

Semiología cardiovascular

ANAMNESIS

- I. Ficha patronímica:**
- 1) Nombre
 - 2) Edad
 - 3) Procedencia (rural), siempre vivió allí?
 - 4) Ocupación, jubilado → por qué?
 - 5) Con quién vive (en vez de estado civil); apoyo familiar
 - 6) Acceso a servicios de salud

II Motivo de consulta: Y que más? Sintió algo más que le llamara la atención?

III. Enfermedad actual: Agotar el interrogatorio del síntoma de consulta; luego interrogar en forma ordenada el resto de la sintomatología CV asociada.

Mnemotecnia: **DisCoDoPaSinHEFES**

DIS: Disnea y fatigabilidad muscular

CO: Corazón derecho

DO: Dolor torácico

PA: Palpitaciones

SIN: Síncope

H: Hemoptisis

E: Embolias sistémicas

F: Fiebre reumática

E: Endocarditis

S: Soplo

1.Disnea:

5 tipos de disnea:

- **Disnea de esfuerzo:** poco sensible y específica para el diagnóstico de IC (resp/obesidad, falta de entrenamiento)

Interrogar:

- Fecha de inicio
- Evolución: lenta o rápidamente progresiva.
- Disnea de instalación brusca
- Disnea sibilante.
- Clase funcional: determinar la clase funcional (CF) al inicio y actualmente.
Insistir en catalogar CF preguntando si puede caminar 2 o + cuerdas sin disnea, subir más de un piso etc.
- Evolución y progresión de la misma (en base a la CF).

Clase Funcional de Disnea (NYHA)

- **CF I:** esfuerzos mayores que los habituales para el pte.(correr)
- **CF II:** esfuerzos moderados y habituales (caminar)
- **CF III:** disnea a mínimos esfuerzos (bañarse)
- **CF IV:** disnea de reposo

- **Disnea de decúbito /ortopnea:**

- sensibilidad y especificidad para IC, no patognomónica (EPOC, Ascitis)
- FSP: ↑ del retorno venoso al corazón con ↑ de la congestión pasiva pulmonar
 - Número de almohadas para dormir. Lo aumentó?
 - Tiempo de evolución y progresión de la misma

- **Disnea paroxística nocturna:** se presenta como crisis de disnea brusca, en general nocturna, en el decúbito, y que obliga a incorporarse.

Es la de > especificidad para IC
RGE, embolia pulmonar pueden remedarla.

- **EAP** → Alguna vez debió llamar a emergencia móvil por intensa dificultad respiratoria?
Expectoración espumosa color rosado (asalmonada)?
Agua en los pulmones?
Le tuvieron que hacer ligaduras (me niego!!), o diuréticos para que orinara?
- Disnea sibilante

- **Insuficiencia respiratoria al ingreso:**

- Lo notaron azul
- Le pusieron máscara de O₂
- Le pincharon la arteria (mirar si existe estigma de punción de la radial)
- IOT- CTI

- **Equivalentes de la disnea:**

Asma cardiaca:

Tos y Disnea brusca con broncostrucción, al esfuerzo o en reposo, por congestión venocapilar bronquial, mejora con el reposo si aparece con el esfuerzo, y con el ortostatismo si es en reposo. Se debe diferenciar del asma enfermedad (bronquial); valorando la respuesta al uso de broncodilatadores y fármacos propios de la insuficiencia cardiaca.

- **Fatigabilidad muscular:** como elemento de ICI anterógrada.

2 .Corazón derecho

- **Edemas de MMII:** Presentando un carácter gravitacional (predomina en zonas declives).

Cuando se generaliza y compromete otras serosas como peritoneo (ascitis) y pleura (hidrotórax) se denomina **anasarca**.

Interrogar:

- Inicio y tiempo de evolución
- Severidad: hasta donde llegan (piernas, raíz de muslo, genitales externos, pared abdominal)
- Evolución durante el día: gravitacional.
- Bilateralidad y simetría.
- Características: blancos, blandos, fríos, indoloros
- Edemas de cara / manos → acompañando MM y ascitis: plantear Hipooncosis
→ solos: SVCS
- Distensión abdominal (ascitis). Sucede al edema de MMII en la IC, lo precede en la hepatopatía, simultáneo en el nefrótico.
- Imposibilidad de usar calzado, medias marcadas, etc.
- Aumento de peso.

