

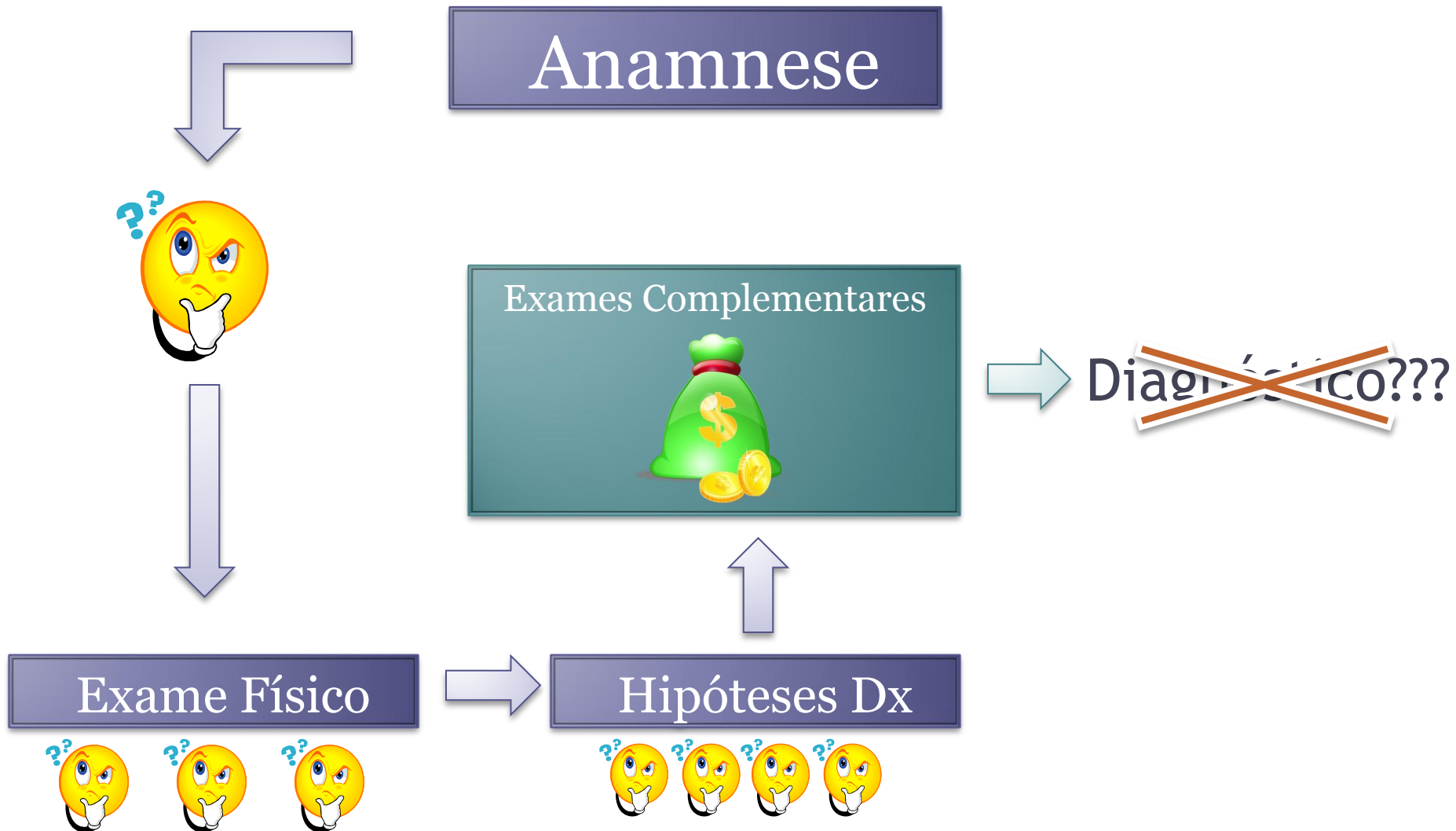


Propedêutica Cardiovascular

Marcio Gianotto



Diagnóstico???



Principais sintomas associados a doenças cardiovasculares

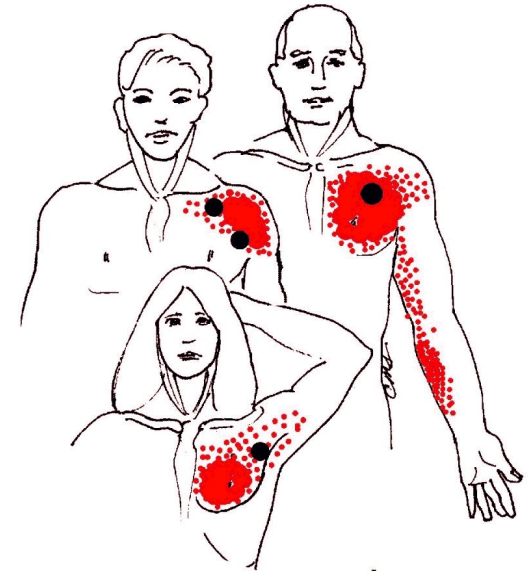
- Dor torácica
- Dispnéia
- Fadiga
- Edema
- Palpitações
- Síncope

Lembrar....

- Fatores desencadeantes
- Fatores de piora
- Fatores de melhora
- Duração
- Intensidade
- Frequência
- Características (irradiação, tipo de dor)
- Sintomas associados

Exemplo: Dor Torácica

- 7 milhões/ano em P.S. nos EUA



Causas comuns

- Cardíaca
 - Anemia
 - Pericardite
 - Síndrome coronária súbita
- Gastrointestinal
 - Pancreatite
 - Doença celíaca / doença inflamatória intestinal
 - Doença da vesícula
- Vascular
 - Dissecção da aorta
 - TEP
 - Hipertensão pulmonar
- Pulmão
 - Infecção
 - Pleurisia
 - Pneumotórax espontâneo do pânico
 - Traqueobronquite

Causas comuns

- **Cardíaca**
 - Angina
 - Pericardite
 - Síndrome coronariana aguda
- **Vascular**
 - Dissecção de aorta
 - TEP
 - Hipertensão pulmonar
- **Pulmonar**
 - Pneumonia
 - Pleurite
 - Pneumotórax
 - Traqueobronquite
- **Gastrintestinal**
 - DRGE
 - Úlcera péptica / dispepsia
 - Doenças da vesícula biliar
 - Pancreatite
- **Musculoesquelética**
 - Costocondrite
 - Hérnia de disco
 - Trauma ou estiramento
- **Infeciosa**
 - Herpes Zoster
- **Psicológica**
 - Síndrome do pânico

Diferenciar

Dor
Cardíaca

SCA

Angina
Estável

Não
Cardíaca

GRAVE

Não

Causas de Dor torácica

- 15-25% - Síndrome coronariana aguda
- <10% - Outras causas graves (TEP, dissecção aorta)
- Maioria – Dor não cardíaca
 - Ansiedade;
 - Musculoesquelética;
 - Gastrintestinal.

1/3 das SCA não apresentam dor torácica na chegada ao hospital.

