

Caso 014 – Chiado

Criança de 3 anos e 6 meses, do sexo masculino, é levado por sua mãe ao ambulatório da SCCD/UFVJM com queixa de tosse, falta de ar e chiado quando corre, pula ou realiza brincadeiras mais agitadas. Durante a anamnese constatou-se que esses episódios de sibilância, dispneia e tosse eram induzidos tanto pelo exercício quanto por infecções respiratórias. A mãe relata que não é sempre que o exercício desencadeia esses sintomas, porém eles ocorrem cerca de duas vezes ao mês e, quando induzidos pelo exercício, não estão acompanhados por obstrução nasal, espirros ou cefaleia e melhoram espontaneamente sem o uso de nenhum medicamento. As primeiras manifestações ocorreram há aproximadamente 1 ano. No período intercrise, a criança mantém-se assintomática, sem tosse e sem despertares noturnos. A mãe refere que a criança apresenta urticária após ingestão de abacaxi e obstrução nasal após contato com alguns aeroalergenos, como ácaros e pelos de animais.

Criança apresenta diurese e evacuações fisiológicas, com ritmo intestinal regular e nenhuma queixa urinária. Não há queixas de dor torácica ou palpitação. Mãe nega queixas relacionadas aos sistemas osteoarticular e nervoso. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado para idade e vacinas em dia. Criança ainda não frequenta creches, mas relaciona-se bem com outras crianças da mesma idade e com o irmão de 10 anos. Em relação a alimentação, come verduras, frutas, legumes, carne e leite todos os dias, poucas frituras e doces.

Criança nasceu de parto normal e a termo, pré-eclampsia durante a gestação, sem intercorrências durante o parto. Aleitamento materno exclusivo até seis meses e desmame com um ano e onze meses. Nega cirurgias, internações, traumas ou transfusões sanguíneas prévias.

Na história familiar constatou-se que o pai e o irmão são

hígidos. A mãe possui hipertensão arterial. A avó materna possui asma e alergia a abacaxi. O tio paterno já teve câncer no estômago.

Criança reside com a mãe, o pai e o irmão em casa de alvenaria, com condições básicas de saneamento. A casa possui fogão de lenha, cortinados nos quartos e sala e bichos de pelúcia na sala. A rua não é pavimentada. Na casa dos avós, a qual a criança frequenta muito, o avô fuma dentro da casa.

Ao exame físico, Peso: 15,5kg. Estatura: 99 cm. IMC = 15,8. Criança em bom estado geral, hidratado, normocorado, acianótico, anictérico, bem nutrido e eupneico, sem edemas, turgor normal. Ausência de linfonodomegalias. Oroscoopia, otoscopia e rinoscopia: sem alterações. À ausculta pulmonar o murmúrio vesicular era fisiológico e sem ruídos adventícios. Ausculta cardíaca com ritmo regular em 2 tempos, bulhas normorritmicas e normofonéticas. Ausência de sopros. Pulsos pediosos cheios e simétricos. Abdome: globoso, normotenso e sem visceromegalias. Ruídos hidroaéreos presentes. Genitália masculina típica, testículos eutópicos, com estreitamento prepucial leve. Região anorretal sem alterações.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Febre e Tosse

Paciente sexo feminino de 62 anos e dona de casa com queixa de “gripe forte, febre alta, dor de cabeça, dor no pescoço, escarro sanguinolento e tosse”. Foi relatado que os sinais e

sintomas iniciaram repentinamente e que estava previamente hígida. Segundo a paciente, a febre iniciou 4 dias antes da procura de atendimento médico e que veio acompanhado de “boca seca”. Realizou uso de paracetamol que não foi eficaz. A tosse foi relatada como sendo contínua com piora no período da noite. A paciente é diabética e hipertensa, ex-etilista e ex-tabagista há 38 anos. Relata que há aproximadamente 6 meses percebeu o surgimento de “ínguas” indolores na região do pescoço. Relatou que seu peso decaiu de aproximadamente 70 kg para 40 kg nos últimos quatro meses.

Exame Físico:

À inspeção, apresenta-se emagrecida, com mucosas hipocoradas, sem edemas de membros inferiores. À palpação da cadeia ganglionar supraclavicular, mostrou gânglios palpáveis à direita de 2 cm e com uma consistência elástica, sem ponto de flutuação, móveis e sem alterações tróficas da pele. Expansividade e elasticidade do tórax preservadas e frêmito toracovocal sem alterações. Palpação do abdômen sem alterações. Ausculta cardíaca evidenciou BNRNF. Ausculta da região carotídea à direita pouco audível. Ausculta pulmonar demonstrou MVF sem RA.



