

Questões OSCE

Se apresentar, perguntar o nome do paciente, lavar as mãos antes de tocar no paciente, quando acabar e explicar o procedimento em todos!

1. Expansibilidade

Paciente sentado, tórax desnudo

Mãos espalmadas, encostar os polegares sobre a linha vertebral e pedir para o paciente respirar profundamente

Fazer no ápice (demais dedos nas fossas supraclaviculares), base (outros dedos recobrindo gradil costal) e entre, verificar se há assimetria entre os campos pulmonares e entre terços pulmonares

2. Frêmito toracovocal

Mais acentuado à direita e nas bases

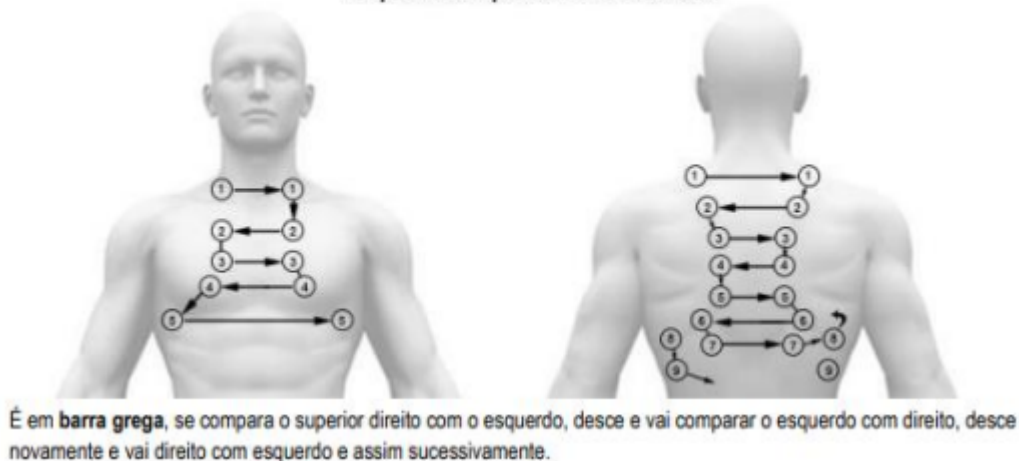
Paciente sentado, tórax desnudo

Pedir para o paciente falar 33 ou falar uma vogal por alguns segundos

Movimentação da mão em J

Comparar regiões homólogas

Sequência de percussão e ausculta:



3. Complacência pulmonar

Paciente sentado, tórax desnudo

Mãos pressionando o tórax, pulmão tem que vencer a resistência - faço pressão com a da frente > relaxo e vejo se o pulmão volta ao normal

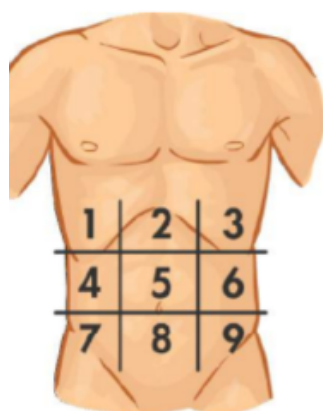
4. Divisão do abdome

- 4 quadrantes

Linhas médio esternal e transumbilical, superiores e inferiores (D e E)

- 9 quadrantes

Linhas hemiclaviculares de cada lado, linha do plano subcostal (abaixo da 10° costela) e linha do plano intertubercular (liga tubérculos ilíacos)



Regiões do abdome

1. Hipocôndrio direito
2. Epigástrico
3. Hipocôndrio esquerdo
4. Flanco direito
5. Mesogástrico
6. Flanco esquerdo
7. Fossa Ilíaca direita
8. Hipogástrico
9. Fossa Ilíaca esquerda



HIPOCÔNDRIO DIREITO: fígado, rim direito, ângulo direito do cólon, vesícula biliar

EPIGÁSTRICO: estômago, piloro, cárdia, fígado, cólon transverso, aorta, plexo celíaco

