

Actitud ante un soplo

Los soplos cardiacos son ruidos adicionales del corazón que se auscultan entre los dos ruidos cardiacos normales y que son producidos por las vibraciones de un flujo sanguíneo turbulento.

En sí mismo, **el soplo cardíaco no es un diagnóstico de una enfermedad, es un signo que se manifiesta al auscultar a un paciente.**

Estudio de un paciente con soplo

Una anamnesis y una exploración física cuidadosas pueden orientarnos hacia la etiología de los soplos ([Tabla 1](#)), entre las exploraciones complementarias el ECG, Rx Tórax, nos van a servir para orientar la severidad y el ecocardiograma para confirmar el diagnóstico y establecer la severidad del proceso. ([Fig 1](#))

Las dos características más importantes para orientar hacia la importancia del soplo van a ser: ([Tabla 2](#) y [3](#))

- **Intensidad del soplo**
Según la intensidad, los soplos se clasifican en 6 grados, los soplos de grado 3 o superior requieren estudio.
- **Localización del soplo en el ciclo cardíaco.**
La simple distinción entre un soplo sistólico o diastólico aporta una gran información desde el punto de vista diagnóstico.
Para distinguir entre un soplo sistólico o diastólico palparemos el pulso carotídeo mientras auscultamos coincidiendo la sístole con la palpación de la onda de pulso.

Tabla 1. Características clínicas y patología más frecuente.

Anamnesis y Exploración física	Patología
Angina, síncope e intolerancia al ejercicio	Estenosis aórtica
Angina, síncope, intolerancia al ejercicio, antecedentes de palpitaciones	Cardiomiopatía hipertrófica
Dificultad respiratoria, intolerancia ejercicio, palpitaciones y hemoptisis	Estenosis mitral
Dificultad respiratoria, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edemas de EEII e intolerancia al ejercicio	Insuficiencia mitral y aórtica
Antecedentes enfermedad febril o amigdalitis de repetición durante la infancia	Estenosis mitral

Actitud ante un soplo

Tabla 2. Características de los principales soplos sistólicos patológicos.

Patología	Auscultación	Irradiación	Características	Influencia maniobra Valsalva
SOPLOS DE EYECCIÓN				
EA	2º EICD	Área mitral y carótida derecha	Crescendo-decrescendo y fin antes 2º ruido. Puede presentar clic de eyección antes del soplo	Disminuye Aumento tardío tras Valsalva
EP	2º EICI	No irradian	Crescendo-decrescendo y fin antes 2º ruido. Puede presentar clic de eyección antes del soplo	Disminuye Aumento precoz tras Valsalva
SOPLOS DE REGURGITACIÓN				
IM	Punta	Axila y escápula izquierdas	Holosistólico	Disminuye Aumento tardío tras Valsalva
IT	4º EICI o xifoides	Región mamilar derecha	Holosistólico	Disminuye Aumento precoz tras Valsalva. Aumenta con inspiración
CIV	Borde esternal izquierdo	No irradia	Thrill	Disminuye Aumento tardío tras Valsalva