Los edemas no son exclusivos de enfermedad CV; hepáticas, renales, diversos procesos inflamatorios, IVC (varices), y en la TVP de miembros inferiores.

También son causa de edemas los Calcioantagonistas y los AINES.

- **Hepatalgia**

- **Nicturia (y todo el TU acá)**

- Disminución del volumen urinario (diuresis) diario: oliguria (800 a 400 cc día)
- Nicturia: incremento del volumen urinario nocturno.
- Nocturna o polaquiuria nocturna: incremento del número o frecuencia de las micciones nocturnas sin incremento del volumen urinario nocturno.
- Características de orina (densidad: isostenuria)
- Coluria, Hematuria, Orinas espumosas (como cerveza)
- SUB
- Sd. Prostático en ♂
- Cólico nefrítico (colicos, expulsión de cálculos o arenilla)
- SUA
- Sd. Nefrótico / Nefrítico
- Sd. Urémico: trastornos sueño, hipo, sabor metálico, calambres, prurito, parestesias.

3.Dolor torácico:

Causas de dolor torácico

CV		No CV
Isquémico	No isquémico	<ul style="list-style-type: none"> • Pleural (puntada de lado) • Parénquima pulmonar (TEP) • Osteomuscular (osteocondritis) • Gastrointestinal (espasmo esofágico) • Referido (abd. superior) • Psiquiátricos (neurosis de ansiedad)
<ul style="list-style-type: none"> • Angor estable • Angor inestable • IAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Pericárdico → pericarditis aguda • Aórtico → disección 	

a. Angor: Mnemotécnica: ATILIEF.

A: circunstancia de aparición (esfuerzo o reposo).

T: tipo de dolor (opresivo, punzante, transfixiante, urente, molestia).

I: intensidad (leve, moderado, intenso). Utilizar escala numérica del 1 al 10.

L: localización (retroesternal, en un hemitorax, de bajo de una tetilla o mama).

I: irradiación (fijo; o irradiado a cuello, mandíbula, epigastrio, MSI, muñeca y/o dorso).

E: evolución en el tiempo (duración, mejoría espontánea o con medicación, o agravación)

F: fenómenos acompañantes: (náuseas, vómitos, sudoración, mareos, lipotimia, síncope, disnea y/o palpitaciones; sensación de muerte inminente).

Además de ATILIEF preguntar:

- Consultó a EM, EM realizó medicación?
- Persistía con dolor al ingreso?
- Realizaron medicación sl/ iv al ingreso?
- Realizaron medicación iv y durante la misma realizaron ECG seriados?(STK)
- Realizaron CVE, MP, CACG
- Lo internaron en CI/ CTI
- Causas de inestabilización de angor: **HHH, AAA, TIF**

HTA H ipertensión H ipoxia	A rritmia A nemia: fue tranfundido? A bandono de medicación	T irotoxicosis I nfección F iebre
---	--	--

a1. Típico/Atípico

Angor típico : coronariopatía en > 85%

3 características

- topografía → retroesternal (puño en esternón → signo de Lewin: alta sospecha angor)
- desencadenante → al esfuerzo, frío, emoción
- calma → con el reposo o nitratos

Angor Atípico: 2 características → coronariopatía < 50%

Dolor torácico: 1 característica → coronariopatía 15%

a2. Clase funcional del angor

(clasificación de la Sociedad CV Canadiense)

- **CF I:** la actividad física habitual tal como caminar o subir escaleras no le provoca síntomas, aparece ante esfuerzos extenuantes o ejercicios prolongados
- **CF II:** ligera limitación de la actividad habitual al caminar 2 o más cuerdas y/o subir más de 1 tramo de escaleras, en condiciones normales y paso habitual del paciente
- **CF III:** marcada limitación de la actividad habitual al caminar menos de 2 cuerdas y/o subir menos de 1 tramo de escaleras, en condiciones normales y paso habitual
- **CF IV:** incapacidad de realizar cualquier actividad sin disconfort, la angina puede estar presente en reposo

a.3 Estable/Inestable

Estable: cuando se desencadena siempre frente a los mismos esfuerzos (CF I – II)

Inestable: aumento de frecuencia, intensidad y duración de los episodios, con desencadenantes por lo general menores.