• idosos, mulheres e diabéticos.

• Dispnéia

• Náuseas

• Vômitos

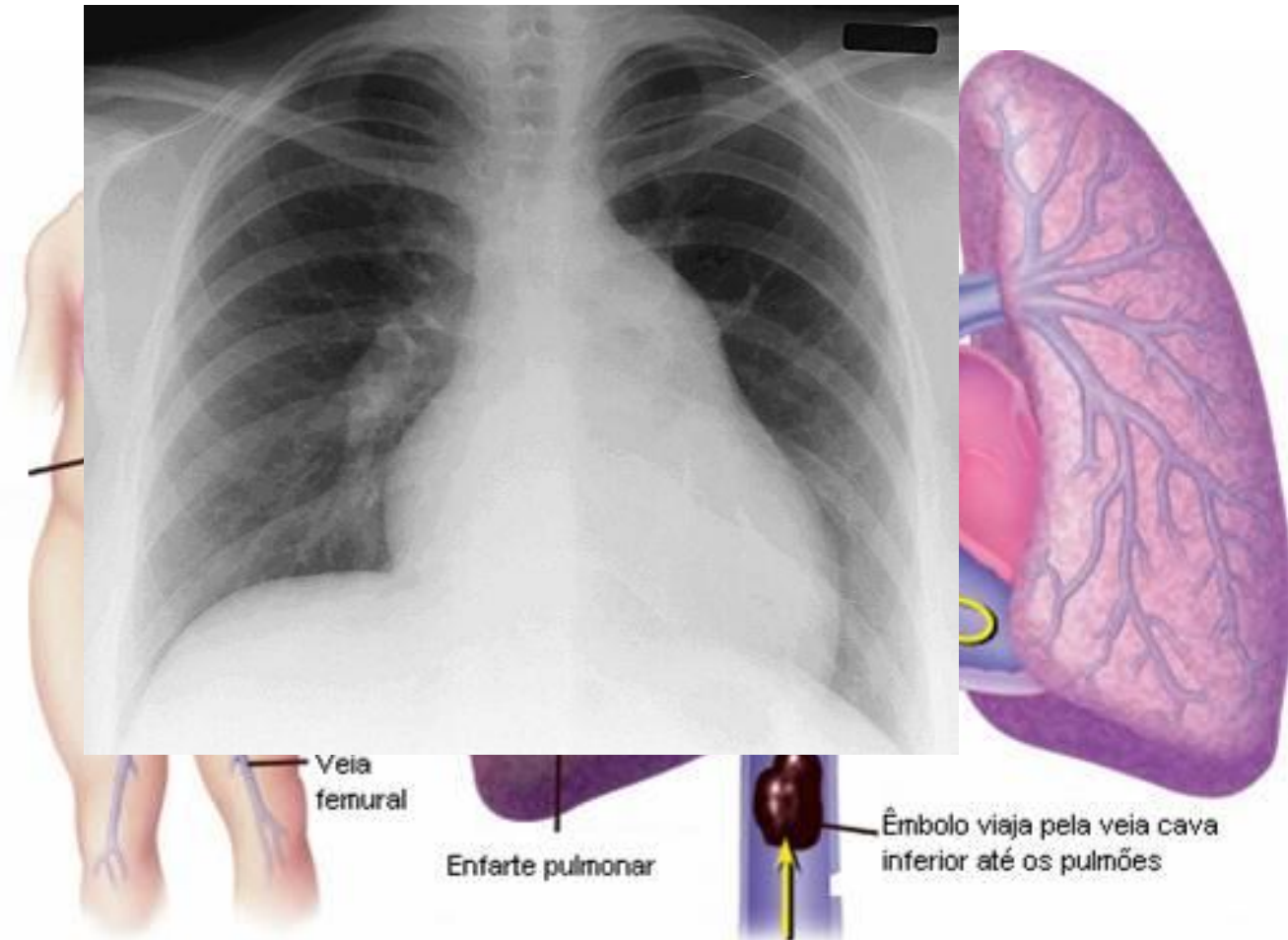
• Palpitações

• Síncope

• PCR

Causas não cardíacas de dor

- Vascular
 - Dissecç
 - TEP



- Hiperte

Causas não cardíacas de dor

- Pulmonar
 - Pneumonia
 - Pleurite
 - Pneumotórax
 - Traqueobronquite

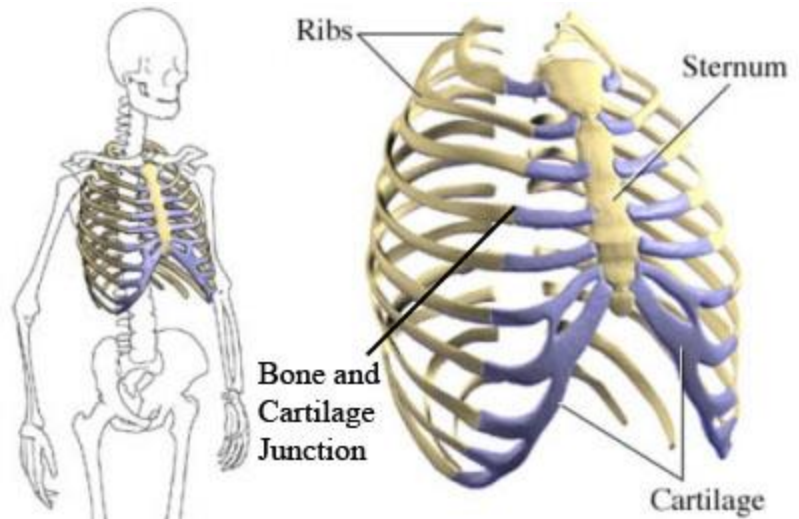


Causas não cardíacas de dor

- Gastrintestinal
 - DRGE
 - Úlcera péptica / dispepsia
 - Doenças da vesícula biliar
 - Pancreatite

Causas não cardíacas de dor

- Musculoesquelética
 - Costocondrite
 - Hérnia de disco
 - Trauma ou estiramento



