



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (11) 3061-7523 - Fax: (11) 3088-8213 – ee@usp.br
São Paulo – SP – Brasil | www.ee.usp.br



CHECK-LIST DO EXAME FÍSICO CARDIOVASCULAR

1.0 Preparo do ambiente: Promover privacidade e iluminação adequada. Favorecer tranquilidade e silêncio.

2.0 Preparo do material:

- Álcool 70%;
- Algodão;
- Biombo se necessário;
- Bloco de anotações;
- Esfigmomanmetro (com bolsas de diversos tamanhos);
- Espátula;
- Estetoscópio com campânula e diafragma;
- Fita métrica inelástica;
- Foco se necessário;
- Lápis;
- Luva de procedimento se necessário;
- Régua pequena graduada em centímetros;
- Relógio com marcador de segundos.

Manuseio do estetoscópio: a maioria dos estetoscópios é formada por duas partes funcionais: uma parte menor, a campânula, e uma parte maior, o diafragma, além do tubo (extensão de borracha) e duas aurículas.

A campânula é melhor para auscultar sons de baixa frequência e o diafragma é usado para auscultar os sons de alta frequência. Para auscultar com o diafragma, gire o tubo de borracha e feche a saída do som pela campânula, para auscultar com a campânula, gire o tubo de borracha e feche a saída do som pelo diafragma.

Quando usar a campânula para examinar um paciente deve se ter o cuidado de não pressioná-lo com muita força, pois se não, serão auscultados sons de alta frequência e não de baixa frequência.

Antes de usar o estetoscópio no paciente aqueça a campânula ou diafragma com as mãos e faça a desinfecção com algodão e álcool a 70% das aurículas.

Preparo do examinador: Manter unhas aparadas e limpas, cabelos e franjas presos. Lavar as mãos respeitando a técnica de higienização correta, buscar posição cômoda.

Interação com o paciente durante o procedimento:

- Conferir o nome do paciente e o número do leito.
- Apresentar-se ao paciente, dizendo lhe seu nome e função.
- Explicar o que será realizado e qual a finalidade do procedimento.
- Solicitar a colaboração do paciente.

<ul style="list-style-type: none"> • Observar comunicação não-verbal, sinais de desconforto respiratório e dor.
<p>Preparo do paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando em decúbito dorsal horizontal (DDH), colocar um travesseiro apoiando a cabeça do paciente para maior conforto. • Expor o tórax, não expondo o paciente desnecessariamente. • Mamas volumosas podem dificultar o exame, sendo necessária deslocar mama esquerda.
<p>Anamnese (Hábitos, sinais e sintomas relacionados ao funcionamento do sistema cardíaco):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergunte a naturalidade, residência, profissão (ocupação); • Questione quanto a tratamentos anteriores (clínicos, cirúrgicos, procedimentos invasivos, como cateterismos e implantes de stents ou marcapasso); • Hábitos alimentares, medicamentos em uso (regular ou não), antecedentes pessoais (portador de HAS, DM, dislipidemia, tabagista (quantos cigarros fuma por dia), se é ou foi durante muito tempo sedentário, se é ou foi obeso, se está em faixa etária de risco (homens: mais de 40 anos / mulheres: mais de 45 anos), nível de stress, presença de anemia, etilismo e hipertireoidismo; antecedentes familiares: problemas cardíacos em parentes de 1º grau). • Em mulheres, investigar o uso de anticoncepcional hormonal e menopausa. • Questione quanto à dor torácica: com especial atenção às seguintes características: desconforto retroesternal, que irradia para mandíbula, ombro, braço, pescoço, caracterizada em aperto, pressão e queimação desencadeada por estresse físico ou emocional, presença de sudorese, dispnéia e náuseas.
<p>Realizar medida dos sinais vitais: pulso (vide anexo), frequência respiratória, temperatura axilar e pressão arterial.</p>
<p>Realizar medidas antropométricas: peso, altura, circunferências abdominal e maleolar e relação cintura – quadril.</p>
<p>Condições da pele e mucosa: avaliar na pele o turgor pinçando suavemente uma prega da pele e em seguida, soltando-a, verificando seu retorno; verifique coloração, umidade, temperatura e textura. Nas mucosas, avaliar coloração e hidratação.</p>
<p>Pressão venosa jugular: com o paciente no leito, eleve a cabeceira de 15 a 30 graus acima da horizontal, coloque uma régua verticalmente no ângulo esternal (ângulo de Lewis). Posicione uma espátula reta horizontalmente no ponto mais alto da veia jugular, para que cruze a régua num ângulo reto, e meça a distancia vertical acima do ângulo esternal. Se o topo das veias do pescoço estiver mais de 3 cm acima do ângulo esternal, a pressão venosa está anormalmente elevada.</p>
<p>Ascite: realize a percussão abdominal com o paciente em decúbito lateral, diferenciando o som timpânico do maciço, devido ao deslocamento do líquido para a parte mais baixa. Realize a medida da circunferência abdominal diariamente, com fita métrica passando pela linha da cicatriz umbilical, com o paciente em decúbito zero e dorsal horizontal (DDH).</p>
<p>Edema periférico: para avaliá-lo, realize inspeção observando aumento de volume, desaparecimento de proeminências ósseas e aparecimento de marcas de roupas e calçados. Pressione o seu indicador sobre a proeminência óssea da tíbia ou no maléolo medial por alguns segundos. Caso forme uma depressão, fica caracterizado o edema com cacifo.</p>
<p>Perfusão periférica: verifique a perfusão periférica pelo tempo de enchimento capilar, comprimindo as polpas digitais das extremidades, para que ocorra um esvaziamento da microvasculatura da região, liberando-a em seguida. Com a liberação da compressão, à</p>