Raio X da paciente.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Tosse Perigosa

Paciente masculino, 71 anos, branco, casado, aposentado chega ao Hospital queixando-se de vômito com sangue. Ele teve três episódios de hematêmese em casa e um no hospital, após acessos de tosse. O sangue caracteriza-se como vermelho vivo, coagulado, e em grande volume. Associado ao vômito sentiu mal estar e calafrios. Fez ingestão de chá de erva doce que piorou o quadro. Relata melena e nega dor e dispepsia. Alega que sua tosse começou há mais de 20 dias, é seca, piora a noite e na posição de decúbito, e melhora quando bebe chá de erva doce. Paciente obeso, hipertenso, diabético descompensado, ex-tabagista (parou de fumar há 40 anos). Nega uso de bebidas alcoólicas. Faz uso de Insulina (6UI BID), Nifedipino BID, Furosemida BID e Losartana BID.

Ao exame Físico:

Hipocorado (++/4+), anictérico, acianótico, orientado e cooperativo.

AC: RCR 2T sem sopro, FC: 78bpm, Pulsos amplos, rítmicos e simétricos.

FR: 20irpm, SpO₂: 98%, eupneico.

Abdome globoso, indolor e sem massas ou visceromegalias.

Exames Complementares:

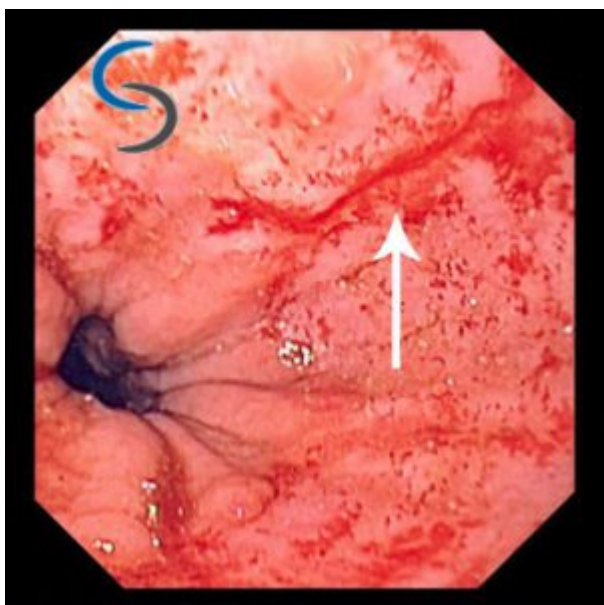
Hb: 8,1 g/dL Ht: 23,7 GL: 17000mm³ Pqt: 321000 mm³ PTTa: 30/30s

Cr: 1,09mg/dL Na: 130mEq/L K: 4mEq/L

PCR: 11mg/dL TGO: 32U/L TGP: 26U/L Ureia: 87mg/dL

Gasometria arterial: pH: 7,41 pCO₂: 28,9mmHg HCO₃: 18,6mEq/L
BE: -6,2mEq/L

Endoscopia:



Observação: Imagem ilustrativa ⁸.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 011 – Trabalhador Rural

Paciente, proveniente de zona rural, 36 anos, previamente hígido, com relato de há 2 meses ter iniciado prostração, astenia, febre noturna, dor abdominal pós-prandial, icterícia, colúria, acolia fecal, perda de 16 kg e tosse produtiva

intermitente. Permaneceu internado para propedêutica, sendo realizada colangiografia que não evidenciou lesões obstrutivas periampulares. Retorna com resultado de biópsia hepática e permanece com os sintomas já mencionados.

HP e HBS: nega comorbidades, alergias e medicações prévias. Nega tabagismo e etilismo. Trabalhador rural.

Exame físico:

Ectoscopia: Hipocorado, icterico 4+, acianótico, desidratado 2+, boa perfusão tissular.

Exame do aparelho circulatório: bulhas arrítmicas NF em 2T. PA: 110x80mmHg, 120 bpm.

Exame do aparelho respiratório: sons respiratórios normais, sem ruídos adventícios. FR: 28.

Escala de coma de Glasgow = 15. A0: 4; RM: 4; RV: 01.