HIPOCÔNDRIO ESQUERDO: baço, rim esquerdo, ângulo esplênico do cólon, pâncreas

FLANCO DIREITO: cólon ascendente, terço inferior do rim direito

MESOGÁSTRICO: grande epíplon, intestino delgado, cólon transverso, pélvis renais e ureteres, gânglios mesentéricos, aorta abdominal, cava inferior

FLANCO ESQUERDO: cólon descendente, terço inferior do rim esquerdo

FOSSA ILÍACA DIREITA: apêndice, ceco, íleo terminal, psoas direito

HIPOGÁSTRICO: bexiga, útero, intestino delgado, cólon sigmoide

FOSSA ILÍACA ESQUERDA: cólon sigmoide, psoas esquerdo

5. Hepatimetria

Paciente em decúbito dorsal, abdome desnudo

Pedir para o paciente se deitar e levantar a blusa, identificar o tamanho do fígado através do som percutido (maciço, visceral maciça)

Começar de cima para baixo

Achado: som maciço

Fígado: 5º EICD até RC, hipocôndrio D, sem alteração de tamanho

6. Espaço de Traube

Percussão: paciente em decúbito dorsal, abdome desnudo, espaço livre som timpânico

Palpação: habitualmente não é palpável

7. Reflexos pupilares

. Reflexo foto-motor (miose em reação a luz) e consensual (miose também no olho não iluminado) - pede para o paciente posicionar a mão no meio do nariz, servindo como anteparo (oculomotor - miose)

. Reflexo corneano: toca a córnea com mecha de algodão, piscar bilateral (AF: trigêmeo, EF: facial)

Descrição fisiológica: reflexo pupilar preservado

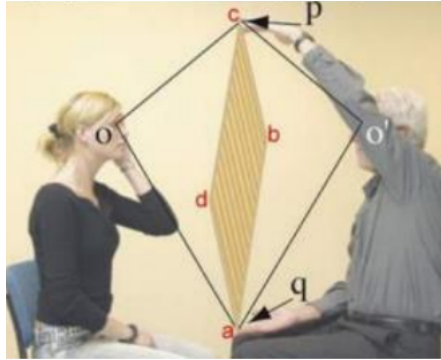
8. Campo visual / campimetria

Até onde o paciente consegue enxergar

Central e periférico

Cada olho individualmente

Pede para o paciente olhar fixo para seu nariz e avisar quando para de enxergar seus dedos. Movimentação dos dedos formando um losango (cima-baixo, direita-esquerda) e um semicírculo ao redor da cabeça do paciente.



9. Acuidade visual

Tabela de Snellen

Ou:

- Avaliar cada olho separadamente, o que não está sendo avaliada fica tapado
- Pede para o paciente olhar fixamente para um ponto (ex: seu nariz) identificar quantos dedos o médico mostra em cada um dos campos (olho dividido em 4 quadrantes).

10. Pescoço

Inspeção estática e dinâmica - descrição: formato normal, simétrico, sem depressão ou abaulamento, com mobilidade preservada, sem alteração visível de vasos ou linfonodos, tireoide simétrica e sem alteração de tamanho (pedir para o paciente deglutir para visualizar, sem esse procedimento invisível à inspeção)

Palpação - descrição: indolor à palpação com linfonodos não palpáveis/palpáveis em alteração (descrever linfonodo), mobilidade da traqueia preservada, **tireoide** sem alteração no tamanho (2-3cm), simétrica, superfície regular, sem nodulação, indolor à palpação, móvel, fibroelástica

> Palpação da tireoide: na frente do paciente, pedir para o paciente deglutir, localizar (tireoide - ligamento cricotireóideo - cricóidea - istmo - achou), palpar com polegares com outros dedos no pescoço, lateralizar para palpar lobos D e E.

