

Caso Clínico 1



- **Identificação** - R.E.M.O, 42 anos, feminino, professora.
- **História da Doença Atual** - Procurou atendimento médico em 15/5/2018, relatando início dos sintomas em 10/5/2018, com febre, cefaleia, astenia, anorexia, dor lombar, dores nos membros inferiores e hiperestesia cutânea. Negava prurido, queixas digestivas, respiratórias ou urinárias. No último final de semana que antecedeu o início dos sintomas (6 e 7/5/18), frequentou um sítio, mas não havia relato de outros casos febris entre as pessoas que também estiveram no sítio, porém, alguns vizinhos seus na cidade estavam com suspeita de dengue.
- **Exame Físico Geral** - Temperatura axilar de 38,5°C. PA – 120 x 80mmHg. Peso - 62,5Kg. Orofaringe: normal, ligeiro exantema do tipo eritematopapular em todo o tegumento. Ausculta pulmonar, ausculta cardiovascular e abdome: sem anormalidades.
- **Conduta Diagnóstica** - Foi solicitado hemograma e sorologia para dengue (1ª amostra). Hemograma; Leucócitos 5.100/mm³ (segmentados: 64%, linfócitos: 30%, monócitos: 4%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%) e plaquetometria normal.

- **Exame Físico** - Temperatura axilar de 39°C, demais aparelhos sem outras alterações significativas.
- **Conduta Terapêutica** - Prescrito paracetamol 750 mg por via oral a cada 6 horas em caso de dores ou febre, hidratação oral com líquidos à vontade e retorno para avaliação em 48 horas.
- Questões:
 - 1. Quais as hipóteses diagnósticas para o caso?
 - 2. Quais as 2 hipóteses mais prováveis na sua opinião?
 - 3. Que exames complementares você solicitaria?
 - 4. Que outros dados epidemiológicos seriam importantes para o caso?
 - 5. A conduta clínica está satisfatória? Você faria diferente?
 - 6. Qual o estadiamento do paciente? Qual deveria ser a prescrição de hidratação?

Caso Clínico 2



- **Identificação** – J.J.S., masculino, 48 anos, caminhoneiro, residente em Campo Grande, MS.
- **História da doença atual** – Em 5/2/2018 procurou a UBS com quadro de febre não aferida, cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia e artralgia há 48 horas. Foi prescrito dipirona, com melhora parcial dos sintomas. No 5º dia de doença, procurou o pronto-socorro, por persistirem os sintomas e pelo aparecimento de pequenas manchas no corpo. Referia viagem à Rondônia em 6/12/2018. Antecedentes: Diabetes Melitus II, tratado irregularmente.
- **Exame Físico Geral** - Regular estado geral, corado, hidratado, anictérico. Temperatura axilar de 38°C, PA: 160x110mmHg; Frequência cardíaca: 94bpm; Peso: 105kg; Estatura: 1,70m. Pele: exantema maculopapular difuso. Segmento cefálico: sem alterações. Tórax: pulmões livres. Coração: bulhas rítmicas normofonéticas, sopro sistólico de ++/6 em foco mitral. Abdome: globoso, normotenso, indolor, sem visceromegalias. Neurológico: sem alterações. Prova do laço: positiva.
- **Exames complementares** – Hemograma: Hb: 16g/dL; Ht: 52%; Plaquetas: 87.000/ mm³; Leucócitos totais: 5.200/mm³.

- **Conduta** – Prescrito soro caseiro para reidratação em casa, paracetamol 750mg de 6/6 horas e retorno em 48 horas para reavaliação. Como não houve melhora da mioartralgia, fez uso de diclofenaco, 100mg de 6/6 h, por conta própria. No 6º dia de doença, o paciente retornou sem melhora dos sintomas, referindo vômitos persistentes e inapetência. Referiu vacina contra febre amarela há dois anos.

- **Questões**

1. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso, no quinto dia de doença?
2. Destaque elementos no quadro clínico e laboratorial que sustentam suas duas principais hipóteses diagnósticas.
3. Comente o atendimento clínico deste paciente, no quinto dia de doença.
4. Qual é o estadiamento do paciente? Os exames específicos são necessários para conduta? A conduta tomada foi correta?
5. Qual a conduta se: O hematócrito aumentar ou se o hematócrito normalizar.
6. Qual a conduta se o NS1 der negativo.