Descrição do caso será mostrada

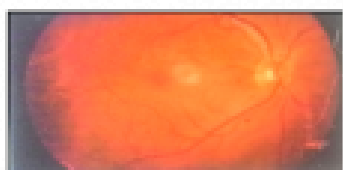
Iniciar o questionário



Caso 010 – Vultos na Visão

Paciente, sexo feminino, 35 anos, Diarista. Sua primeira consulta foi realizada aos 25 anos, onde relatou baixa acuidade visual no Olho Esquerdo que iniciou dois anos antes, relata acuidade visual de vultos, nega histórico familiar de Diabetes, hipertensão e hipercolesterolemia. Foi realizado um exame oftalmológico de rotina que constatou emetropia no olho direito com acuidade visual de 20/20 sem correção, enquanto no

Olho Esquerdo foi identificado acuidade visual de vultos. Na Biomicroscopia de ambos os olhos sem alterações, e na fundoscopia presença de placa de coriorretinite cicatrizada. Foi prescrito Trisorb (colírio lubrificante), sem medicações para tratamento, pois não havia placa em atividade, solicitado também uma Retinografia que verificou placas de coriorretinite cicatrizadas gigantes no polo posterior maior que um diâmetro de envolvendo a mácula no Olho esquerdo, enquanto no direito não há alterações, motivo pela qual realiza os acompanhamentos semestrais, para profilaxia de uma possível recidiva de processo inflamatório. Na última retinografia, realizada no 1º semestre de 2017 foi constatada a permanência dessas placas cicatrizadas e sem atividade.



Retinografia O.D.



Retinografia O.E.



Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 009 – Distúrbio

Neurológico

Paciente do sexo feminino, 25 anos, deu entrada ao pronto atendimento com quadros de crises de déficits motores transitórios, apenas em dimidio esquerdo, o que já acontece há um ano. Refere que nos 2 episódios anteriores teve cefaleia associada, e nesta não teve. Relata que tem predomínio braquial e em musculatura proximal, associado a livedo reticular e episódios de hiperglicemia devido a DM1 que possuía.

Ao exame físico:

Apresentou-se em bom estado geral, anictérica, acianótica, hidratada, corada, boa perfusão tissular, afebril, sem edema. Presença de livedo reticular em MMSS e MMII. Extremidades frias e pegajosas.

SCV: RCR em 2T, sem sopros.

SR: MVF, s/RA. Eupneico.

SD: Abdome flácido, normotenso, RHA presente, sem dor a palpação e sem massas palpáveis.

Ao exame neurológico:

Os pares cranianos não apresentavam alterações.

No MMSS: MSD, força e os reflexos estavam normais. No MSE, força estava diminuída em raízes de C5-C6, hiperreflexia bicipital e Hoffman presente.

No MMII, força e reflexos estavam preservados.

Romberg + para esquerda, marcha claudicante de MIE, MSE estendido durante a marcha. A sensibilidade e propriocepção preservada nos 4 membros. Logo depois de mais algumas condutas, o médico responsável internou a paciente, pediu RM

de encéfalo, exames laboratoriais e entre outros.

A paciente durante a internação apresentou-se clinicamente estável, bom padrão respiratório. Manteve déficit motor. Bom controle pressórico, máxima de 110x70mmHg. Evoluiu com diversos picos hiperglicêmicos, sendo o maior de 362mg/dl. Alimentação e sonos preservados. Diurese presente e sem alterações. Evacuações ausentes. Sem intercorrências.

O resultado da RM de encéfalo constatou lesões em coroa radiada a direita, com hipersinal em T2, com restrição a difusão, e captação de contraste.

Depois das devidas providencias médicas, a paciente recebeu alta com melhora clínica importante, porém dois dias depois evoluiu com diparesia desproporcional, pior a direita, episódios transitórios de paralisia facial (quatro episódios) e bradpsiquismo. Também apresentou paraparesia. Solicitou se então outro RM de encéfalo e angioressonancia arterial venosa, ECG entre outros.

Na análise do exames, a paciente estava com uma doença progressiva e grave. Na RM evidenciou múltiplos focos de isquemia. Na angio, constatou a oclusão de alguns segmentos vasculares.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 008 – Bebê forte é bebê

gordinho?

Paciente do sexo masculino com 9 meses de idade, foi levado à Estratégia de Saúde da Família – ESF para uma consulta de rotina, sem queixas específicas. No interrogatório sintomatológico detecta-se criança com bom apetite, ativo, chora pouco, dorme bem. Possui hábito intestinal de ritmo regular, diurese de frequência e volumes normais, com a cor amarelo claro e sem odor.

Na história pregressa obstétrica, constata-se mãe com G3PC3A0. Nenhuma intercorrência durante a gestação do paciente. As condições de nascimento foram: RNT/ AIG; Apgar no 1ºmin: 9; 5ºmin: 9; peso ao nascer: 4,350kg; perímetro cefálico ao nascer: 36 cm; comprimento ao nascer: 52,5cm. Nenhuma intercorrência no período neonatal, recebendo alta junto com a mãe em 48 horas. Ortolani: negativo. Todos os testes de triagem neonatal (teste do pezinho, teste do olhinho, teste da orelhinha e teste do coraçãozinho) foram realizados e não detectaram nenhuma alteração.