Causas não cardíacas de dor

- Infecçiosa
 - Herpes Zoster



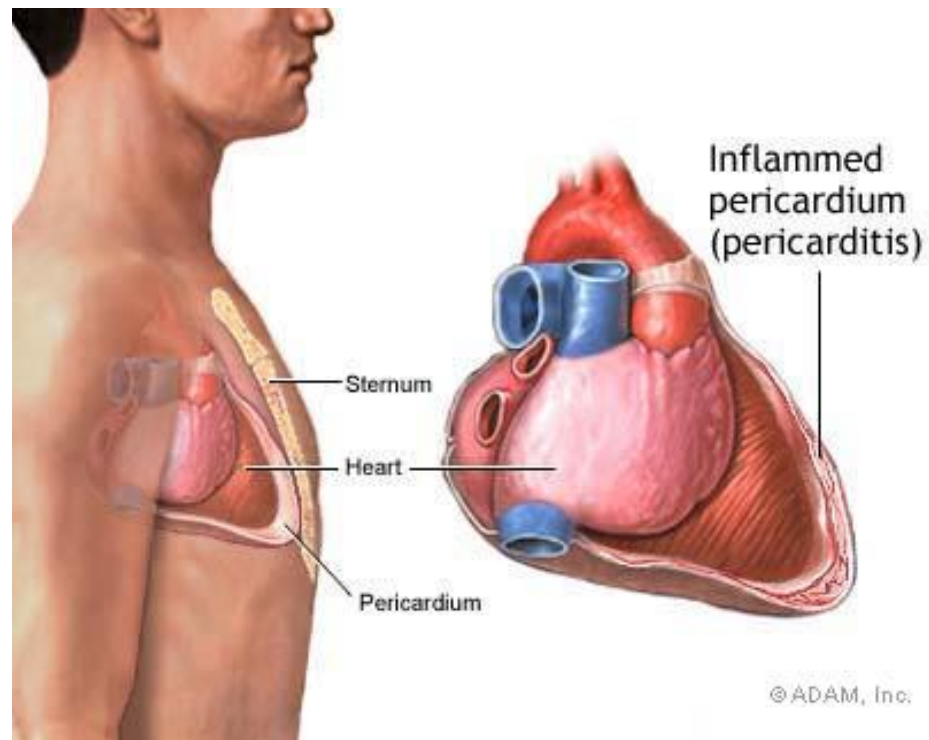
Causas não cardíacas de dor

- Psicológica / Psiquiátrica
 - Síndrome do pânico
 - Ansiedade
 - Depressão

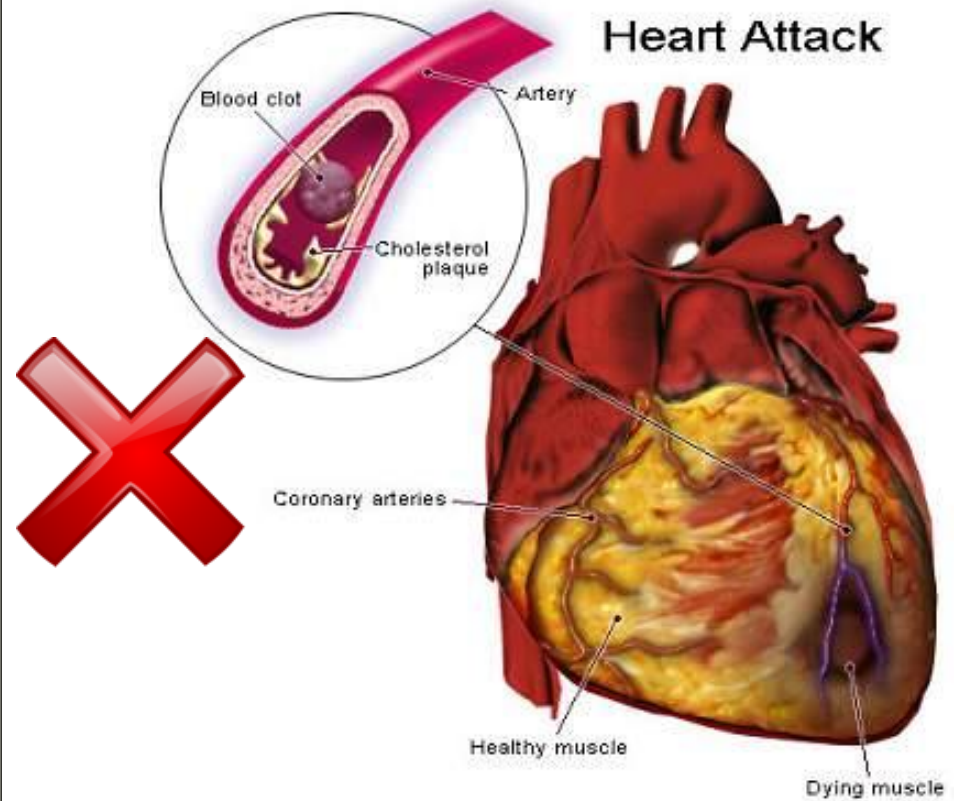
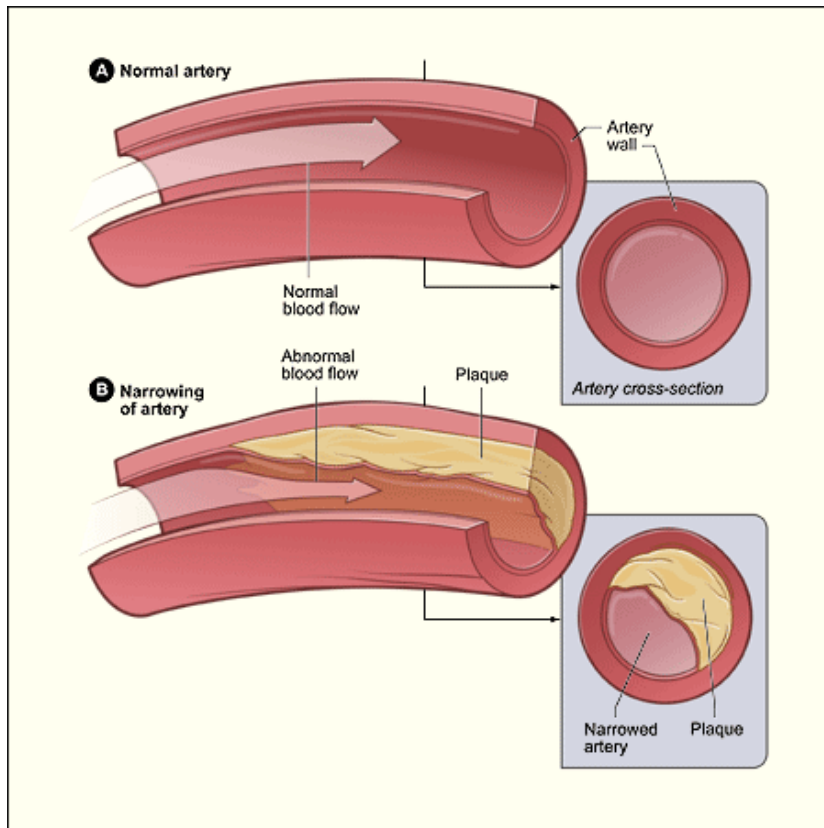


Dor Cardíaca

- Pericardite



Dor Cardíaca Isquêmica



Exame Físico

Inspeção

Percussão

Palpação

Ausculta



Exame Físico Geral

- Aparência Geral
 - Estado Geral
 - Palidez
 - Sudorese
 - Padrão Respiratório
 - Cianose
 - Facies de dor
- Exame completo:
 - Peso, IMC
 - C. Abdominal
 - C/P
 - Pulmonar
 - TGI
 - Pele
 - Membros
 - Pulsos e sopros
 - Dados vitais

