

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:

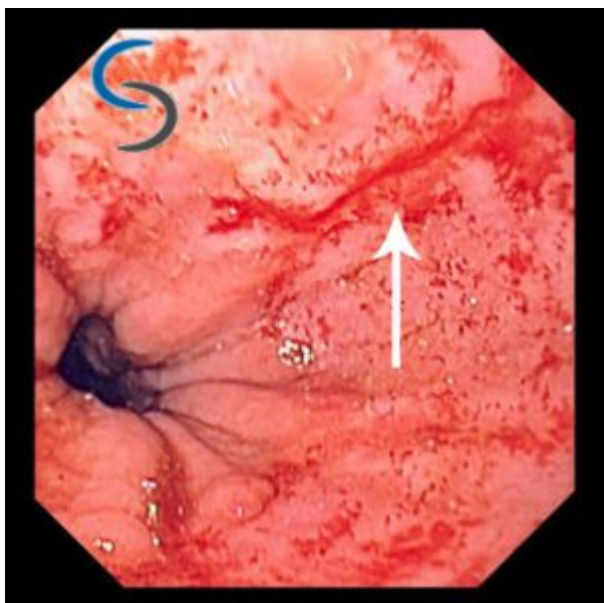
Hb: 8,1 g/dL Ht: 23,7 GL: 17000mm³ Pqt: 321000 mm³ PTTa: 30/30s

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

PCR: 11mg/dL TG0: 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 colangiorressonância 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, ictérico 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 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

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, icterício +/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: $3,6 \times 10^3/\text{mm}^3$; b:144; s:2556; plaq: $82 \times 10^3/\text{mm}^3$; 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