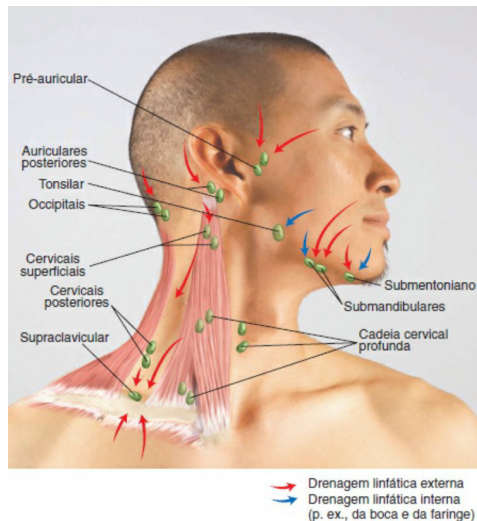
Ausculta: sem presença de sopros na artéria carótida ou na glândula tireoide, sons traqueais normais (passagem de ar)

11. Linfonodo

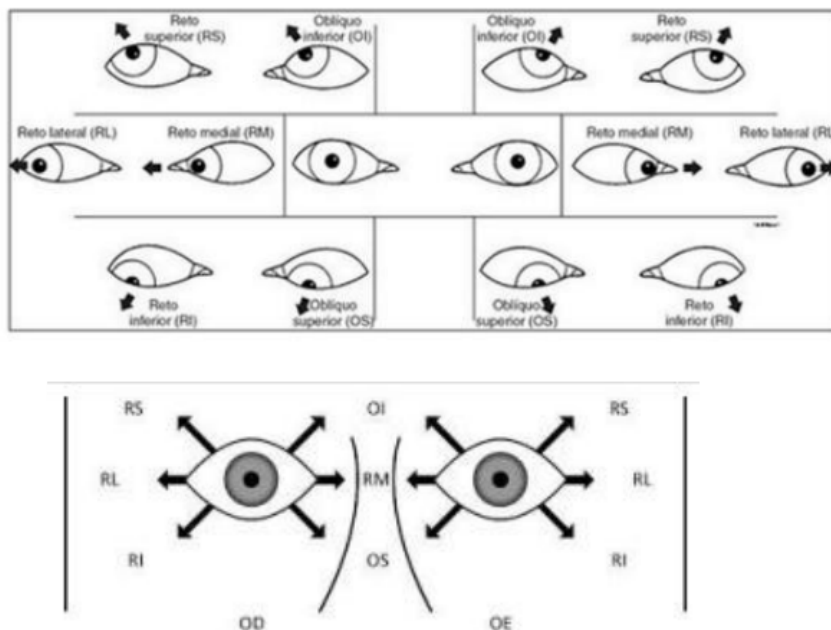
Examine de frente ou de lado ao paciente. Ordem palpação: preauricular > retroauricular > occipital > tonsilar > sub-mandibular > sub-mentoniano > cervicais (superficial, profundo, posterior) > supraclavicular > infraclavicular > axilar > epitroclear > inguinal > poplíteo

Explicar para o paciente: agora vou palpar seus linfonodos para verificar como eles estão, estruturas importantes na imunidade do nosso corpo

Descrição fisiológica: localize primeiro - ou não palpável ou palpável (móvel, indolor à palpação, sem alteração na temperatura, fibroelástico, tamanho, sem confluência



12. Avaliar movimento ocular extrínseco



Nervos - movimento extrínseco olho

Troclear: oblíquo superior

Abducente: reto lateral

Oculomotor: resto

Testar cada par: pedir para o paciente acompanhar o dedo do médico com os olhos (cabeça parada). Dedo do examinador faz um asterisco (para cima e para baixo, para um lado e para o outro e nas diagonais - testar todos os músculos envolvidos no movimento, logo cada par nervoso)

Se atentar para movimentos conjugados (ex: para olhar para direita, o olho direito aciona uma musculatura diferente do esquerdo)

Explicar para o paciente: dá as orientações, exame para avaliar a musculatura ocular

Descrição fisiológica: movimentos extrínsecos dos olhos direito e esquerdo preservados

13. Palpação do fígado -

. Bimanual / Lemos Torres

Paciente em decúbito dorsal, abdome desnudo

Mão esquerda na região lombar direita, pede para o paciente inspirar fundo, na inspiração mão direita pressiona como se estivesse entrando no rebordo costal.

