

EXAME FÍSICO PULMONAR

Elaborado pelas Enfermeiras Especialistas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica: Carla Roberta Monteiro, Eliane Vitoreli Parreira, Rosely da Silva Matos Liberatori, Simone de Assis Nunes e Vanessa Gomes de Miranda

PLANEJAMENTO DO EXAME FÍSICO
Preparo do material:
Abaixador de língua; Álcool 70%; Algodão; Biombo (se necessário); Bloco de anotações; Estetoscópio biauricular; Lanterna. Lápis; Luva de procedimento (se necessário); Relógio com marcador de segundos; Régua pequena em centímetros; Caneta para marcação.
Preparo do ambiente:
Promover privacidade.
Possuir iluminação adequada.
Favorecer tranquilidade e silêncio (sons graves e sutis são difíceis de ouvir).
Preparo do examinador:
Lavar as mãos respeitando a técnica de higienização correta.
Buscar posição cômoda.
Manter unhas aparadas e limpas.
Aquecer as mãos e o estetoscópio antes de tocar no paciente
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 procedimento que será realizado e qual sua finalidade.
Solicitar a colaboração do paciente.
Observar comunicação verbal e não verbal, sinais de desconforto respiratório e dor.
Exame Físico das Estruturas Respiratórias Superiores
Inspecionar nariz externo.
Solicitar ao paciente que incline a cabeça para trás. Examinar mucosa (cor, edema, exsudato e sangramento) e septo (presença de desvio, perfuração ou sangramento).
Palpar os seios frontais e maxilares (quanto à sensibilidade). Utilizar os polegares, aplicando uma leve pressão no sentido ascendente até bordas supra orbitais (seios frontais) e na área das maxilas adjacentes ao nariz (seios maxilares).

Examinar cavidade oral, solicitando ao paciente que abra a boca amplamente e faça uma respiração profunda. Se for necessário, utilizar um abaixador de língua para visualizar a faringe, pressionando-o firmemente e com cuidado, de modo a não provocar o reflexo de vômito.
Palpar a traqueia, posicionando os dedos sobre cada lado, acima do ângulo do esterno, deslocando-a suavemente.
Preparo do paciente
Expor o tórax, não expondo o paciente desnecessariamente.
Quando possível, manter o paciente sentado.
Se necessário, deslocar mamas volumosas durante o exame.
Exame Físico das Estruturas Respiratórias Inferiores
Inspeção:
<i>Inspeção estática:</i>
Observar condições da pele (coloração, integridade, cicatriz, distribuição de pêlos, presença de circulação colateral, abaulamentos, retrações e turgor).
Atentar presença de cianose (pele, mucosas e leito ungueal).
Verificar forma do tórax (diâmetro anteroposterior deve ser menor que transversal).
<i>Inspeção dinâmica:</i>
<u>Aferir Frequência Respiratória:</u> Posicionar o paciente confortavelmente, certificando-se que o tórax do paciente esteja visível (se necessário, remover lençol ou roupa). Avaliar a respiração, logo após determinar a frequência de pulsação, com sua mão ainda posicionada no pulso do paciente enquanto este repousa sobre o tórax ou abdome. Não permitir que o paciente saiba que você está avaliando a respiração (pode alterar a frequência e profundidade). Observar um ciclo respiratório completo (uma inspiração e uma expiração). Olhar para o relógio e começar a contar a frequência após a observação do ciclo. O intervalo de tempo começa a ser registrado, contando como número um a primeira elevação do tórax. Contar o número de respirações durante 60 segundos.
Avaliar profundidade dos movimentos respiratórios (<i>amplitude</i> superficial ou profunda)
Avaliar <i>ritmo</i> .
Atentar para o uso de musculatura acessória e batimento de asa de nariz.
Palpação:
Verificar temperatura cutânea do tórax, com o dorso das mãos, comparando-a com a do lado oposto.
Realizar a palpação direta com a ponta dos dedos (lesão de pele e subcutâneo) ou com a palma da mão (lesão profunda).

Avaliar simetria, amplitude dos movimentos e expansibilidade:

Ápices pulmonares: Posicionar-se atrás do paciente, colocando as mãos espalmadas nas regiões dos *ápices*, de modo que os polegares se toquem em ângulo quase reto no nível da vértebra mais proeminente. Os demais dedos permanecem justapostos e semifletidos. Solicitar ao paciente que respire fundo e observar movimentação simétrica de suas mãos.

Bases pulmonares: Posicionar-se atrás do paciente, colocando as mãos espalmadas na região do *rebordo costal*. Os polegares devem ficar voltados para cima e para fora, na linha média sobre a coluna, formando uma prega cutânea. Os demais dedos devem permanecer estendidos e justapostos, procurando envolver a área correspondente às bases. Solicitar ao paciente que respire calmo e profundamente, observando o deslocamento de suas mãos que devem ser para cima e para fora simetricamente. Faça o mesmo de frente para o paciente, colocando seus polegares ao longo da borda costal e do processo xifoide, com suas palmas tocando a parte anterolateral do tórax.

Frêmito tátil: *Mais proeminente entre as escápulas e próximo ao esterno.*

Realizar a palpação colocando a superfície palmar dos dedos, comparando simetricamente, do topo até a base, face anterior, posterior e lateral (usando as duas mãos ou apenas uma das mãos). Aplicar toque firme e suave, pedindo ao paciente para dizer “trinta e três” ou “um-um-um”.

