



Caso 20, adaptado de: **Relato de Caso Clínico com finalidade didática:**

ID: 048

Data: 12/03/2014

Autor do relato: Murillo Carlos de Moraes

Professores responsáveis: Valdes R. Bollela e Rodrigo C. Santana

Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais - Departamento de Clínica Médica da FMRP-USP

Data da primeira consulta: 01/03/2014

Identificação:

Maria Aparecida, , 25 anos, mulata, natural de São José do Rio Preto-SP, e procedente de Ribeirão Preto-SP, amasiada, dona de casa.

Queixa e Duração:

Febre e cefaleia há 3 dias

História da Moléstia Atual:

Paciente iniciou quadro de cefaleia occipital, mialgia generalizada e anorexia há 3 dias. Relata quadro de tosse há um dia com dispnéia e dor torácica ventilatório dependente à direita. Refere expectoração e catarro com hemoptoico em unidade básica de saúde (UBS) no dia desse atendimento, episódio único. Nega diarreia, refere hábito intestinal uma vez por dia, fezes sem muco ou sangue. Nega disúria, tenesmo ou alteração de urina. Nega contactantes com quadro similar, tosse crônica, emagrecimento ou infecções recorrentes. Nega desmaios, convulsões, perda visual ou de movimentos. Relata temperatura aferida de 38,6 °C.

Antecedentes Pessoais:

G1P1A0

Nega comorbidades conhecidas e acompanhamento médico.

Nega internações

Nega cirurgias.

Nega medicações habituais. Nega

alergia a medicamentos.

Refere tabagismo ativo, dois maços por dia.

Refere utilização diária de crack, nega uso injetável e de outros tipos de droga.

Nega etilismo.

EXAME FÍSICO:

Regular estado geral, hipocorada 1+/4+, hidratada, anictérica, acianótica e afebril
Ausência de adenomegalias

Respiratório: Murmúrios vesiculares presentes com diminuição e crepitações em base direita,
FR=32 incursões por minuto, Saturação de O₂=97%

Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopro,
FC=110 batimentos por minuto (bpm), PA=95x56 mmHg, tempo de enchimento capilar = <3 segundos

Abdome: Presença de ruídos hidroaéreos normoativos, plano, ausência de massas, ausência de visceromegalias e descompressão brusca. Doloroso difusamente.

Membros inferiores: Ausência de edema e sinais de trombose venosa profunda

Exame neurológico: Glasgow = 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força muscular grau 5, ausência de sinais meníngeos.

Raio-X de tórax (realizado às 2h 50, imediatamente após a chegada do paciente no serviço de saúde



Hemograma:

	Resultado	Valores Normais
Hb	12,5	12,0-15,5 g/dL
Ht	38	35-45%
GB	21.600	
B	19%	
N	70%	
E	0%	
L	11%	
Plaquetas	258.000	150-450 10 ³ / μL

Ureia	21	15-50 mg/dL
Creatinina	0,57	0,7- 1,6 mg/dL
Tempo de Protrombina (TP)	INR=1,57	Até 1,3
Proteína C reativa	27,6	NI < 0,5mg/dL
Sódio	132	135-145mMol/L
Potássio	3,3	3,5-5,0mMol/L
Lactato	1,5	0,5-2,0mMol/L
pH	7,41	7,35-7,45
pO ₂	74,3	75-100
HCO ₃ ⁻	19,2	
Excesso de base	-4,7	-3 a +3
SatO ₂	94,7%	

O estudante deverá ser capaz de:

- Explicar qual é a principal hipótese diagnóstica para este caso, e quais os principais achados que indicam este diagnóstico?
- Listar os agentes etiológicos mais prováveis, relacionados a este tipo de quadro?
- Calcular a pontuação do CURB-65 e explicar como deve ser interpretado neste caso.
- Interpretar os exames complementares do paciente que estão alterados. **IMPORTANTE:** Citar o exame (alteração presente) e comentar o possível significado no contexto deste caso.
- Explicar qual a conduta mais adequada para este caso.
- Faça a prescrição do tratamento antibiótico para esta paciente.

DESFECHO DO CASO:

A paciente ficou internada e recebeu tratamento para uma PAC grave com significativa melhora clínica.