medida que o leito microvascular é preenchido com sangue, readquire a coloração normal da pele circunvizinha. O tempo normal de enchimento capilar é de 02 a 03 segundos.

Inspeção:

- Pescoço: com o paciente em repouso, observar se há pulsações aórtica e carotídea;
- Precórdio: com o paciente em decúbito dorsal horizontal pesquise o *ictus cordis*.
- Epigastro: com o paciente em decúbito dorsal horizontal procure abaulamentos, pulsações e retrações.

Palpação:

- Precórdio: através da localização do 5º espaço intercostal à esquerda, na linha hemiclavicular, identifique o *ictus cordis* por meio da palpação e meça-o pelas polpas digitais, se palpável delimite sua extensão. Coloque o paciente em decúbito dorsal, ou lateral esquerdo, ou sentado com o tórax inclinado para frente. Com o paciente em uma dessas posições coloque a palma da mão no tórax do paciente (região precordial) com os dedos estendidos à procura da sensação tátil (frêmito).

Percussão:

- Comece percutindo a linha axilar anterior, movendo no sentido medial ao longo dos espaços intercostais, indo em direção as bordas.

Ausulta:

- Faça a desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%. Aqueça o diafragma do estetoscópio friccionando-o levemente em uma superfície de tecido. Verifique no estetoscópio biauricular se o som está sendo reproduzido pelo lado do diafragma.
- Tórax: realize a ausculta com o tórax descoberto e com o paciente relaxado. Mantenha o paciente em decúbito dorsal horizontal e posicione o diafragma do estetoscópio em cada um dos focos de ausculta (aórtico, pulmonar, tricúspide e mitral). Nos focos mitral e tricúspide auscultaremos B1 mais intensa do que B2 e nos focos aórtico e pulmonar auscultaremos B2 com maior intensidade do que B1. Pode se posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo para auscultar o foco mitral.

Avaliação do aparelho vascular periférico

Anamnese (Hábitos, sinais e sintomas relacionados ao funcionamento do sistema vascular).

- Pergunte: a profissão, o hábito do sono, prática de exercícios, uso de bebidas alcoólicas e fumo, presença de infecções recorrentes, acidentes que já sofreu, número de gestações, doenças nas quais ficou acamado por longos períodos, uso de anovulatórios, presença de hemorroida, presença de varicocele, diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, existência de doença cardíaca, se já sofreu acidente vascular cerebral, se tem diabetes, se já teve infarto agudo do miocárdio, se apresenta impotência sexual, se existem na família antecedentes hereditários de arteriosclerose.
- Dor: início (abrupto ou silencioso) marcha claudicante, relação com o repouso e atividade física, se contínua ou intermitente, fatores que melhoram e pioram.
- Edema: é mole ou duro, é uni ou bilateral, aparece em que horário do dia ou da noite, presença de varizes. Solicitar ao paciente que faça dorsoflexão do pé para