Pressão Arterial

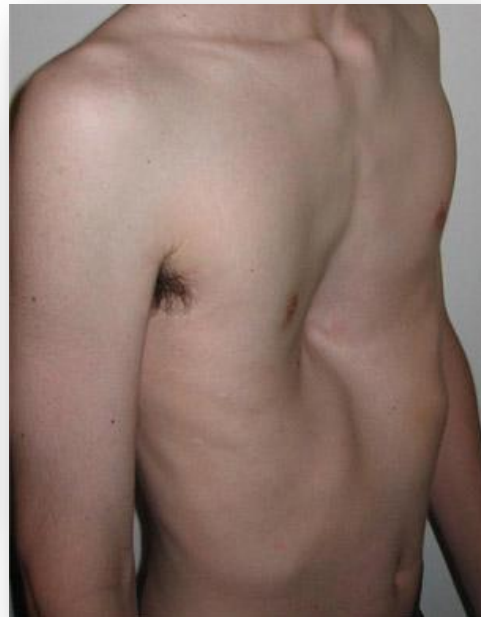
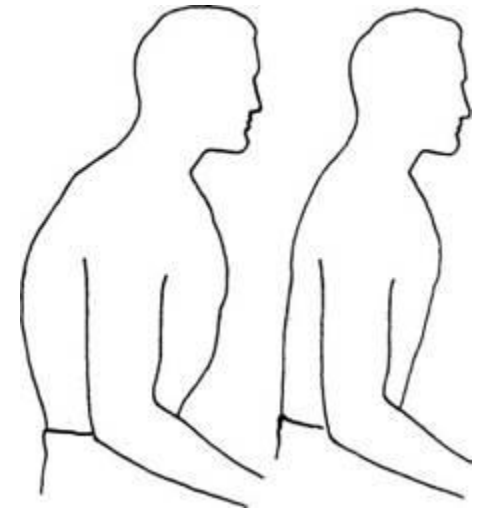
- 5 min. Repouso em ambiente calmo.
- 60-90 min. antes: evitar exercícios.
- 30 min. antes: evitar álcool, café, alimentos e cigarro.
- Evitar bexiga cheia.
- Pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado.

Pressão Arterial

- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito.
- Braço na altura do coração (4º EIC) e apoiado.
- Não falar durante a aferição.
- Manguito adequado (80-40% superfície do braço).

Tórax

- Cicatrizes
- Deformidades torácicas



Ictus Cordis

- 5º EIC – LHC Esq.
- <2cm
- Impulsão Paraestrenal Esq.
 - Sobrecarga VD.
- Pulsação Paraesternal Dir. e Esternoclavicular.
 - Doença aneurismática da aorta.



1ª Bulha (S1)

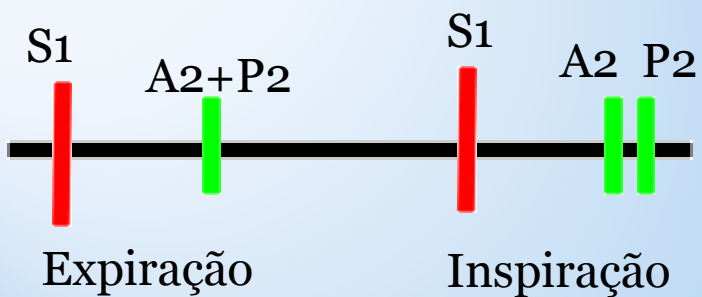
- Fechamento valvas A-V. (M1+T1)
- Hiperfonese:
 - Fase inicial de estenose mitral reumática.
 - Intervalo PR curto.
 - Estados hipercinéticos.
- Hipofonese
 - Fase tardia EM (com calcificação).
 - Intervalo PR longo.
 - DPOC, Obesidade.
 - Uso de beta-bloq.
 - Derrame pericárdico

2ª Bulha (S2)

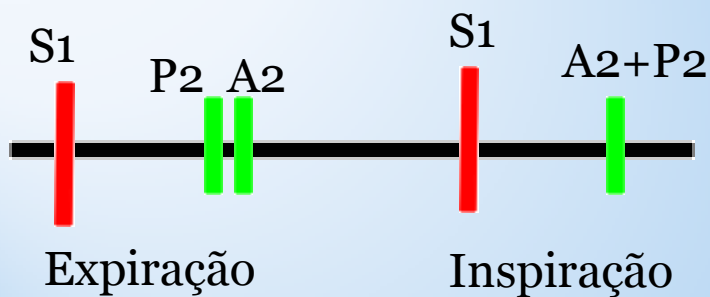
- Fechamento das valvas Aórtica (A2) e Pulmonar (P2).
- Hipofonese:
 - Estenose valvar.
- Hiperfonese:
 - HAS (A2)
 - Hipertensão Pulmonar (P2)