. Em garra / Mathieu

Paciente em decúbito dorsal, abdome desnudo

Mãos entrando no rebordo costal

Descrição fisiológica: não palpável ou, se for palpável, borda fina, fibroelástico, indolor, sem nodulação e sem hepatomegalia.

14. Palpação do baço

Decúbito dorsal na inspiração ou posição de Shuster (decúbito lateral D com MIE flexionado - Mathieu-Carderelli (garra) ou Bimanual

Faz à direita

Descrição: fisiológico não palpável

15. Manobra de Rovsing

Paciente em decúbito dorsal

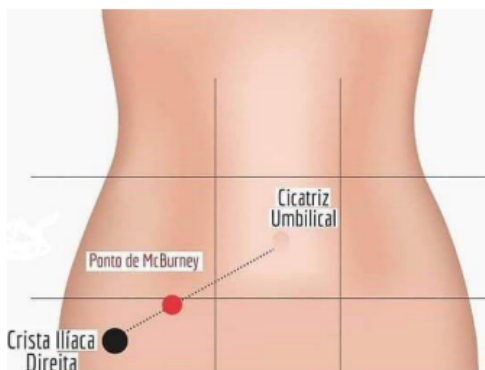
Dor em fossa ilíaca direita (QID) ao se comprimir o ceco.

Apendicite

16. Sinal de Blumberg

Paciente em decúbito dorsal

Compressão no ponto de McBurney ($\frac{1}{3}$), dor à descompressão desse ponto



17. Sinal de Murphy

Decúbito dorsal

Dor ao inspirar fundo na compressão do ponto cóstico

Cruzamento linha hemiclavicular direita com rebordo costal



18. Focos ausculta cardíaca

Foco Aórtico (valva aórtica): segundo espaço intercostal na linha paraesternal direita.

Foco Pulmonar (valva pulmonar): segundo espaço intercostal na linha paraesternal esquerda.

Foco aórtico acessório (melhor local para ausculta da Insuficiência Aórtica): terceiro espaço intercostal na linha paraesternal esquerda.

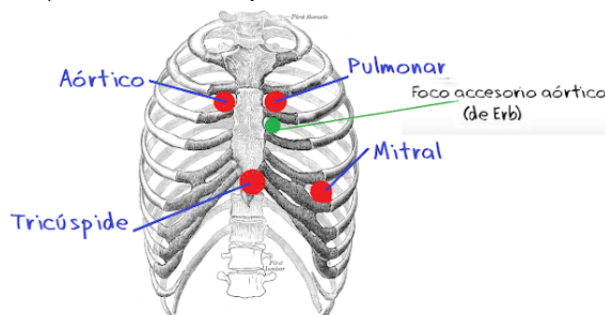
Foco tricúspide (valva tricúspide): borda esternal esquerda inferior.

Foco mitral (valva mitral): quinto espaço intercostal na linha hemiclavicular esquerda.

Descrição: 1ª e 2ª bulhas normofonéticas e rítmicas, sem presença de sopros, desdobramentos nem atritos pericárdicos.

B1 ↑ foco tricúspide e mitral

B2 ↑ foco aórtico e pulmonar



19. Aferir pressão arterial

Perguntar ao paciente: veio andando ao posto ? fez algum esforço físico nos últimos 15 minutos ? Fumou ? Bebeu café, álcool ou energético? Está com vontade de urinar ? Tem hiper ou hipotensão arterial ?

- Colocar em sedestação, coluna reta, pés descruzados e apoiados no chão > braço apoiado alinhado com o coração e palma para cima. Pede para o paciente não falar, explica que não demora nem dói, só aperta um pouquinho.

