

USP 2016

1) Adolescente masculino de 16 anos de idade, trazido ao pronto-socorro de hospital terciário pelo Serviço de Resgate, foi vítima de queda de bicicleta após colisão em alta velocidade contra anteparo fixo. Paciente relata ter traumatizado a região superior do abdome contra o guidão da bicicleta e refere intensa dor no local. Apresenta, ainda, trauma craniano, sem perda de consciência, porém refere cefaleia intensa. Nega vômitos. Dados colhidos pela equipe do resgate no local do acidente: pulso = 112 bpm; pressão arterial = 130 x 90 mmHg; frequência respiratória = 16 irpm; saturação de oxigênio 97% em ar ambiente. Tempo entre acidente e admissão hospitalar: 30 minutos. Na avaliação no pronto-socorro: A – vias aéreas pervias, com colar cervical. B – murmúrios vesiculares presentes bilateralmente; expansibilidade simétrica; tórax indolor à palpação; sem crepitações; FR = 16 irpm; saturação de O₂ = 98% em ar ambiente. C – pulso = 108 bpm; pressão arterial = 120 x 70 mmHg; sem sangramento visível. Abdome doloroso à palpação em epigástrico e mesogástrico, onde se evidenciam equimose e escoriação. Toque retal sem alterações, diurese clara. D – escala de coma de Glasgow = 15; pupilas isocóricas e fotorreagentes. E – sem outras alterações. Realizada expansão volêmica com 2.000 ml de soro fisiológico e analgesia. Após essas medidas, o paciente apresenta frequência cardíaca de 86 bpm e pressão arterial de 120 x 70 mmHg. Foi realizada ultrassonografia focada no trauma (FAST).

2). Homem de 38 anos de idade, vem ao Pronto Socorro com história de dor epigástrica intensa e vários episódios de vômitos há 6 horas, o último com laivos de sangue. Refere ingerir cerca de 300mL de aguardente / dia, há 10 anos. Apresenta diarreia e perda de peso nos últimos seis meses; nega outras doenças. Ao exame clínico, está em regular estado geral, tem Índice de Massa Corpórea de 30kg/m², desidratado, com pulso de 100bpm, frequência respiratória de 28ipm e pressão arterial de 150x100mmHg, glicemia capilar de 200mg/dL. O abdome é globoso, tenso, distendido, com muita dor à palpação do epigástrico e hipocôndrio esquerdo. A descompressão brusca não piora a dor, e não há outras alterações relevantes.

3) Homem, 38 anos de idade, vem ao pronto-socorro com história de dor epigástrica intensa e vários episódios de vômitos há 6 horas, o último com laivos de sangue. Refere ingerir cerca de 300 ml de aguardente/dia, há 10 anos. Apresenta diarreia e perda de peso nos últimos seis meses; nega outras doenças. Ao exame clínico, está em regular estado geral, tem índice de massa corpórea de 30 kg/m², desidratado, com pulso de 100 bpm, frequência respiratória de 28 irpm e pressão arterial de 150 x 100 mmHg, glicemia capilar de 200 mg/dl. O abdome é globoso, tenso, distendido, com muita dor à palpação do epigástrico e hipocôndrio esquerdo. A descompressão brusca não piora a dor, e não há outras alterações relevantes.

4) Paciente feminina, com 37 anos de idade, atendida no pronto-socorro com queixa de disúria há 3 dias, dor lombar direita e febre aferida de 38,5°C. Há um mês, a paciente refere ter apresentado sintomas semelhantes e foi tratada com cefadroxila oral por 14 dias, sem a

realização de exames subsidiários com regressão completa dos sintomas na ocasião. Realizados os seguintes exames laboratoriais e de imagem: hemograma: hemoglobina = 12,3 g/dl; hematócrito = 38%; proteína C-reativa: 11 mg/dl; creatinina: 0,9 mg/dl; urina tipo I; pH = 5,0; aspecto ligeiramente turvo; densidade = 1,006; odor = sui generis; sedimento urinário: células epiteliais raras; muco raro; cristais = ausentes; substâncias amorfas = ausentes; leucócitos = 134.000/ml; hemácias = 91.000/ml; cultura de urina: bactéria Gram-negativa em identificação;