Desdobramento de S2

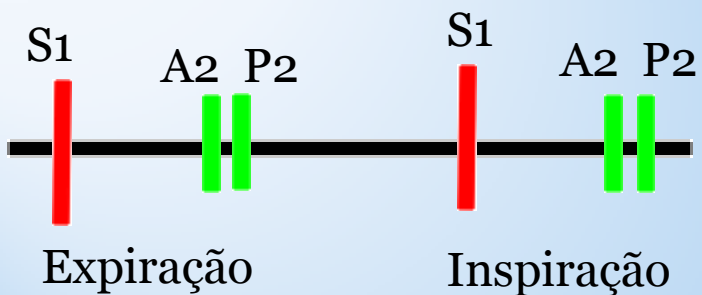
Fisiológico



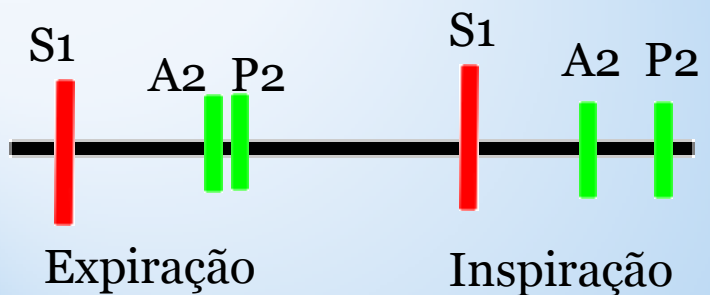
Paradoxal – EAo ou BRE



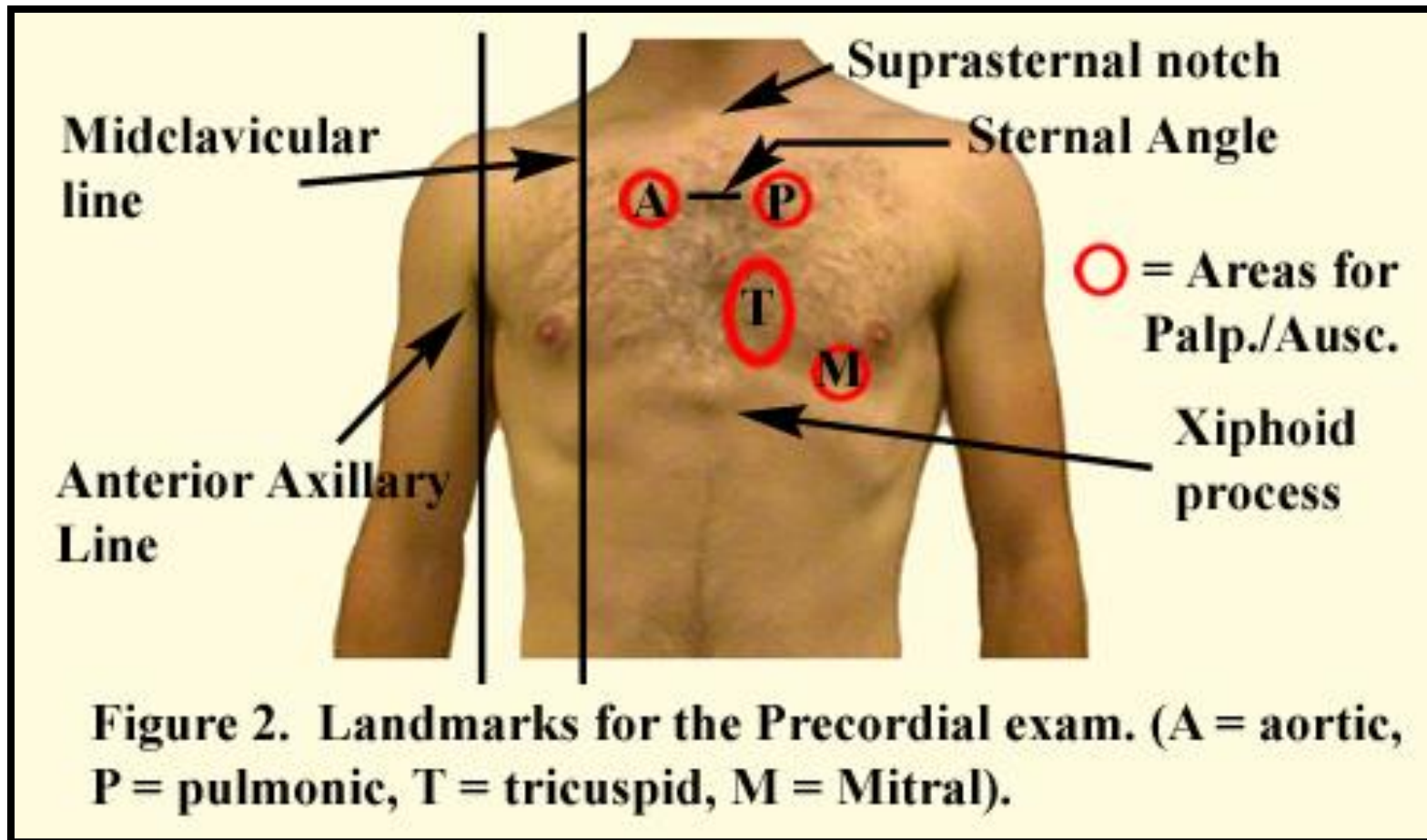
Fixo - CIA

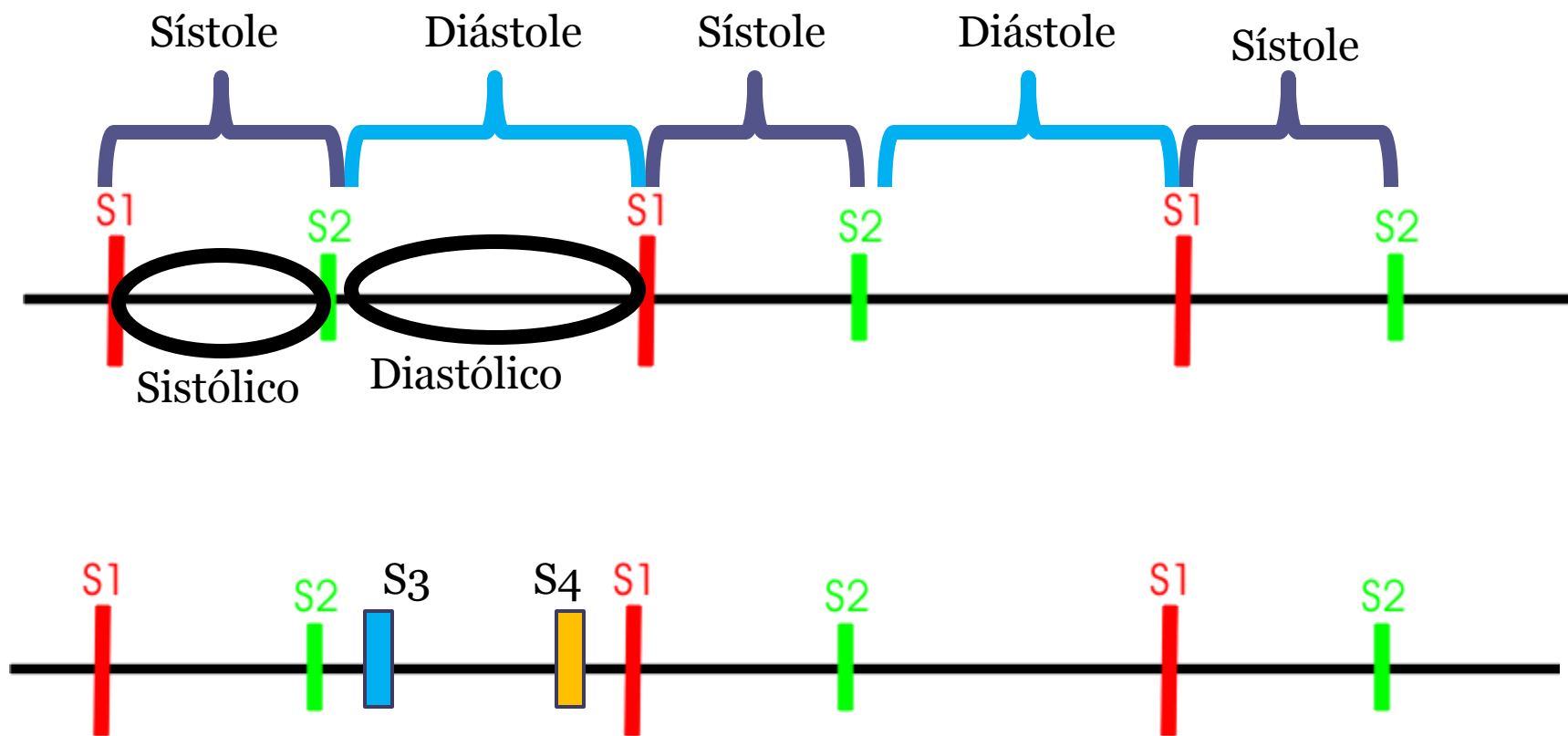


BRD



Focos de Ausculta



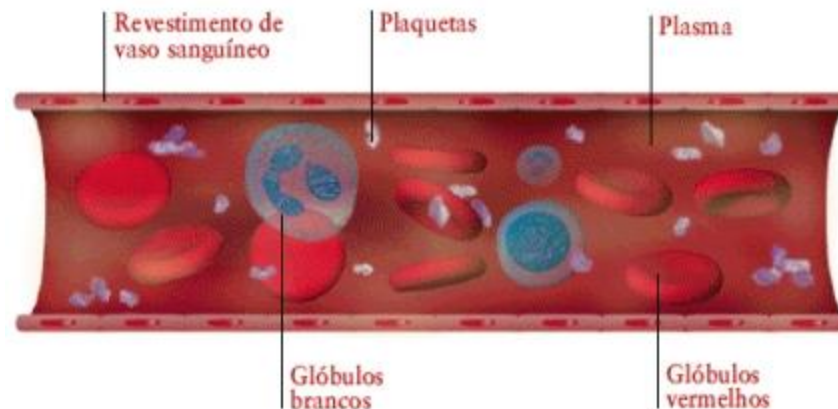


- **B3**
 - Em área mitral, com campânula
 - Mais palpável que audível
 - Enchimento ventricular rápido
 - Patológica sobretudo na ICC