- Localização da artéria braquial. Esfigmomanômetro 2 dedos acima da dobra do cotovelo (manguito ocupa 40% da distância entre o acrômio e o olecrano e a bolsa plástica 80% da circunferência do braço)

- Palpar pulso radial > insuflar o manguito até o desaparecimento > aumentar mais 20 a 30 mmHg > desinflar e esperar 15 segundos

- Colocar estetoscópio sobre a art braquial (fossa antecubital)

- Fechar a válvula da pêra e insuflar a 30 mmHg acima da pressão palpatória > soltar de 2 a 3 mmHg por segundo > determinar a fase I (PS) e V (PD)

- Esperar um minuto para realizar de novo e tirar média se forem muito diferentes
- Medir a pressão de ambos os lados e registrar a maior pressão
- Informar valor ao paciente

20. Cálculo IMC

Peso (kg) / quadrado da altura (m)

IMC	CLASSIFICAÇÃO
Até 18,4	Baixo peso
18,5 até 24,9	Peso adequado
25- 29,9	Sobrepeso
30-34,9	Obesidade grau I
35-39,9	Obesidade grau II
Acima de 40	Obesidade grau III

21. Medida circunferência abdominal e avaliar risco de doença metabólica

Circunferência: ponto médio última costela e bordo superior da crista ilíaca na expiração

Sexo	Ideal	Risco aumentado	Risco muito aumentado
Feminino	Menor 80 cm	De 80 a 88 cm	Maior 88 cm
Masculino	Menor 94 cm	De 94 a 102 cm	Maior 102 cm

22. Perímetro quadril

Paciente em ortostase

Região de maior tamanho do glúteo

H < 0,9 / M < 0,8

23. Inspeção estática do tórax

Sedestação, tórax desnudo

Formato do tórax – normal, infundibuliforme (escavado), em tonel, cariniforme (saliência), cifótico (corcunda)

Desvio de coluna - escoliose, cifose (corcunda), lordose (entrada profunda lombar)

Abaulamento, depressão, simetria, diâmetro ântero-posterior < transversal (1:2)

24. Inspeção dinâmica do tórax

Padrão respiratório - eupneico, taquipneico, bradpneico, dispneico (tiragem, intercostal, retração esternal, aleteo nasal, gemido), frequência respiratória

25. Palpação do tórax

Geral (nodulação, pontos dolorosos, crepitações), complacência, expansibilidade e frêmito TV

26. Percussão do tórax

Som claro pulmonar

Submaciço no precórdio

Também em J, comparar áreas homólogas

Pesquisa de mobilidade diafragmática – pede para o paciente inspirar profundamente e prender > percutir pulmão até local que ficar maciço e marcar > pedir para fazer expiração profunda e marcar – a distância em uma pessoa normal fica entre 3 e 5,5 cm bilateralmente

27. Ausculta do tórax

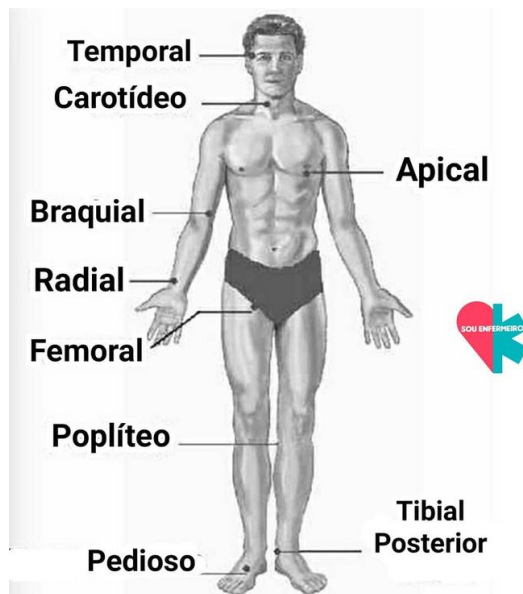
Pedir ao paciente que faça inspirações e expirações profundas com a boca entreaberta e sem fazer nenhum barulho

Comparar regiões homólogas, ápice x base

Murmúrio vesicular – som normal – presente, ausente ou diminuído

Descrição: murmúrios vesiculares normofonéticos

28. Verificação de pulsos



Localização: carótida, radial, braquial, femoral, poplíteia, pedioso, tibial posterior

Verificar nos dois lados para ver se tá simétrico

Descrição do pulso: localização, com ritmo regular, normosfigmo (FC), amplo sem alteração na dureza, simétrico.