<p>verificar se a dor se torna mais intensa no nível da panturrilha (Sinal de Holmans)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura/Coloração: as extremidades estão mais frias ou mais quentes, acomete todo o membro ou apenas um dedo; apresentam embranquecimento, cianose ou rubor, manchas escuras que cursam com modificações da postura (elevação e pendência). • Presença de prurido ou formigamento, ardor, câibras noturnas. • Pesquise presença de frêmito (tátil) ou sopro no trajeto venoso.
<p>Inspeção:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Segmento cefálico: verificar a presença de batimentos anormais ou massas pulsáteis no corpo, tortuosidade da artéria temporal superficial e anisocoria. • Tórax e abdômen: presença de circulação colateral, abaulamentos pulsáteis. • Membros inferiores: coloração dos dedos dos pés, das unhas, presença de calos, queda de pelos, hipotrofia muscular, úlceras, gangrenas e veias dilatadas, presença de úlceras nos maléolos.
<p>Palpação:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Segmento cefálico: utilizando os dedos médio, indicador e anelar verificar o pulso, tensão e tortuosidade da artéria temporal superficial; e da artéria carótida comum e sua bifurcação (seguindo a borda anterior do músculo esternocleidomastóideo até o ângulo da mandíbula); palpar a artéria subclávia com os dedos anelar médio e indicador na fossa supra clavicular e o polegar na borda inferior da clavícula - os dedos devem ser posicionados como pinça, no terço médio da clavícula. • Membros superiores: com eles afastados, palpar o pulso axilar; com os dedos posicionados como pinça palpar a artéria braquial, pulso radial. • Membros inferiores: com o dorso da mão, verificar se há diferença de temperatura nos segmentos e comparar com os pontos simétricos ao lado oposto. Palpar a artéria femoral a dois centímetros abaixo do ligamento inguinal, no meio do caminho entre o púbis e as espinhas ilíacas anterossuperiores para ajudar, peça ao paciente flexionar os joelhos para o lado então pressione firmemente e depois solte lentamente, sentindo o pulso com as pontas dos dedos; artéria poplítea: coloca-se o paciente em decúbito dorsal, flete sua perna sobre a coxa e com as duas mãos circunscreve-se o joelho, os polegares e as mãos são introduzidas na fossa poplítea, procurando sentir a pulsação com a ponta do dedo; palpar a artéria pediosa ou tibial anterior(pulso superficial) segurando o pé do paciente e palpando entre o primeiro e segundo ou segundo e terceiro metatarsianos; palpar a artéria tibial posterior flexionando seus dedos ao redor do maléolo medial, a pulsação será sentida atrás dele, no sulco entre o maléolo e o tendão calcâneo.
<p>Ausculta:</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pescoço: auscultar as artérias carótidas, uma de cada vez, solicitando ao paciente que fique com a cabeça numa posição neutra, peça ao paciente que prenda a respiração enquanto você ausculta, aplique levemente a campanula do estetoscópio sobre a artéria carótida nos níveis: ângulo da mandíbula, área cervical média e base do pescoço; ausculte a artéria subclávia na fossa supraclavicular; ausculte a artéria axilar no fundo da fossa axilar e a artéria

braquial na borda interna do bíceps e em todo o seu trajeto até a prega do cotovelo.

- Abdomen: auscultar a aorta abdominal com o paciente em decúbito dorsal e posicionar a campanula sobre a linha mediana, desde o epigástrio até a cicatriz umbilical.
- Membros inferiores: auscultar as artérias femorais na face interna ou medial da coxa; auscultar a artéria poplítea com o paciente colocado em decúbito ventral com flexão da perna sobre a coxa, em ângulo reto, colocando-se o estetoscópio no cavo poplíteo.

Término do procedimento:

- Recompôr o paciente e sua unidade
- Lavar as mãos
- Realizar o registro do exame físico

Referências Bibliográficas:

- Barros ALBL, et al. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- Bickley, LS. Bates Propedêutica Médica - 8. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005.
- Brunner LS, Suddarth DS. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 2001. 2v.
- Henry M. Seidel... [et al.]. Mosby, guia de exame físico. Tradução de Luciane Faria de Souza Pontes – 6ª ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- Jarvis, C. Guia de exame físico para enfermagem – 5ª edição, Elsevier.
- Palomo, JSH. Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados. Barueri, SP: Manole, 2007.
- Machado, E.L.G. Propedêutica e semiologia em cardiologia. Caps 1, 2 e 4. – São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- Potter P. Fundamentos de Enfermagem. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7ª Ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.
- Woods, Susan L. Enfermagem em Cardiologia. Cap 10. Editora Manole, 2005.