Reciente comienzo → < 2 meses de evolución; **Crónico** → > 2 meses de evolución.

Prolongado: > 20 minutos

Angor Inestable: 6 formas de presentación

- Angina de **reposo > 20 min**
- Angina de esfuerzo de reciente comienzo (< **2 meses**) que alcanza la **CF III – IV**
- Angina de esfuerzo **progresiva**, angina crónica estable cuyos episodios en los últimos **2 meses** son de > intensidad, > duración, < umbral, que pasa a **CF III – IV**
- **Angina post IAM** (desde las 24 horas y hasta los 30 días del IAM)
- **IAM no Q** (por necrosis subendocárdica)
- **Angina variante de Prinzmetal** (asociada a vasoespasma coronario)

a4. Diagnóstico diferencial del dolor

Pericárdico (por pericarditis):

A: espontánea

T: **puntada** u opresivo

I: variable

L: precordial o retroesternal

I: cuello, MMSS, huecos supraclaviculares, hombros

E: componente pleurítico (**augmenta con** las maniobras de Valsalva, **inspiración**, movimientos del tórax, y con el decúbito dorsal); no relacionado con los esfuerzos, y **calma con la posición Mahometana**.

Diseción aguda de aorta:

Característicamente se trata de un dolor de instalación brusca, intenso, de localización precordial, referido como transfixiante, máxima intensidad desde el inicio, irradiado a dorso a región interescapular; por lo general coincide con cifras de PA elevadas, asimetría de pulsos y puede tener soplo de insuficiencia aortica por disección proximal.

Herpes: el dolor puede preceder en hasta 5 días la aparición de vesículas. Tipo urente, sigue el trayecto un nervio

4. Palpitaciones:

Se define como la percepción conciente de los latidos cardiacos.

Pueden ser expresión de una enfermedad cardiaca (arritmia, valvulopatía, etc.); o manifestación de una condición o enfermedad extracardiaca.

Implica cambios en la contractilidad o en el volumen de eyección sistólico.

Interrogar:

- Tiempo de evolución: > o < 48 hs.
Intentar clasificar en Paroxística, Persistente, Recurrente
- Circunstancias de aparición: en reposo o al esfuerzo.
- Desencadenantes: (esfuerzo/stress/fiebre/alimentos/fármacos/abandono de fármacos)
- Forma de inicio: brusca o progresiva
- Regular o Irregular (pedirle que trate de reproducirla golpeando con los dedos)
- Fenómenos acompañantes: sudoración, mareos, lipotimia, síncope, disnea, dolor torácico
- Repercusión Hemodinámica: Dolor Tx, Disnea (EAP), Encefálica
- Embolias: Encefálica
Renal (dolor FL + Hematuria)
Esplénica (dolor inicio brusco HI)
MM (dolor intenso, instalación brusca en un miembro/frialdad del M)
- Desaparición: brusca /progresiva; espontáneamente/con medicación/CVE
- Antecedentes previos.
 - o Historia previa de palpitaciones. Le dijeron que tenía arritmia. La tuvo siempre. Se le fue en algún momento?
 - o Estudios previos: Holter. EEF.
 - o Tto: CVE, medicación para arritmia (sabe cuál? Amiodarona? Miodorit?)
Anticoagulación (choice) → Control. Complicaciones de anticoagulación.
Recibe actualmente la medicación. Suspendió? Por qué?

5. Síncope:

- Se define como la pérdida de conocimiento y del tono postural con caída el piso, vinculada a un esfuerzo físico o de reposo,
- de breve duración,
- no precedido de fenómenos prodrómicos
- sin cianosis ni mordedura de lengua durante el episodio (puede cursar con movimientos anormales e incontinencia esfinteriana)

- con recuperación espontánea y precoz
- sin elementos secuelares, sin sopor posterior

FSP: es debido a una caída brusca del GC durante un esfuerzo acompañado de vasodilatación periférica, lo que genera hipotensión arterial con caída transitoria del flujo sanguíneo cerebral. Interrogar: síncope y síntomas acompañantes precedentes (dolor precordial, palpitaciones)