- **B4**
 - Em área mitral, com campânula
 - Sístole atrial
 - Sempre patológica

Sopros Cardíacos

- Vibrações de duração mais prolongada, que ocorrem devido a presença de turbilhonamento do fluxo sanguíneo.
- Sangue flui sob a forma de corrente laminar



Mecanismos

1. Aumento de velocidade da corrente sanguínea

- Provoca turbulência
- Exercício, anemia, febre, hipertiroidismo

2. Diminuição da viscosidade

- viscosidade amortece a turbulência
- Tromboses

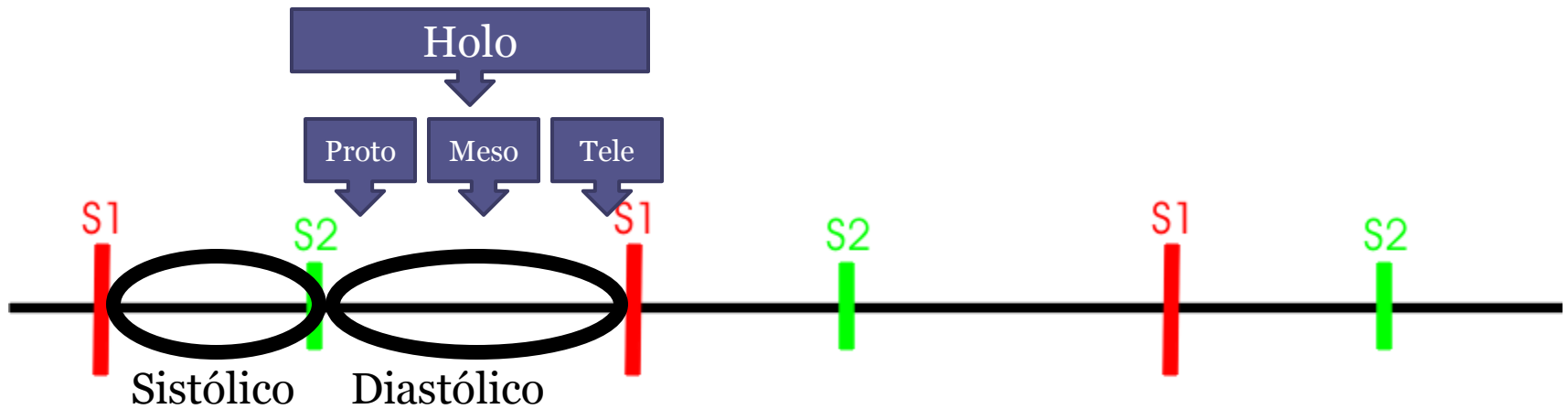
1. Zona estreitada

- Fluxo deixa de ser laminar
- Estenoses, insuficiência, Comunicação interventricular

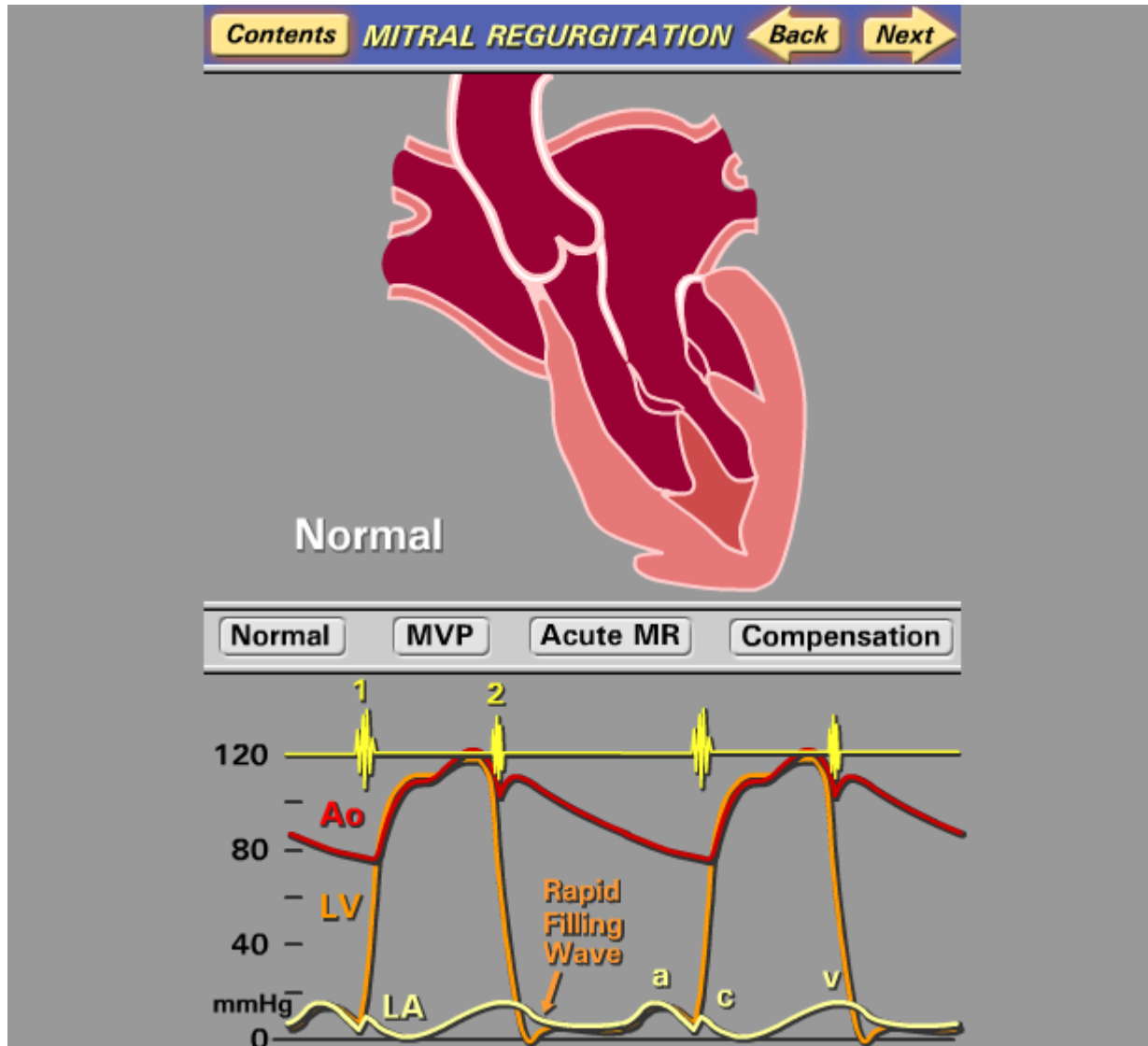
2. Zona dilatada

- Turbilhonamento na área dilatada
- aneurismas

Sopros Cardíacos



Insuficiência Mitral



Insuficiência Mitral

- Holossistólico
- Regurgitativo
- Foco mitral
- Irradiação:
 - Axila
 - Se for intenso: todo o precórdio
- Aumenta na expiração e decúbito lateral esquerdo.