Caso Clínico 3



- **Identificação – E.E.S., masculino, 4 anos.**
- No dia 30/10/2018, paciente deu entrada na emergência do hospital apresentando: petéquias em tronco, face, membros inferiores e choque.
- Segundo informação da mãe, os sintomas iniciaram no dia 29/10/2018 com febre, cefaleia, mialgia e “manchas avermelhadas” em orofaringe, com agravamento do quadro clínico horas antes de ir ao hospital.
- Na emergência foi coletado material para hemograma e se obteve o seguinte resultado: Leucócitos: 4.400/mm³, Ht: 36 % e Plaquetas: 51.000/mm³.
- O médico deu hipótese diagnóstica de dengue grave, baseado no hemograma e quadro clínico.
- Foi coletado material para confirmação laboratorial para dengue. Após duas horas de internação evoluiu com PCR, feito manobras, não obtendo êxito. Choque e óbito. O médico da emergência imediatamente ligou para a vigilância epidemiológica para notificar o caso de óbito por febre hemorrágica, baseado na plaquetopenia e situação epidemiológica local.

Questões

- Este estudo de caso atende à classificação de caso suspeito de dengue? Justifique, destacando as evidências.
- Se fosse você o profissional a conduzir o caso, qual(is) medida(s) tomaria?
- Considere os acertos e possíveis erros na conduta médica descrita acima.
- Qual importância do SVO e vigilância nesses casos?

Caso Clínico 4



- **Identificação** -MCRS, 28 anos, negra, branca, casada, do lar, residente em área urbana.
- **Queixava** –se de febre, dores pelo corpo, astenia e dor de garganta há menos de 24h. Procurou o posto de saúde, no dia 12 de fevereiro, relatou que, há cerca de 24 horas, logo depois do almoço, iniciou com febre (39.9°C), dores pelo corpo. À tarde surgiram cefaleia, “dor de garganta” (sic), enjoo, dor epigástrica com “vontade de ficar, só, deitada” (sic). Usou sintomáticos, porém “a febre sempre voltava” (sic). Negava tosse, coriza, diarreia, vômitos ou qualquer outra queixa. Nada mais foi perguntado.
- **Exame físico:** febre de 38.9°, hiperemia leve de orofaringe e eritema pelo corpo. Pressão arterial (PA), sentada, 90/75 mm de Hg e FC 108 bpm.
- Abd: Flácido s/defesa, ruído hidroaéreo. presentes, doloroso (2+/6+) no epigástrico e hipocôndrio direito.
- **Hipótese diagnóstica:** virose inespecífica.
- **Conduta:** Medicada com sintomáticos.
- Questões
 1. A triagem foi correta?
 2. Qual deveria ser o estadiamento e a conduta?

- **Evolução:** Voltou 2 dias após, com o mesmo quadro e vômitos persistentes, tonteiras, quando em pé. Piorou a dor epigástrica e a cefaleia, que se localizou na região frontal. Teve epistaxe leve. Diz que, nas últimas horas, a febre diminuiu. Negou viagens ou deslocamentos nos últimos 30 dias.
- **Exame físico:** Paciente normocorada, hipohidratada ++/6+, eupneica, acianótica e anictérica. Cab/Pesc: hiperemia de orofaringe. Tórax: Eritema por todo o tórax intercaladas com áreas normocoradas que regridem com toque. ACV: RCR 2T, S/S. FC 120 bpm. PA: Deitada: 90/75 mm de Hg em pé: 70/55 mm de Hg.
- 1. Como deveria ser a triagem? Precisa de prova do laço? Qual o estadiamento?
- 2. Qual o volume de hidratação? Qual a periodicidade do hemograma?
- 3. Como funciona a notificação nesse caso? Se o paciente já foi notificado, é preciso notificar novamente?

Caso Clínico 5



- **Identificação** - FCH, masculino, 20 anos:
- **Histórico** - foi para a Unidade de Saúde com história de 3 dias de febre alta 39°C, início repentino, acompanhado de exantema, dor de cabeça intensa, mal-estar, calafrios, dor retroocular, náusea e 2 episódios de evacuações líquidas, relata anemia falciforme.
- **Ex. Físico:** Bom estado geral, orientado, pálido, hidratado, anictérico. Temperatura: 37 ° C, PA 100/75 mmHg, FR: 94 p.m.
- **Conduta:** Liberado com medicação e indicado hidratação domiciliar.
- **Questões:**
 - 1 – Qual estadiamento? É preciso a prova do laço?
 - 2 – Qual deveria ser a conduta?

- **Evolução:** No dia seguinte é trazido por familiares pela manhã à emergência, relatando 3 episódios de vômitos e dor abdominal intensa, mas sem febre. Paciente irritável recusando o tratamento. Permaneceu sem febre, então, “acha que está melhor”. No momento PA 120/90 FC 96 bpm petéquias em MMII.
- **Evolução:** Após 8 horas em obs, na unidade, continua irritável, pele fria, sudoreica. Enfermagem relata não ter permitido instalação de acesso venoso. Ex. físico: Pulso filiforme, dispnéia, PA 60/40 FC 110xmin. Ht: 48%, Leuc: 5300, Plq: 13.000
- 1 – Qual estadiamento? Quais foram os sinais de alarme ou gravidade?
- 2 – Há presença de choque?
- 3 – Qual a conduta?