Interrogar causas

SINCOPE NO CARDIACOS	SINCOPE CARDIACOS
<ul style="list-style-type: none"> * Neurocardiogénico o Vasovagal <ul style="list-style-type: none"> Vinculado a <ul style="list-style-type: none"> Dolor Visceral Ortostatismo prolongado Visión de sangre Instrumentación Q o dental Ambientes confinados Estrés Emocional * Situacional (Reflejo, Vagovagal, o mediado Neuralmente) <ul style="list-style-type: none"> - Miccional - Defecatorio - Tusígeno - Deglutorio - Posprandial (en 1ª hora) - Hipotensivo Supino del Embarazo 3er trimestre, al adoptar DL - Por Risa - Del Trompetista - Del Jacuzzi * Hipotensión Ortostática <ul style="list-style-type: none"> Por cambio a posición de pie 1^{os} minutos Predisponentes: Hipovolemia-Diuréticos <ul style="list-style-type: none"> Fármacos vasoactivos Fiebre Diabetes Uremia Parkinson * Hipersensibilidad del seno carotídeo <ul style="list-style-type: none"> Ancianos Rotación y flexión de cuello Compresión de cuello * Psiquiátrico <ul style="list-style-type: none"> - Pánico - Ansiedad Generalizada - Neurosis de Conversión <ul style="list-style-type: none"> Temblor bipalpebral, duración > a la habitual, PC incompleta 	<p>Característicamente de Esfuerzo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ MECANICOS <ul style="list-style-type: none"> * Obstrucción Tracto Salida VI <ul style="list-style-type: none"> <u>Estenosis Aórtica</u>: durante esfuerzo <u>Cardiomiop.Obstruccion Idiopática</u>: posesfuerzo * Obstrucción Tracto Salida VD <ul style="list-style-type: none"> <u>Estenosis Pulmonar</u> * Obstrucción Válvula AV <ul style="list-style-type: none"> <u>Estenosis Mitral</u> * <u>Diseccción Aorta</u> * TEP--> <u>HTAP</u> ▶ ARRITMICOS <u>LENTOS</u> <ul style="list-style-type: none"> * Disfunción del Nodo Sinusal * Bloqueo AV 2º Tipo Mobitz II * BAVC * FA ^c/ pausas > 2 seg. <u>RAPIDOS</u> <ul style="list-style-type: none"> Auriculares * FA Aguda * Flutter <ul style="list-style-type: none"> Ventriculares * TV Monomorfa * Torcida de Puntas * Disfunción de Marcapaso

Cuando el síncope es de origen CV las causas más frecuentes son: **trastornos del ritmo** y la **estenosis aórtica**.

El único AIT con p de c es el del sector vértebrobasilar (SRRA)

6. Hemoptisis:

Se define como la expulsión de sangre por la boca proveniente del árbol respiratorio subglótico. Se debe diferenciar de otros sangrados por la boca, como la hemostemesis y la hematemesis.

Interrogar:

- En curso o detenida (por lo general cuando el último episodio fue hace más de 24 horas)
- Primer episodio o reiterada.
- Magnitud: - leve (< 150 ml día)
 - grave (150 a 500 ml día)
 - masiva (> 150 ml hora; > 600 ml día; o asfixia durante el episodio).
- Repercusión y tolerancia: insuficiencia respiratoria, anemia aguda, shock hipovolemico o elementos de bajo gasto).

La mayoría de las hemoptisis son de causa respiratoria, cuando tiene un origen CV las causas más frecuentes son: estenosis mitral y el infarto pulmonar.

Es rara la hemoptisis grave o masiva en los procesos CV.

7. Embolias sistémicas:

Cuadros de instalación brusca (origen vascular) como consecuencia del desprendimiento de trombos originados en las cavidades cardiacas, que migran a través del árbol vascular impactándose en distintos territorios con la consecuente isquemia del sector irrigado.

La isquemia determinada puede ser transitoria (por disolución espontánea o por remoción del material embolizado si es posible) o progresar a la necrosis del territorio irrigado

Interrogar:

- embolias encefálicas (ACV): pérdida de fuerzas de un hemicuerpo, desviación de rasgos faciales, amaurosis, pérdida de conocimiento, etc.
- embolia esplénica: dolor en HI
- embolia renal: dolor en fosa lumbar, hematuria.
- Embolia de MM.