E se for tricúspede?

Estenose Aórtica



Estenose Aórtica

- Mesossistólico .
- A2 hipofonética.
- Término: antes da 2ª bulha.
- Pulso “Parvus e Tardus”

- Localização: foco aórtico e aórtico–acessório.

- Irradiação:
 - Fúrcula
 - Carótidas

Estenose Aórtica

- ↑ decúbito agachado.
- ↑ apnéia pós-expiratória.
- Mais nítido c/ paciente sentado e tórax fletido para diante e intensifica com apnéia pós-expiratória.
- Pode haver:
 - B4.
 - Desdobramento paradoxal da B2.

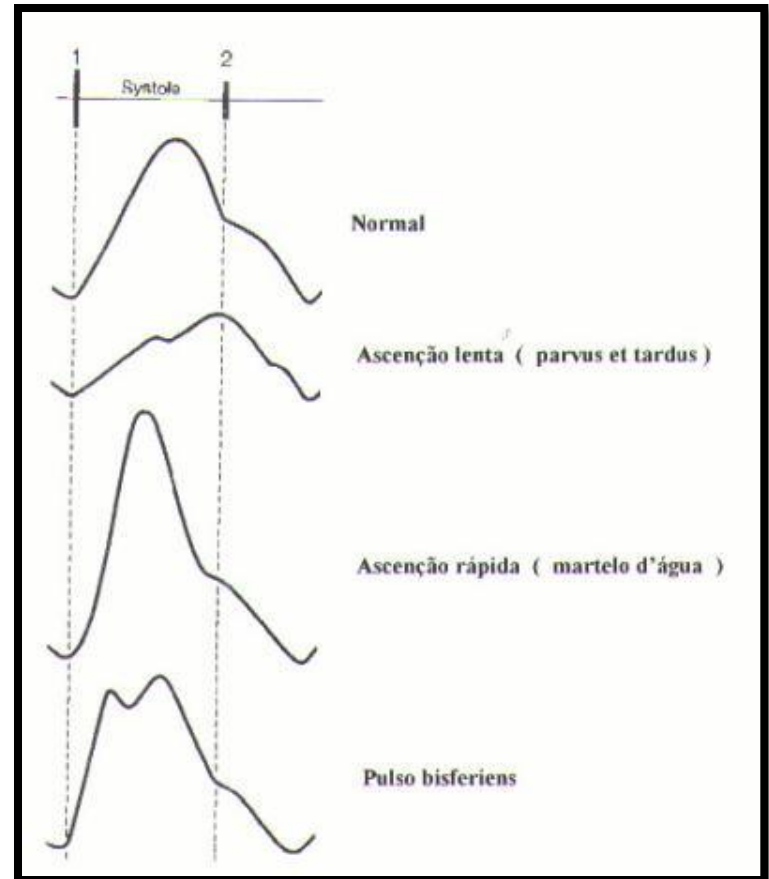
E se for pulmonar?

Insuficiência Aórtica



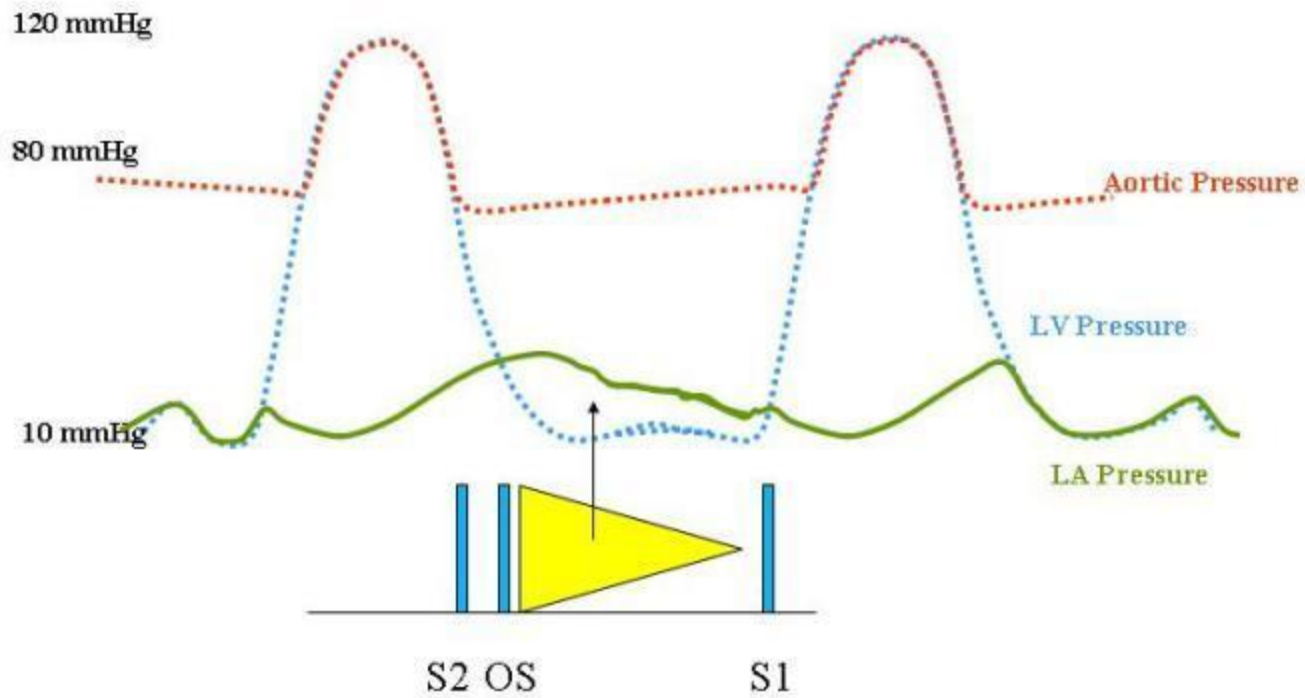
Insuficiência Aórtica

- Protomesodiastólico.
 - Iao grave – Holodiastólico.
- Aspirativo.
- Localização:
 - Foco aórtico e Ao acessório
- Melhor audível:
 - Sentado c/ tórax inclinado para frente
 - Expiração forçada