* Pulso da jugular é visível, mas não é palpável.

29. Percussão ascite

Pesquisa de macicez móvel – pede para o paciente ficar de lado e o líquido vai se acumular nessa região

Semicirculo de Skoda

Sinal de piparote – dá um piteleco com uma mão e na outra sente a ondulação formada pelo líquido, com 3ª mão fazendo pressão no meio

30. Percussão rim

Giordano - punho percussão

Dor

31. Percussão abdome

Geral: percute porra toda, predomínio timpânico (fígado maciço, bexiga se estiver cheia pode ficar submaciça)

Específica: faz hepatimetria e traube

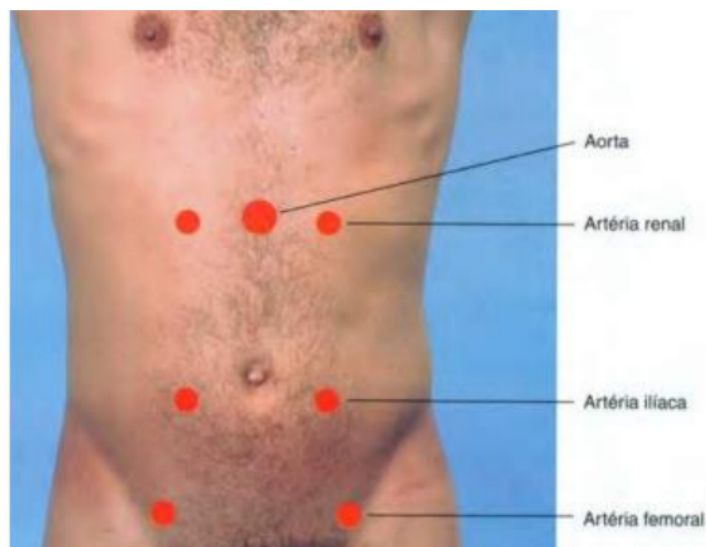
32. Ausculta abdome

Decúbito dorsal, abdome desnudo

Pedir para paciente deitar e levantar a camisa para auscultar o seu abdome, verificar se os sons abdominais estão normais e fluxo das artérias.

Auscultar cada quadrante de 1 a 2 minutos, ruídos hidroaéreos (estalidos e gorgolejos), de 5 a 34 por minuto, avaliar a continuidade

Auscultar Artéria aorta abdominal, renais, ilíacas e femorais – pode-se achar sopros



Descrição fisiológica: Ruídos hidroaéreos presentes e normais, sem presença de sopros nas artérias auscultadas

33. Avaliação geral do sistema cardiovascular: pele e mucosas sem alteração de

coloração, sem edemas

Inspeção precórdio

Paciente desnudo

Descrição: simétrico, sem abaulamentos, retrações, malformações

Ictus visível ? – 5º EIE na linha hemiclavicular

34. Palpação ictus cordis

= propulsão do VE nas contrações

Palpação com polpas digitais, geralmente no 5º espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular

Descrição: ictus não palpável ou palpável no 5º EIE/LMC, mobilidade preservada, impulsivo +/-4, tamanho (1 polpa digital), $\frac{1}{3}$ da sístole

35. Palpação do abdome

Explicar que vai palpar, pedir para sinalizar pontos dolorosos

Superficial (1 mão) e profunda (2 mãos)

Abdome plano e flácido, sem sinal de peritonite, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias e nodulações.

