓN |
|---|---|
| ***1. Carotideo*** | En el cuello, inmediatamente medial y por debajo del ángulo de la mandíbula (no palpar ambos simultáneamente). |
| ***2. Braquial*** | Inmediatamente medial al tendón del bíceps. |
| ***3. Radial*** | Lado medial y ventral de la muñeca (presión suave). |
| ***4. Femoral*** | Inferior y medial con respecto al ligamento inguinal (presión firme). |
| ***5. Poplíteo*** | Fosa poplítea (presión firme) persona en prono, con rodilla flexionada. |
| ***6. Dorsal del pie*** | Lado medial del dorso del pie en dorsiflexión. En algunas personas sanas no suele ser palpables. |
| ***7. Tibial posterior*** | Por detrás y algo inferior con respecto al maléolo medial. |

**EJEMPLO REGISTRO DE ENFERMERÍA:**

Tórax elíptico sin alteraciones; no se observan ni palpan pulsaciones en las 5 aéreas. PMI visible en el 5EIII (espacio intercostal izquierdo) con LMC (línea media clavicular), no palpable. Frecuencia cardiaca 80 en minuto, ritmo regular, ruidos bien timbrados, ausencia de ruidos sobre agregados. En las aéreas mitral y tricúspide S1 > S2, en las aéreas aorticas y pulmonar, S1<S2.

| | | |
|---|---|---|
| **Elaborado por:**<br>Jenny C. Araque Castillo<br>Estudiantes de gerencia en los servicios de salud I. 2010-1. | **Actualizad por:**<br>Tania Melisa Arguello<br>Estudiante de cuidado en los servicios de salud 1 | **Aprobado:**<br>Catalina Franco Villegas<br>Directora Programa Enfermería |
| **Revisado por:**<br>Enf. Eulalia Medina Díaz.<br>Directora del programa de Enfermería.<br>UNISANGIL.<br>Enf. Alejandra Ortega<br>Docente enfermería UNISANGIL | **Revisado por:**<br>Beatriz Elena Sánchez Oliveros<br>Docente Asesora<br>Coordinadora de Practicas | **P.E. Versión 04** |
| **Actualizado por**<br>Laura Marcela Pérez Vesga<br>Eliana Mancilla López<br>Estudiante de cuidado en los servicios de salud I-II | **Revisado por**<br>Graciela Olarte Rueda<br>Docente Asesora | |
| **Actualizado por:**<br>Laura Jimena Cáceres Castro<br>Edgar Esneider Arenas Anaya<br>Estudiantes en práctica profesional con énfasis en docencia universitaria 2024-1 | | |

# LISTA DE CHEQUEO PARA LA GUÍA DE EXAMEN FISICO DE VALORACION DE ENFERMERIA No. 12: CORAZÓN

**OBJETIVO:** Confirmar que el estudiante de enfermería de UNISANGIL con apoyo del presente material realice correctamente la valoración de enfermería correspondiente al examen físico de corazón, basados en la justificación científica que soporta el dominio de nutrición según taxonomía NANDA.

**DEFINICIÓN:** El corazón está situado en el mediastino, a la izquierda de la línea media, inmediatamente por encima del diafragma y limitado por las caras mediales inferiores de los pulmones. Está situado por detrás del esternón y las partes contiguas de los cartílagos 3 a 6.

**VALORACIÓN**: Se realiza con el fin de obtener información sobre el funcionamiento cardíaco, para hacerlo se utilizan la inspección, la palpación y la auscultación.

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un "SÍ" cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con "NO" cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda.

| PARAMETROS | SI | NO |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **PRECAUCIONES:**<br>■ El examinado debe estar con el tórax descubierto y preferentemente de pie<br>■ Se debe tener buena iluminación la valoración debe ser simétrica, comparativa y de arriba hacia abajo<br>■ La palpación se debe hacer con la yema de los dedos<br>■ Para la expansión de tórax y su auscultación, se le pide al examinado que tome aire por la nariz y lo expulse suavemente por la boca, que respire por la boca o que respire más profundo.<br>■ Al realizar la percusión el examinado debe estar con la cabeza y los hombros erectos, si es posible. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ■ El examinador se debe cerciorar del buen funcionamiento del fonendoscopio. | | |
| 1. | Realiza la preparación del equipo | | |
| 2. | Explica el procedimiento a la persona | | |
| **INSPECCIÓN y PALPACIÓN** | | | |
| 3. | Características del tórax:<br>■ Contorno<br>■ Depresión del esternón<br>■ Cifosis y escoliosis dorsal<br>■ Otras deformidades | | |
| 4. | Observe y palpe pulsaciones<br>■ Descubre su localización y características | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 5. | Identifica el PMI:<br>■ Localización<br>■ Visible o palpable<br>■ Preciso o difuso | | |
| **AUSCULTACIÓN** | | | |
| 6. | Valora la frecuencia cardiaca:<br>■ ritmo<br>■ intensidad<br>■ frecuencia | | |
| 7. | presiona el diafragma del estetoscopio contra la pared del tórax | | |
| 8. | procura que el examinado este relajado | | |
| 9. | se coloca en posición confortable | | |
| 10. | Ausculta las áreas cardiacas:<br>■ Aórtico:<br>■ Pulmonar<br>■ Tricúspide | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ■ Mitral<br>■ Epigastrio | | |
| 11. | Describe sus características*:*<br>■ Ritmo<br>■ Intensidad<br>Establece relación entre s1 y s2 en diferentes áreas | | |
| **OBSERVACIONES:** | | | |
| **FIRMA DE ESTUDIANTE:** | | | |
| **FIRMA DE DOCENTE EVALUADOR:** | | | |