Estenose Mitral

Mitral Stenosis

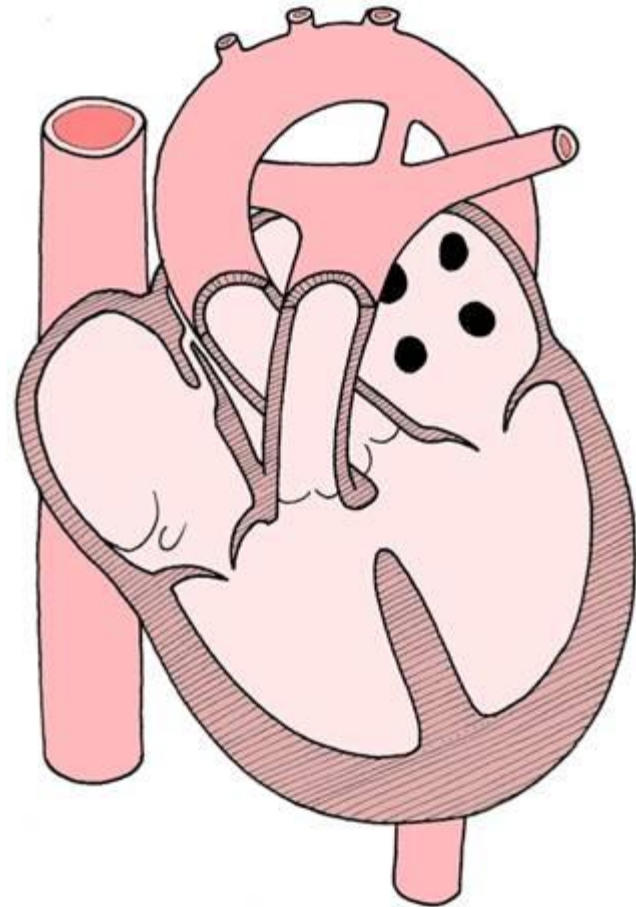


Estenose Mitral

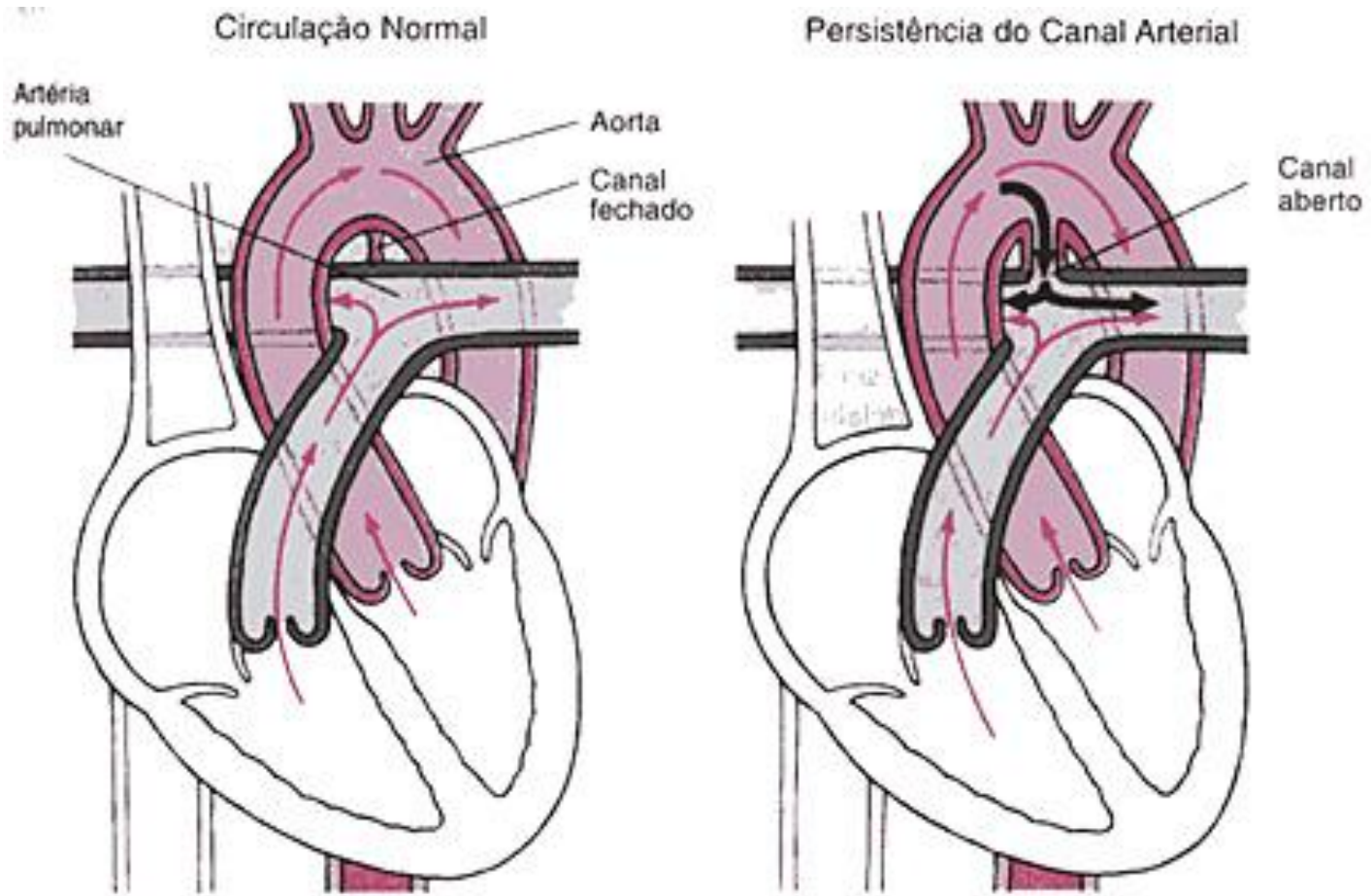
- Mesodiastólico
 - Lesão + grave (maior gradiente) -> ↑ duração do sopro
 - Reforço pré-sistólico.
- Estalido de abertura.
- Ruflar
- Foco mitral
- M1 hiperfonética, P2 hiperfonética.
- Melhor audível:
 - Decúbito lateral esquerdo
 - Em FC's mais lentas
 - Na expiração

CIV

- Holossistólico
- Paraesternal E
- Irradiação p/ HT direito.
- \uparrow CIV \rightarrow \downarrow Sopro



PCA



PCA

- Sopro Contínuo (“Ruído de Maquinaria”).
- Inicia após B1, em crescendo até B2 e continua na diástole.
- Localização: 2 EICE.
- Irradiação:
 - 1 EICE, região infra-clavicular esquerda ou pescoço.
- Se o fluxo pelo canal for volumoso, pode surgir B3.

Sopros Cardíacos - Intensidade

- **Grau I (VI)**
 - Difícil de auscultar mesmo para examinadores mais experientes em ambiente adequado
- **Grau II (VI)**
 - Audível com menos dificuldade
- **Grau III (VI)**
 - Audível com grande facilidade, sem frêmitos
- **Grau IV (VI)**
 - Audível com grande facilidade, com frêmitos
- **Grau V (VI)**
 - Audível mesmo só com o uso de uma fração do estetoscópio
- **Grau VI (VI)**
 - Audível mesmo com todo o estetoscópio separado da pele