Em relação a história alimentar foi oferecida amamentação exclusiva até os 3 meses de idade e aleitamento materno até os 6 meses. Informante relata que a mãe não conseguiu amamentar por mais tempo devido trabalhar fora de casa. Atualmente, toma 5 mamadeiras do leite NAN de 180ml por dia, almoça e janta (carne, legumes, verduras, feijão, arroz ou macarrão) e come frutas duas vezes ao dia.

Todas as vacinas estão em dia. Está em uso de sulfato ferroso. Realiza banhos de sol todos os dias antes das 9 horas. Nega infecções, cirurgias, traumas e internações prévias.

Sobre o seu desenvolvimento neuro-psico-motor (DNPM) já senta sem apoio, engatinha, fica em pé e deambula com apoio e gosta de brincar com objetos que lhe são dados.

Mãe, pai e irmãos estão hígidos. Avô paterno possui HAS.

Moram em casa de alvenaria, dentro da cidade, com saneamento básico e coleta de lixo. Não possui animais de estimação. Moram 5 pessoas na casa (mãe, pai e 2 irmãos).

Ao exame físico:

BEG; bem nutrido; tranquilo; alerta; reativo; hidratado; normocorado; acianótico; anictérico. Peso: 11,430kg. Perímetro cefálico: 47 cm. Estatura: 75,5 cm. Temperatura: 35,5°C. FC: 118 bpm. FR: 25 rpm.

Mucosas coradas e hidratadas, sem edemas, turgor normal. Ausência de linfonodomegalias.

Oroscopia, otoscopia e rinoscopia: sem alterações.

AR: murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios. Eupneico.

ACV:Ausculata com ritmo cardíaco regular em 2 tempos, bulhas normorritmicas e normofonéticas. Ausência de sopros. Pulsos pediosos e braquiais cheios e simétricos bilateralmente.

Abdome: globoso, normotenso. Ruídos hidroaéreos presentes. Ausência de visceromegalias, cicatrizes, herniações ou circulação colateral.

AGU: genitália masculina típica. Testículos eutópicos. Boa exposição da glândula.

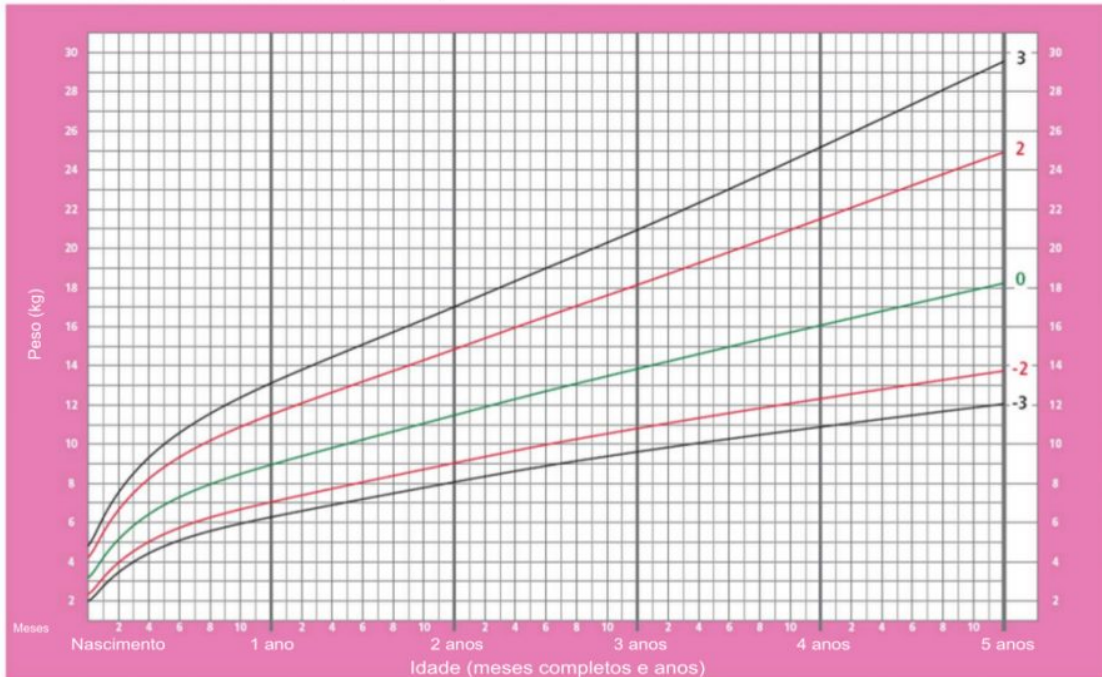
Região anorretal, aparelho locomotor e sistema nervoso: sem alterações.