5). Paciente de 45 anos de idade com dor na região lombar direita há 7 dias. Nega febre. Antecedente de 4 gestações e 4 partos vaginais, último há 10 anos. Nega uso de método contraceptivo. Refere atividade sexual regular, sem parceiro fixo, com secreção vaginal eventual de odor desagradável e sinusiorragia há 4 meses. Refere tratamento para sífilis durante a segunda gestação. Sem acompanhamento médico regular. Afebril, exame clínico geral sem alterações, punho-percussão positiva em região lombar direita. Exame ginecológico com achado especular abaixo. Realiza ultrassonografia de vias urinárias. Exame de sedimento urinário sem alterações.

6) Paciente de 40 anos refere amenorréia e o aparecimento de acne há 4 meses, com hipersensibilidade clitoridiana há 1 mês. Refere ciclos menstruais regulares até então. Apresenta antecedente de 2 partos vaginais, sendo o último há 4 anos. Refere menarca aos 12 anos, ciclos menstruais irregulares e espaniomenorrêicos até os 17 anos que passaram a ciclos de 32 dias com fluxo de 4 dias a partir de então. Nega uso de contraceptivos hormonais, com uso regular de preservativo. Nega cirurgias ou uso regular de medicamentos. Sem antecedentes familiares significativos. Achados relevantes no exame clínico IMC 32 Kg/m². Órgãos genitais externos sem alterações. Exame especular com colo epiteliado. Toque útero em anteversoflexão, aumento do volume anexial esquerdo e região anexial direita normal. Perfil hormonal.

7) Maria da Silva, 39 anos, em acompanhamento pré natal, primigesta, atualmente com 29 semanas de gestação (confirmada por ultrassonografia de primeiro trimestre). Antecede... pessoal: hipotireoidismo de diabetes mellitus diagnosticados há 10 anos. Ambas as doenças necessitavam de tratamento medicamentoso prévio à gestação. Nega tabagismo, etilismo e uso de drogas. Medicamentos em uso: levotiroxina 150 mcg/dia, insulina NPH (café da manhã- 16 ui, almoço- 8 ui, às 22hs - 8 ui), insulina regular (café da manhã- 10 ui, almoço - 8 ui, jantar - 4 ui e vitaminas). A paciente refere estar muito preocupada por ter lido na internet sobre as complicações que o diabetes pode causar ao seu bebê como alterações de crescimento e líquido amniótico. Ao exame clínico: bom estado geral, corada, hidratada. acianótica, anictérica, afebril. Pressão arterial 125 x 85 mmHg. Frequência cardíaca: 86 bpm. Abdome gravídico, BCF: 140 bpm, dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal, altura uterina: 23 cm. A paciente realizou ultrassonografia obstétrica com peso estimado fetal de 950g e índice de líquido amniótico: 11 cm. A seguinte imagem acompanhava o exame: Resultados anexos à imagem. S/D - Razão sístole diástole = 7,58. PI - índice de pulsatilidade = 2,09. Frequência cardíaca fetal = 132 bpm. Valores de referência para

medida de índice de pulsatilidade e de razão sístole diástole na artéria umbilical, baseada na idade gestacional.