8. Fiebre Reumática:

9. Endocarditis

10. Soplo

11. Cardiopatía subyacente:

- HTA
- Isquemia
- Valvulopatía (ya quedó preguntado)
- Taquimiopatía
- Alcoholismo
- Chagas
- Postviral
- Puerperal
- Hipertiroidismo o hipotiroidismo (tiene bocio, toma T4?)

12. Tratamiento que recibía en domicilio

13. TD, TU

14. Repercusión general

15. Evolución en sala (de lo CV, y fiebre en la internación)

IV. Antecedentes personales:

FA/TO/VE/AL/CA/PU/CI/F/I/O/SE/CA

Se deberán interrogar todos los AP, pero con especial atención a los factores de riesgo de morbimortalidad CV con el análisis y Características de cada uno de ellos, a saber:

FA: FR CV:

Mayores no modificables:

- hombre mayor de 40 años
- mujer posmenopáusica
- AF de cardiopatía isquémica en familiares directos; en el hombre < 55 años, y en la mujer < 65 años.

Mayores modificables:

- Diabetes Mellitus
- Tabaquismo
- Dislipemia
- HTA

Menores:

- obesidad
- sedentarismo
- stress
- alcoholismo
- hiperuricemia.

TO: tóxicos, ya preguntamos OH

VE: venéreas

AL: alergias

CA: Cardiovascular. En éste caso son los AEA ya preguntados

PU: Pulmonares

CI: Cirugías

F: Familiares

I: Internaciones? Medicación en domicilio si no se preguntó antes

O: Obstétricos

SE: Socio-económicos

CA: Cultural-ambiental

EXAMEN FÍSICO CV:

Inspección general: PSI/GE/NU/DE/HABI/FA/FU/TE/PI/DE/BO/CU/LI/MA

- actitud general del paciente (tolerancia al decúbito, ortopnea)
- disnea y polipnea (fr.)
- tos seca con el decúbito (igual significado que la ortopnea)

- cianosis (central por insuficiencia respiratoria, o periférica por bajo gasto cardiaco con extremidades frías y pulso pequeño).

CV central:

1. Inspección:

- Deformaciones torácicas.
- Cicatriz de estereotomía.
- Latidos cardiacos: desde los pies de la cama destacar la presencia de los mismos y su topografía.

2. Palpación: (mano derecha y a la derecha del paciente, SENTADO)

- **Choque de punta:** se palpa normalmente hasta los 30 años, por encima de esta edad y en decúbito dorsal es un elemento de sospecha de HVI. Normalmente se topografía en 4° - 5° EIC, línea de referencia (medio clavicular). Si no se palpa en DD, colocar en DLizq → > sensibilidad, < especificidad (corrección de 2-3cm).
- **topografía** (normal o desplazado; mas hacia fuera que abajo en general por agrandamiento de cavidades izquierdas; más hacia abajo que hacia fuera es por agrandamiento de VD)
- **extensión:** según traveses de dedo que ocupa; aumentado cuando abarca 2 o más traveses
- **intensidad**
- **tipo de latido:** - **hiperdinámico:** latido amplio, abrupto, de rápido ascenso y descenso (dilatación por sobrecarga de volumen)
- **sostenido:** en domo, se prolonga durante toda la sístole, con ascenso y descenso menos rápido (HVI por sobrecarga sistólica o de presión)
- **Latidos de pecho patológicos:**
 - **Latido diagonal:** movimiento de traslación a la izquierda y debajo de la cara anterior del hemitorax izquierdo, simultáneamente con arrastre y depresión de la cara anterior y alta del hemitorax derecho (por HVI).
 - **Latido sagital:** impulsión de la zona paraesternal izquierda baja (talón de la mano), puede deberse a crecimiento de VD, AI, o dilatación de aorta descendente.
 - **Latido epigástrico:** se palpa con pulpejo de los dedos enganchando la parrilla costal en epigastrio (HVD)
- **Frémitos:** Se define como la percepción palpatoria de vibraciones anormales, característicos de soplos orgánicos. Se objetiva apoyando suavemente la mano, fundamentalmente en apnea espiratoria. Para frémitos mitrales es conveniente el decúbito lateral izquierdo, y en focos de la base sentado e inclinado hacia delante. Pueden ser sistólicos, diastólicos o sistodiastólicos.
 - De punta y diastólico: estenosis mitral.
 - De punta y sistólico: insuficiencia mitral
 - De base y sistólico: estenosis aórtica.