Problemas encontrados:

- peso: 11,430kg
- super alimentação

Peso por Idade MENINAS

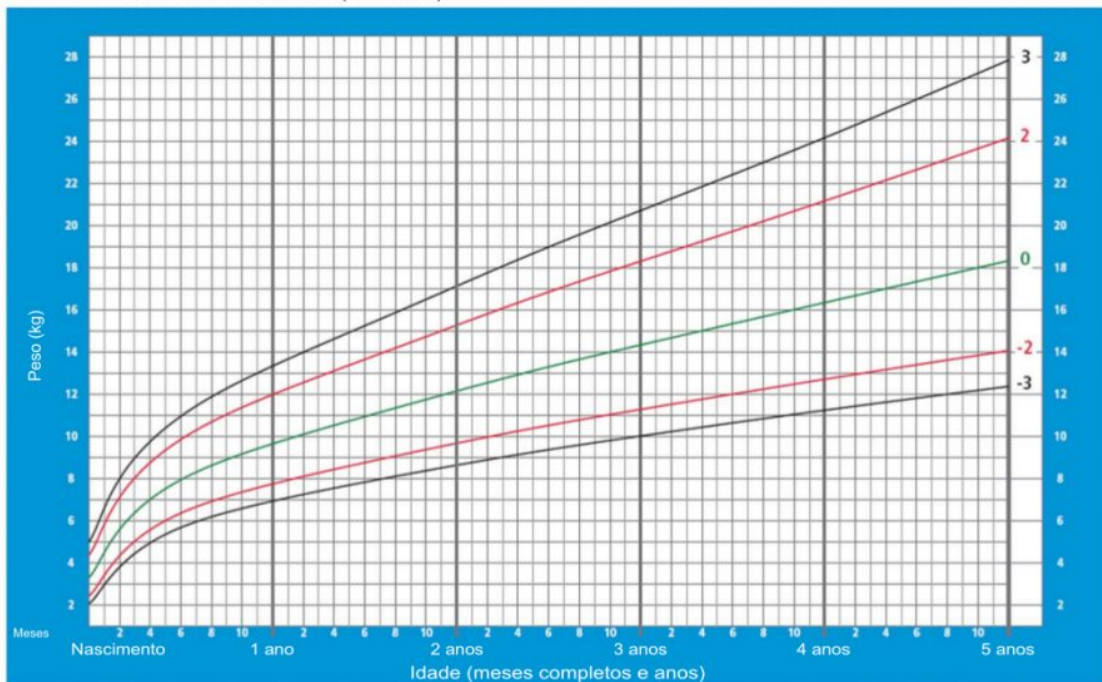
Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Peso por Idade MENINOS

Do nascimento aos 5 anos (escores-z)



Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/childgrowth/en/>)

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 007 – Problemas na evacuação

Adolescente de 11 anos, sexo masculino, marcou consulta no ambulatório de pediatria com a queixa de dificuldade escolar, isolamento e depressão. Sua mãe relata que a criança vem sofrendo também com dificuldade para evacuar (leva mais de 5 dias para tal), queixa dor abdominal e náusea. Refere que vem diminuindo a ingesta alimentar, pois se sente com má digestão. Descreve que as fezes da criança são muito volumosas chegando a entupir o vaso sanitário, o que é motivo de “piada e deboche” na família. Nas festas, a criança fica sempre isolado e na escola também. Os familiares e colegas referem que ele cheira mal, mas a mãe relata que “ele às vezes deixa escapar fezes na cueca” e por isso o cheiro.

A mãe, ao mesmo tempo que demonstra preocupação, também demonstra indignação, pois acha que a criança já tem idade suficiente para controlar suas fezes e seu comportamento perto dos outros. Ela veio à consulta solicitar a ajuda do pediatra. Ao exame físico apresenta fácies de tristeza e timidez, tem dificuldade em ser examinado. Apresenta abdômen algo globoso e doloroso a palpação profunda em região periumbilical com aumento de peristalse. Restante do exame físico sem anormalidades.

Descrição do caso será mostrada

Caso 006 – “Fortalecimento musculatura do tronco”

Paciente masculino foi encaminhado ao serviço com 8 meses e 20 dias, com diagnóstico de atraso no desenvolvimento motor. Estava acompanhado pela mãe, estudante. A queixa principal que causou a procura do serviço pela mãe foi: “fortalecimento de musculatura de tronco e quadril”(sic).