Percussão

Obs: *a percussão permite detectar somente alterações que ocorrem na parede torácica, no espaço pleural e na periferia do pulmão (anormalidades situadas além de 05 cm de profundidade da parede torácica não são detectadas por este método).*

Iniciar pelos ápices, fazendo a percussão dos espaços intercostais, comparando simetricamente os dois lados, descendo por toda a região do pulmão. Percutir a intervalos de 5 cm. Evitar as escápulas e as costelas.

Solicitar ao paciente que incline a cabeça para frente e cruze os braços sobre o tórax (deslocamento da escápula para maior exposição do pulmão) para avaliar face posterior. Solicitar ao paciente que levante os braços acima da cabeça para avaliar face anterior e lateral. Considere a maciez cardíaca (em geral no nível do terceiro espaço intercostal esquerdo) e a hepática (nível do quinto espaço intercostal direito, linha médio clavicular.). Considerar timpanismo sobre o espaço gástrico à esquerda.

Excursões Diafragmáticas: Para a mensuração desta, solicite ao paciente que respire fundo e prenda a respiração. Percuta ao longo da linha escapular até localizar a borda inferior, ponto onde o som claro atimpânico dá lugar à maciez. Marque este ponto com uma caneta. Permita que o paciente respire e repita o procedimento no outro lado. Solicite ao paciente que respire várias vezes, para expirar o máximo possível, para enfim, prender a respiração. Percuta para cima e faça outra marca na mudança do maciço para claro e atimpânico. Não se esquecer de orientar o paciente para recomeçar a respirar. Repita do outro lado. Mensurar a diferença encontrada (normal entre 3 e 5 cm).

17.0 Ausculta

Realizar desinfecção das olivas e do diafragma do estetoscópio com algodão embebido em álcool a 70%. Aquecer diafragma do estetoscópio friccionando-o levemente em uma superfície de tecido limpa. Verificar no estetoscópio biauricular se o som está sendo reproduzido pelo lado do diafragma.

Utilizar padrão simétrico para comparar sons pulmonares em uma região de um lado do corpo com os sons da mesma região do lado oposto, sempre dos ápices em direção às bases pulmonares.
Instruir o paciente a respirar pela boca, um pouco mais profundo que o usual.
Colocar o estetoscópio firmemente sobre a pele, entre as costelas.
Ouvir uma inspiração inteira e uma expiração a cada posição que o esteto é colocado.
Atentar para o surgimento de sinais de hiperventilação e permitir que o paciente descanse durante a realização do exame, sempre que necessário. Se o paciente sentir tontura, orientar a prender o fôlego por alguns segundos para restaurar o equilíbrio.

Parede anterior: Sentar o paciente (se tiver condições) a fim de maximizar a expansão torácica. Auscultar desde as áreas supra claviculares (ápices) até a 6ª costela (bases).

Parede posterior: Pedir ao paciente que dobre os braços em frente ao tórax e mantenha a cabeça inclinada para frente. Auscultar desde os ápices (próximo C7) até as bases (perto T10).

Parede lateral: paciente deve colocar os braços acima da cabeça. Auscultar desde as axilas até 7ª ou 8ª costela.

Se detectado anormalidade no frêmito tátil ou na ausculta: Fazer teste de ressonância vocal. Para tanto, colocar o estetoscópio nos mesmos locais anteriormente utilizados para avaliar os sons respiratórios. Pedir ao paciente para dizer “trinta e três” com tom de voz normal. Normalmente o som é abafado.

Nota 1: Sons respiratórios normais

Som Brônquico ou Traqueal: Normalmente audível sobre a área de projeção da traqueia e laringe.

Som Broncovesicular: Som misto, localizado sobre os brônquios maiores, normalmente pode ser ouvido nas regiões interescapular (principalmente a D) e perto do esterno, no 1º e 2º espaço intercostal.

Som ou Murmúrio vesicular: Audível normalmente em todo o tórax, sendo mais audível nas bases. Localizado sobre os campos pulmonares periféricos, nos bronquíolos e alvéolos menores.

Nota 2: Ruídos adventícios (sons anormais)

Crepitantes, subcrepitantes, roncos, sibilos e atrito pleural. Quando auscultados devem se observar a intensidade, timbre, duração e localização.

Som claro pulmonar: Som esperado na percussão do parênquima pulmonar.

Ressonante: excesso da quantidade de ar em relação à quantidade de tecido.

Timpânico: som exageradamente ressonante, semelhante ao som que é produzido ao se percutir uma víscera oca.

Submaciço ou Maciço: som curto e seco, dependendo do grau de ressonância (ocorre quando a quantidade de ar está reduzida).

Nota 3: Anotação de enfermagem

Na anotação, quando o indivíduo encontra-se com os sons pulmonares sem alteração, usualmente é utilizado: Murmúrios Vesiculares presentes sem Ruídos Adventícios (MV+ sem RA).

Recompor o paciente e sua unidade

Lavar as mãos

Realizar o registro do exame físico

Bibliografia Consultada:

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.

Jarvis, C. Guia de exame físico para enfermagem – Guia de Bolso. 5ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

Mosby, guia de exame físico. Tradução de Luciane Faria de Souza Pontes – 6ª ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

Palomo, JSH. Enfermagem em Cardiologia: cuidados avançados. Barueri, SP: Manole, 2007.

Potter P. Fundamentos de Enfermagem. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento, et al. 7ª Ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2009.