3. Auscultación:

- **Focos de auscultación:**

- ✓ Mitral: en ápex.
 - ✓ Tricuspídeo: borde paraesternal izquierdo de la parte mas baja del esternón.
 - ✓ Pulmonar: 2º EIC izquierdo paraesternal
 - ✓ Aórtico: 2º EIC derecho paraesternal.
 - ✓ Accesorio de Erb o mesocárdico: 3^{er} EIC paraesternal izquierdo
- Auscultación metodológica:
 En decúbito, luego en decúbito lateral izquierdo (maniobra de Pachón) y luego sentado e inclinado hacia delante (maniobra de Harvey), luego Handgrip y Vlasalva.
 - Ritmo (regular o irregular)
 - Frecuencia cardíaca en cpm
 - identificar R1 y R2 (basarse en la palpación del latido carotídeo)
 - evaluar R1(se ausculta mejor en punta) y R2 (se ausculta mejor en base) (normales, aumentados, disminuidos, desdoblado, variable)
 - valorar fase sistólica y diastólica en busca de soplos;
 - R3 o R4 (ambos diastólicos)

R3 (tercer ruido): en la fase de llenado rápido V (protodiastólico) y se objetiva sobre todo en las dilataciones vinculado a sobrecarga diastólica con aumento del volumen residual.

R4 (cuarto ruido): ocurre en la fase de la sístole o patada auricular (telediastólico) y está determinado por el choque se sangre en un ventrículo poco distensible (HVI).

Ritmo de galope (derecho o izquierdo)

Soplos: ruidos anormales en cualquier parte del ciclo cardíaco, vinculados a vibraciones producidas por flujo sanguíneo turbulento.

Valorar: localización en el ciclo cardíaco (sistólico o diastólico), topografía, irradiación, intensidad, timbre.

 - Los soplos de la base se auscultan mejor con el paciente sentado e inclinado hacia delante.
 - Los soplos de las cavidades izquierdas se auscultan mejor en apnea espiratoria; y los de cavidades derechas en apnea inspiratoria.

Holosistólicos→regurgitante, en diamante eyectivo.

Grados:

 1. apenas audible
 2. se ausculta sin dudas
 3. fuerte pero no frémito
 4. fuerte con frémito
 5. intenso, se ausculta apenas se apoya el estetoscopio
 6. se ausculta sin apoyar el estetoscopio

Roce pericárdico: soplo áspero y rudo, sistodiástolico. Destacar su ausencia.
- Examen vascular periférico:** (“bajo por lo arterial y subo por lo venoso”)
- **Sector arterial:** Palpación de todos los pulsos (y auscultación de los principales: aorta y carótidas):
 - hueco supraesternal: (aorta torácica)

- carotídeo (además auscultar en busca de soplos irradiado o suspendido: buscarlo con campana y si está presente cambiar la posición de la cabeza del paciente para ver si persiste)
- arterias temporales
- humerales y radiales
- femorales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios.
- Aorta abdominal (aneurisma de aorta abdominal)
 - frecuencia de pulso
 - ritmo de pulso
 - amplitud
 - simetría
 - isócronos con frecuencia central, o déficit de pulso (si es mayor a 10 lpm e irregular se trata de una arritmia completa)
 - Características de la pared arterial: arterias duras y flexuosas (**arteriosclerosis**)
 - toma de Presión Arterial.
- **Sector venoso:**
 - ingurgitación yugular
 - reflujo hepatoyugular
 - hepatomegalia congestiva
 - hepatalgia
 - edemas de MMII (bilateral y simétrico, blancos, blandos, fríos, indoloros, gravitacional).
 - Signo de Hommans
 - Dolor en trayectos venosos.

Examen PP: estertores crepitantes.