8) Maria Helena, 35 anos, G2 P1c, 38 6/7 semanas (idade gestacional confirmada pela data da última menstruação e pela ultrassonografia precoce), procura a maternidade relatando dor em abdome inferior, tipo cólica, de intensidade moderada, a cada 5 minutos. A paciente nega perdas vaginais e refere boa movimentação fetal. Pesquisa de estreptococos do grupo B negativa. Ao exame clínico, a paciente apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica, afebril. PA: 130 x 88 mmHg; FC: 90 bpm. Abdome gravídico; BCF: 140 bpm; dinâmica uterina: 2 contrações em 10 minutos, de moderada intensidade; tônus uterino normal; altura uterina: 35 cm. Ao toque vaginal: colo fino, medianizado, 3 cm de dilatação, cefálico, -3 de Lee. O médico que a atendeu diagnosticou trabalho de parto, optou pela internação da paciente e a conduziu ao pré- parto. Após três horas, a paciente dizia estar com muita dor. Foi optado, neste momento, pela realização de analgesia de parto. Durante a anestesia peridural, a dura-máter foi acidentalmente perfurada. O anestesista realizou nova punção no espaço intervertebral superior com sucesso.

9). Gestante HDF, com 15 anos de idade, é admitida na maternidade em trabalho de parto, com idade gestacional de 36 semanas e 2 dias. Realizou Pré-natal em Unidade Básica de Saúde. A rotura de membranas foi realizada 1 hora antes do parto, que foi vaginal. Recém-nascida (RN) com Boletim de Apgar de 7, 8 e 10 no primeiro, quinto e décimo minutos de vida, com peso de nascimento de 3.700 g, estatura de 48,0 cm e perímetro cefálico de 33,5 cm. Encaminhada ao Alojamento Conjunto, permaneceu bem até que, com 23 horas de vida, apresentou tremores de extremidades. A glicemia capilar, realizada neste momento, foi de 55 mg%.

10) Um paciente masculino, com 25 dias de vida, que foi trazido por quadro de febre de até 38,1°C. A mãe refere que o quadro se iniciou há 8 horas atrás, foram 2 picos febris com temperaturas de 37,9° e 38,1°C, sendo medicado com paracetamol há 1 hora atrás. Nega tosse, coriza ou cansaço. Diurese presente, sem alterações. Evacuações de 5 a 6 vezes ao dia, com fezes pastosas esverdeadas, sem mudança de padrão nos últimos dias. Boa aceitação das mamadas. Nascida de termo, parto cesárea por iteratividade, peso de nascimento de 3.100 g, sem intercorrências peri-natais. Trata-se do terceiro filho de mãe de 35 anos, professora universitária, e pai de 37 anos, engenheiro civil, ambos hígidos. Ao exame clínico, a criança está em bom estado geral, corada, hidratada, anictérica. Temperatura axilar de 36,5°C. FC = 126 bpm, FR = 48 irpm, tempo de enchimento capilar < 3 segundos. Ativa e reativa, bom tônus, fontanela bregmática normotensa. Sem alterações as propedêuticas cardíaca, pulmonar e abdominal. Períneo íntegro. Boa perfusão periférica. No plantão anterior, o médico plantonista optou pela realização dos seguintes exames: Hemograma Completo; Hb 13,4 g/dL, Ht = 37,6%; Leucócitos = 7.440/mm³ (42% de segmentados, 46% de linfócitos, 10% de monócitos, 1% de eosinófilos, 1% de basófilos... Plaquetas = 473 mil/mcL; Urina tipo 1 (colhida por sondagem vesical de alívio): Densidade =

1010, pH = 7,0, Proteínas = negativo, Glicose = negativo, Nitrito = negativo, Bactérias = ausente, Sangue = ++; Sedimento Urinário: Leucócitos = 6.000/mL (referência = até 10.000/mL); Hemácias = 8.000/mL (referência = até 10.000/mL); Radiografia de tórax = sem alterações significativas. Hemocultura, Urocultura e Pesquisa de vírus respiratórios já colhidos, aguardando resultado. Tendo em vista os dados apresentados, é necessário solicitar algum outro exame complementar para este paciente?