36. Testar equilíbrio do paciente

Romberg - paciente em posição ereta, braços estendidos ao lado do corpo, com os pés juntos com abertura de 30°. Pede para fechar os olhos depois. Se quiser sensibilizar dá um toque (avise ao paciente e afirme que está ao lado dele)

Romberg-Barré - colocar os pés um adiante do outro diminuindo a base de sustentação. Pede para fechar os olhos depois. Se quiser sensibilizar dá um toque (avise ao paciente e afirme que está ao lado dele)

Para os testes de Romberg e Romberg-Barré, examinador deve estar próximo ao paciente pronto para segurá-lo em iminência de queda

Marcha de Fukuda: Paciente marcha sem sair do lugar, sensibiliza fechando o olho

Descrição: equilíbrio preservado, sem alteração

37. Testar força muscular

Na ordem: de cima p baixo

Flexão, extensão, abdução e adução. Primeiro de forma passiva, depois contra-resistência (examinador faz força contrária ao movimento)

- Apertar o dedão ou mão do examinador
- Levantar braço
- Abdução braço
- Tríceps para estender, bíceps para flexionar
- Examinador segura dedo e paciente puxa
- Flexão e extensão do punho
- Pedir para paciente afasta dedos da mão contra resistência
- Polegar do paciente encaixado no indicador do examinador, paciente faz força para baixo
- Flexão e extensão de quadril
- Flexão e extensão de joelho
- Dorsi e plantiflexão

Descrição fisiológica: força muscular grau 5, executando movimentos contra gravidade e resistência

38. Testar coordenação motora

-Manobra calcanhar-joelho

Decúbito dorsal, tocar joelho oposto com o calcanhar, primeiro de olho aberto, depois de olho fechado.

Sensibilizar: deslizar calcanhar pela crista tibial depois de tocar no joelho

-Prova dos movimentos alternados

Realizar mov alternados rapidamente

Capacidade de realizar: eudiadococinesia

-Índex-naso

MS em total abdução, indicador em extensão, tocar a ponta do indicador na ponta do próprio nariz. Com e sem controle visual. Testar separadamente

-Índex-naso-índex

Paciente toca ponta do nariz > indicador do examinador > ponta do nariz

Examinador movendo seu indicador para diferentes posições ao longo do teste (paciente com olho aberto!). Testar separadamente

Descrição: coordenação motora preservada

39. Sinais meníngeos

Rigidez de nuca: decúbito dorsal, flexão do pescoço de forma passiva (examinador que flexiona)

Brudzinski: decúbito dorsal, flexão espontânea de quadril e joelho ao examinador flexionar pescoço do paciente

Kernig: decúbito dorsal, dor ao extensão da perna estando a coxa fletida em ângulo reto sobre a bacia

Lasègue: decúbito dorsal, membros inferiores estendidos, o examinador levanta um dos membros inferiores estendido = dor

40. Tempo de enchimento capilar < 3 s

Perfusão periférica

41. Reflexos exteroceptivos/superficiais

Estímulo na pele

- Cutâneo-plantar

Decúbito dorsal, com os membros inferiores estendidos, o examinador estimula superficialmente a região plantar, próximo à borda lateral e desliza no sentido posteroanterior, fazendo um leve semicírculo na parte mais anterior.

Babinski + quando dorsiflexão

- Cutâneo-abdominal

Decúbito dorsal, abdome relaxado e desnudo. Estimular abdome em 3 níveis (superior T6/T9, médio T9/T11, inferior T11/T12) provoca leve deslocamento da cicatriz umbilical para o lado estimulado.