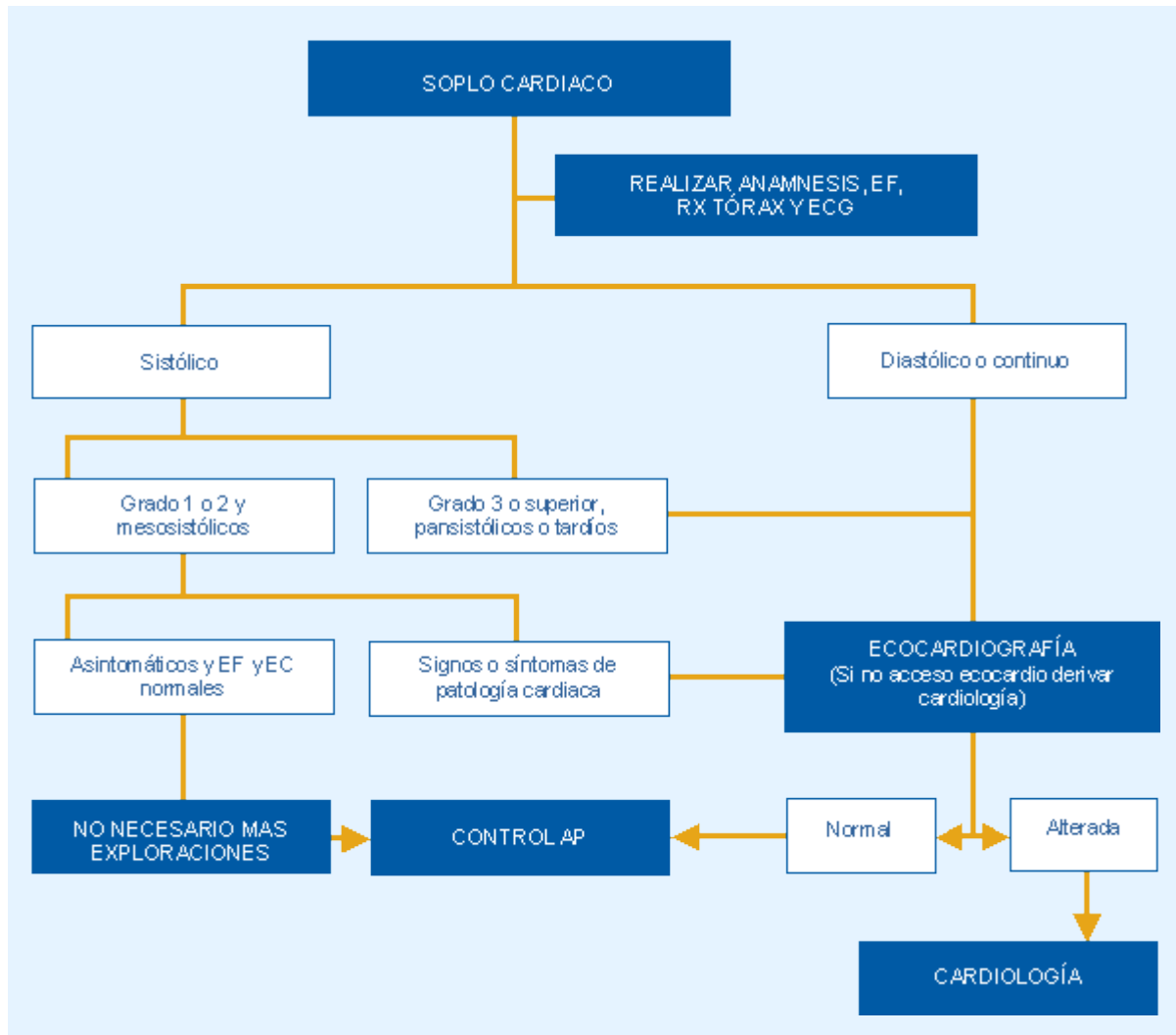
EA: estenosis aórtica. EICD: espacio intercostal derecho. EP: estenosis pulmonar. EICI: espacio intercostal izquierdo. IM: insuficiencia mitral. IT: insuficiencia tricuspídea. CIV: comunicación interventricular.

Tabla 3. Características principales soplos diastólicos.

Patología	Auscultación	Irradiación	Características	Influencia respiración
IA	Borde esternal izquierdo	No irradia	Decreciente. Inicio inmediatamente tras S2	Aumenta con espiración
IP	2º EICI	Borde esternal izquierdo	Decreciente. Inicio inmediatamente tras S2	Aumenta con inspiración
EM	5º EICI, apical	No irradia	Rudo, áspero, retumbante y sordo	Aumenta con espiración
ET	Borde esternal derecho	Zona superior-derecha abdominal	Rudo, retumbante y agudo	Aumenta con inspiración

IA: insuficiencia aórtica. IP: insuficiencia pulmonar. AM: estenosis mitral. ET: estenosis tricuspídea. EICI: espacio intercostal izquierdo.

Figura 1. Evaluación de los pacientes con soplos



Conflicto de interés

No declarados.

Autores

- Victoria Gosalbes Soler.
C.S. Salvador Pau (Valencia). [Grupo de Trabajo de Cardiovascular de la SVMFiC](#)
- Antonio fornos Garrigos.
C.S. Picanya. (Picanya). [Grupo de Trabajo de Cardiovascular de la SVMFiC](#)

Autor para correspondencia

- Victoria Gosalbes Soler
E-mail: vgosalbes@gmail.com

Bibliografía

1. Otto C, Shavelle D. Approach to the cardiovascular patient. ACP Medicine, 2005.
2. Zarco J, Nogales P. Anamnesis y exploración cardíaca en atención primaria (2). El Médico Interactivo. 2002 (acceso 2 de diciembre de 2008).
<http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema3/cardiaca.htm>
3. Shipton B, Wahba H. Valvular heart disease: Review and update. American Family Physician 2001; 63 (11): 2201-2208.