Mãe relata gestação sem intercorrências. Parto cesariana, durante o qual houve aspiração de líquido amniótico pelo filho, o qual permaneceu internado por 7 dias. Foi relatado também que pessoas da convivência perceberam que ele não conseguia ficar de pé com apoio aos 7 meses de idade. Além disso, ele faz uso de cadeira de rodas para se locomover (apesar de conseguir deambular com auxílio) e utiliza almofada entre as pernas para dormir. Não apresenta limitações de comunicação ou de linguagem. Nega presença de comorbidades e não há relato de dor. Está em uso de coenzima Q e vitamina D.

Ao exame físico foi observada:

Hipertrofia da musculatura dos membros inferiores;

Encurtamento de flexores de quadril, joelho e plantiflexores;

Fraqueza dos extensores do quadril, joelho, tronco e dos flexores do joelho e abdominais;

Fadiga muscular ao realizar extensão de tronco;

Dificuldade para levantar do chão;

Hipotrofia muscular;

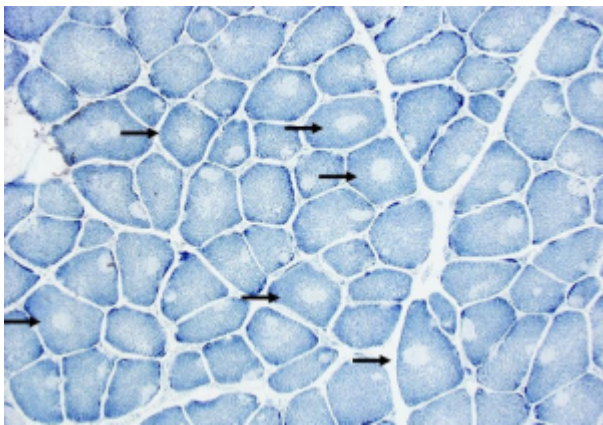
Diminuição da amplitude de movimento da extensão do joelho;

Antiversão pélvica.

Ao exame de força muscular foram encontrados os seguintes achados:

	DIREITO	ESQUERDO
Flexores do quadril	4	4
Flexores do joelho	3	3
Extensor do joelho	3	3
Abdominais	0	0
Extensores do tronco	3	3
Extensores do quadril	3	3

Diante desses achados clínicos foram realizadas Ressonância Magnética Nuclear do encéfalo e da medula e Tomografia Computadorizada de crânio, os quais não evidenciaram nenhuma anormalidade. Com isso, foi realizada biópsia muscular, a qual evidenciou os seguintes achados:



Aspectos histopatológicos: NADH-TR , secção transversal do reto femoral. Predominância marcada de coloração escura, fibras de alta oxidação tipo 1 com núcleos que afetam a maioria das fibras. Os núcleos são tipicamente bem demarcados e localizados centralmente (->), mas podem ocasionalmente ser múltiplos e de localização excêntrica.

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 005 – Febre e náuseas

Paciente masculino jovem, previamente hígido, encaminhado devido a quadro de febre, acompanhado de náuseas, mialgia e oligúria há um dia. É morador de zona rural, relata ter se vacinado contra febre amarela há um dia. Foi admitido no pronto atendimento da Santa Casa de Caridade de Diamantina, iniciado medicação sintomática para vômitos e febre, hidratação venosa, solicitados exames laboratoriais e internado na enfermaria de clínica médica.

Dados vitais:

Pressão arterial: 110/80mmHg

Frequência cardíaca: 81bpm

Exame físico: eupneico, febril, hidratado

Ausculta Respiratória: Murmúrio Vesicular Fisiológico sem Ruídos Adventícios

Saturação de oxigênio 95%

Ausculta Cardiovascular: Ruído cardíaco regular em 2T

Abdômen livre

Ausculta dos ruídos hidroaéreos positivo

Membros superiores sem edemas.

Exames Laboratoriais da admissão:

Hematócrito: 35,3 %

Hemoglobina: 12,1 g/dL

Leucócitos Totais: 7200 U/microL

Plaqueta: 133000 U/microL

Creatinina: 0,88 mg/dL

Ureia: 23 mg/dL

Bilirrubinas totais: 1,3 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,26 mg/dL

Sódio: 137 mmol/L

Potássio: 3,7 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 194 U/L

Trasaminase glutânica pirúvica (TGP): 136 U/L

Paciente evoluiu durante os próximos três dias com quadro de febre e vômitos. Novos exames laboratoriais:

Hematócrito: 36,1 %

Hemoglobina: 12,5 g/dL

Leucócitos Totais: 1700 U/microL

Plaqueta: 98000 U/microL

Creatinina: 1,0 mg/dL

Ureia: 23 mg/dL

Bilirrubinas totais: 1,08 mg/dL

Bilirrubina direta: 0,4 mg/dL

Sódio: 137 mmol/L

Potássio: 4 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 2795 U/L

Trasaminase glutânica pirúvica (TGP): 1662 U/L

No quarto dia, devido piora da função hepática, decidiu-se seguir para protocolo para febre hemorrágicas com Doxiciclina 100mg.