- Cremasteriano

42. Reflexos propioceptivos/profundos/miotáticos

Estímulo feito no tendão do músculo examinado

■ Arreflexia ou reflexo abolido: 0

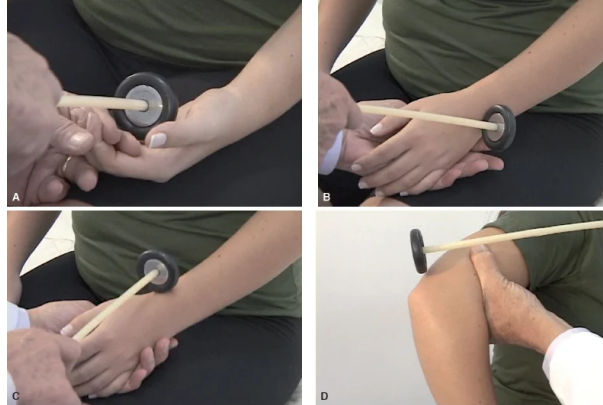
■ Hiporreflexia ou reflexo diminuído: —

■ Normorreflexia ou reflexo normal: +

■ Reflexo vivo: ++

■ Hiper-reflexia ou reflexo exaltado: +++.

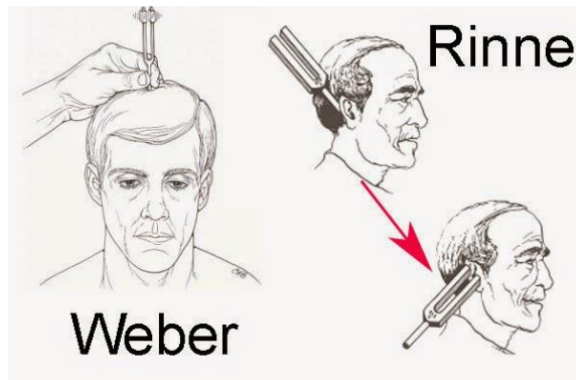
- Aquileu: tríceps sural, tendão do calcâneo, flexão do pé
- Patelar: quadríceps, tendão rotuliano, extensão da perna
- Flexor dos dedos: flexor dos dedos, face anterior do punho, flexão dos dedos
- Bicipital: bíceps, tendão distal do bíceps (dobra do cotovelo), flexão do antebraço
- Tricipital: tríceps, tendão distal do tríceps, extensão do antebraço
- Estilorradial: músculos flexores da mão e do dedo, apófise estilóide do rádio, músculo braquiorradial com flexão e supinação do antebraço



43. Teste pares cranianos

- I. Olfatório, teste sensitivo com cheiros, avaliar uma narina de cada vez com olhos fechados
- II. Óptico, sensitivo, acuidade visual, campo visual, reflexo pupilar
Acuidade: Snellen e campimetria
- III. Oculomotor, motor, movimento extrínseco do olho, elevar pálpebra, reflexo pupilar (contração pupilar - mobilidade intrínseca)
- IV. Troclear, motor, movimento extrínseco do olho - oblíquo superior (diagonal inferior)
- V. Trigêmeo, misto, reflexo córneo-palpebral, mastigação, sensitiva anterior na cabeça
Pedir para paciente morder abaixador de língua (um de cada lado) e puxar + lateralização da mandíbula.

- VI. Abducente, movimento extrínseco do olho
- VII. Facial, misto, paladar anterior, mímica (pedir para paciente fazer careta - franzir a testa, fechar olho enquanto tento abrir, mostrar os dentes sem abrir a boca), inflar a boca
- VIII. Vestibulococlear, sensorial, equilíbrio e audição
 Atrito suave das polpas digitais próximo à orelha
 Teste de Weber (diapasão em proeminência óssea no meio do crânio, avaliar audição e se há simetria) e Rinne (diapasão no processo mastóide, quando o paciente parar de escutar, colocá-lo no ar próximo ao ouvido e pedir para paciente avisar quando parar de ouvir, escutar condução no ar demora mais que no sólido)
 Audição sem alteração, simétrica, Rinne positivo



- IX. Glossofaríngeo, misto, paladar posterior, deglutição
 Paciente abrir a boca e falar “aaah” e visualizar motilidade do palato
- X. Vago, misto, deglutição, fonação
 Paciente abrir a boca e falar “aaah” e visualizar motilidade do palato
- XI. Acessório, motor, ECOM e trapézio
 Pedir para o paciente rotacionar cabeça e levantar os ombro
- XII. Hipoglosso, motor, movimentos da língua
 Pedir para paciente colocar língua para fora e lateralizar-lá