No quinto dia após o início dos sintomas paciente evoluiu com piora do quadro geral, rebaixamento do nível de consciência (escala de coma de Glasgow: 9) e foi solicitado vaga na Unidade de Terapia Intensiva. Exames laboratoriais do dia:

Hematócrito: 43,5 %

Hemoglobina: 14,5 g/dL

Leucócitos totais: 2000 U/microL

Plaqueta: 72000 U/microL

Creatinina: 0,55 mg/dL

Bilirrubinas totais: 6,32 mg/dL

Bilirrubinas direta: 3,04 mg/dL

Sódio: 133 mmol/L

Potássio: 3,7 mmol/L

Tansaminase glutâmica oxalacética (TGO): 20400 U/L

Tansaminase glutâmica pirúvica (TGP): 8440 U/L

Ureia: 21 mg/dL

Anti-HIV não reagente

Anti-HCV não reagente

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 004 – “Olho inchado”

Paciente de 36 anos, pardo, previamente hígido. Admitido com queixa de “olho inchado”. Refere início de forma súbita há 1 (um) dia. Evoluiu com edema periorbitário, dor no local, eritema da conjuntiva. Nega febre, queixa de cefaleia de moderada intensidade em região frontal direita. Há 12 dias sofreu uma queda de motocicleta, com a qual teve um traumatismo crânio-encefálico (TCE) leve, tendo, na ocasião, fraturado o frontal direito e contusão frontal de tratamento conservador.

Ao exame físico:

Paciente orientado, verbalizando, Glasgow 15, edema importante periocular direito, hiperemia conjuntival, acuidade visual preservada, motricidade extrínseca comprometida, sopropulsátil em globo ocular direito, proptose ocular direita.

Motricidade e sensibilidade preservadas.

Aparelho cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas em dois tempos, sem sopros.

Aparelho respiratório: Murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios.

Temperatura: 36,4 °C

Pressão arterial: 126 x 76 mmHg



Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso003 – Vômitos e Febre

Paciente de 33 anos, masculino, casado, caminhoneiro. Relata que há treze dias iniciou quadro súbito de vômito persistentes, dor abdominal difusa e febre alta. Informa que no dia que antecedeu o início dos sintomas ingeriu Pizza e 600ml de cerveja em uma noite de lazer com a família. Após 3 dias de sintomas procurou atendimento médico onde suspeitaram

de sintomas de Dengue e foi medicado com sintomáticos. Sem melhora após 2 dias, retornou ao hospital onde foi internado para iniciar propedêutica. Durante internação, houve piora do quadro, evoluindo com astenia, anorexia, palidez, icterícia, cefaléia e persistência da febre alta 39º – 40º C associado a calafrios intensos. Nega tosse, dispnéia, diarreia, disúria, hematoquesia, melena, hematemese. Após 6 dias de internação, mantendo febre alta a cada 48 horas e sem fatores de melhora, foi transferido para Santa Casa de Caridade de Diamantina. Durante nova propedêutica neste serviço, em isolamento aerossóis, o doente apresentou episódios de febre de 39,8ºC a cada 36 horas associado a tremores generalizado, dessaturação, sibilos e epistaxe. Portanto, foi transferido para cuidados intensivos em UTI.

HPP: paciente supostamente hígido. Nega internações e cirurgias prévias. Não faz uso de medicamentos contínuos

HF: mãe e pai hipertensos. Nega contato com pessoas doentes. Nega história familiar de doença neoplásica, autoimune e cardiovascular.

HS: Ex tabagista, cessou há 4 meses e fumou durante 13 anos (4cigarros/dia). Informa que esteve no estado da Bahia por dois dias e no Espírito Santo por 01 dia a trabalho.

Exame Físico:

Paciente alerta, glasgow 15, ansioso, hipocorado ++/4+, desidratado +/4+, eupnéico, acianótico, ictérico +/4+(apenas esclera amarelada)

ACV: RCR 2T taquicárdico PA: 100X60mmHg FC: 100bpm

AR: MVF, sem RA FR: 18irpm

Abdome: abdome plano, RHA+, hepatomegalia discreta e esplenomegalia boyd III.

Ausência de edemas e lesões de pele

Exames Complementares:

03/10: hb: 9,5 g/dL; ht: 29,6%; VCM: 84 fL; HCM: 27,06 pg;

GL: 3,6 x 10³/mm³ ; b:144; s:2556; plaq: 82 x 10³/mm³ ; RNI:

1,11; PTTa: 30s; Creat: 0,53 mg/dL; BT: 3,11 mg/dL; BD:1,87 mg/dL; BI:1,26 mg/dL; Na: 132 mEq/L; K:2,9 mEq/L; amilase:35 U/L; HbsAg: negativo; AST:86 U/L; ALT:85 U/L; ureia:16 mg/dL; anti-HCV: negativo; anti-HIV: negativo; imunoblot-HIV: negativo; VDRL:Neg, sorologia para leishmaniose: negativo, sorologia para febre maculosa: negativa, sorologia para febre amarela: negativa, sorologia para leptospirose: negativo
03/10: radiografia de tórax: campos pleuropulmonares limpos, ausência de consolidações ou derrames pleurais
03/10: ECG: RCS, FC: 98BPM
04/10: US abdome total: hepatoesplenomegalia

Lista de problemas:

- a. Febre alta intermitente
- b. Hepatoesplenomegalia
- c. Ocupação: caminhoneiro, viajante
- d. No hospital de origem foi deflagrado anti-HIV: positivo, Anti-HCV: Positivo, sorologia para dengue: negativa, VDRL: negativo , bilirrubina total = 2,3 mg/dL
- e. Anemia normocítica e normocrômica
- f. Icterícia leve
- g. Anemia >>> pancitopenia

Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Caso 002 – Prematuridade

Paciente com 18 anos, primigesta, gestação de baixo risco, IG 28 semanas e 01 dia pelo USG precoce. Admitida na maternidade do Hospital Nossa Senhora da Saúde no dia 30 de outubro de 2016 às 20:30 horas. Queixa-se de fortes dores abdominais,

tipo cólica, e perda de pequena quantidade de líquido com presença de tampão mucoso. Relata *quesentia a barriga endurecida e que, durante o ato de defecar, notou a presença de um tufo*. Segundo ela, os sintomas começaram no final da tarde.

Durante a gestação não teve nenhuma intercorrência. Realizou três consultas de pré-natal. Exames laboratoriais de primeiro trimestre: grupo sanguíneo AB e fator RH +; exames laboratoriais sem nenhuma alteração. USG do dia 10 de outubro evidenciou feto de 760 gramas, placenta tópica, cordão umbilical com duas artérias e uma veia, ILA de 20,25 cm. Em uso de ácido fólico. Vacinação em dia.

Ao exame físico: paciente com útero fita de 28 cm, PA: 130x80mmHg, FC: 80 bpm, DU positiva de 2-25"-10', BCF: 148 bpm. Ao exame pélvico foi encontrado um colo centralizado, totalmente apagado, dilatado 6 cm com bolsa protusa em cavidade vaginal e presença de tampão mucoso. Além disso, foi possível palpar um membro do feto ao exame pélvico. De acordo com o caso clínico apresentado o diagnóstico mais provável é de trabalho de parto prematuro.

Descrição do caso será mostrada

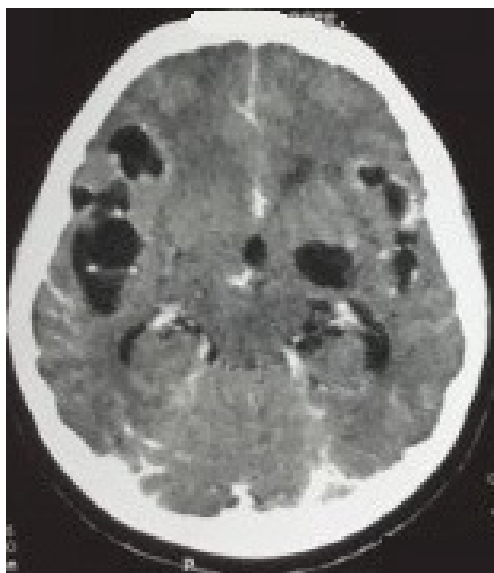
Iniciar o questionário

Caso 001 – Delirium

Paciente, 61 anos, feminino, viúva, parda, previamente portadora de hipertensão arterial sistêmica. Admitida na clínica neurológica com quadro de delirium de início insidioso

e progressivo há 2 meses. Evoluiu após 18 dias do início dos sintomas com marcha atáxica. Apresentou um episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Ao exame físico paciente letárgica, desorientada auto e alopsiquicamente. Bons níveis pressóricos, ausculta cardíaca e pulmonar dentro da normalidade. Tetraparesia de predomínio em dimídio esquerdo, reflexo cutâneo plantar em extensão bilateralmente.





Descrição do caso será mostrada

Iniciar o questionário

Em breve

Em breve estará disponível 1 caso por semana, [envie](#) seu caso.