11) Paciente masculino, de 6 anos de idade, foi levado ao pronto socorro infantil com quadro de varicela. O quadro se iniciou há 9 dias atrás, já havia melhorado da febre, porém voltou a apresentar febre de até 39°C há 2 dias. A mãe refere que a criança está mais prostrada, com recusa alimentar e que as lesões ficaram maiores e começaram a "soltar a pele". Refere também cansaço, mas sem tosse, coriza ou obstrução nasal. Nega vômitos ou diarreia. Refere diminuição da diurese no último dia. Nega uso de medicações recentemente. Nega alergias. Sem comorbidades. Ao exame clínico, a criança estava prostrada, sonolenta, com os seguintes parâmetros vitais: FC=162bpm, FR=46 irpm, com tempo de enchimento capilar de 4 segundos. PA = 90 x 62 mmHg, T = 39,2°C. Sem alterações nas propedêuticas cardíaca e pulmonar. Abdome flácido com fígado palpável a 3 centímetros do rebordo costal direito, baço não palpável. Sem sinais de irritação meníngea. Pele apresentava-se eritodermica, com lesões conforme foto abaixo.

12) Paciente com 23 dias de vida, sexo feminino, é levada para sua primeira consulta pediátrica. Mãe com 28 anos de idade, primeira gestação, e pai, 35 anos de idade, ambos hígidos. A gestação ocorreu sem intercorrências. O bebê nasceu a termo (idade gestacional de 39 semanas), parto vaginal sem intercorrências, Peso de nascimento = 3290g, Estatura = 49cm, Perímetro cefálico = 35cm, Apgar 8/9/10. Não houve intercorrências no período neonatal e o recém-nascido teve alta hospitalar no 3º dia de vida, pesando 3000g, com icterícia zona I de Krammer e recebendo aleitamento materno exclusivo. Ainda na maternidade recebeu as vacinas contra BCG e Hepatite B. A mãe está preocupada pois acredita que "seu leite está fraco" e que não está sendo suficiente para nutrir o recém-nascido. Ela refere que está amamentando de 3 em 3 horas, por aproximadamente 30 a 40 minutos, mas ele frequentemente chora antes do horário da próxima mamada. Refere que esta queixa ficou muito mais intensa na última semana, que ele tem episódios de choro inconsolável entre as mamadas, diariamente, que pioram no período noturno. Está acordando praticamente de hora em hora durante a madrugada. A mãe nota que há urina e fezes amareladas e semi-líquidas em quase todas as trocas de fralda. A mãe também está bastante preocupada com manchas vermelhas que surgiram no corpo do bebê nos últimos dias. Ao exame clínico, a criança apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada e ativa, anictérica. Peso = 3600g Estatura = 52 cm Perímetro cefálico = 37 cm. Exames cardíaco e pulmonar sem alterações. Pulsos periféricos presentes e simétricos. Abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes, fígado palpável a 1cm do RCD e baço não palpável. Períneo íntegro. Manobra de Ortolani negativa; Reflexo vermelho presente bilateralmente; Exame da pele: vide foto anexa. A mãe questiona a necessidade de introduzir fórmula láctea infantil para complementar a alimentação da criança. Indique o parâmetro mais importante a ser utilizado para orientar esta decisão.

13) Homem de 56 anos de idade, admitido por dor torácica retroesternal de forte intensidade, em pressão, há 30 minutos, sem irradiação e acompanhada de sudorese. É hipertenso, em uso regular de hidroclorotiazida. Tabagista de 30 maços/ano. Ao exame

clínico: pulso de 84 bpm; frequência respiratória = 12 irpm; pressão arterial = 168 x 104 mmHg em MSD; pulsos assimétricos; bulhas cardíacas normofonéticas com sopro diastólico em foco aórtico 3+/6+; exame clínico pulmonar e abdominal normais. Realizados na sala de emergência os dois exames a seguir.

14) Mulher de 67 anos de idade, procedente de São Paulo-SP, procura pronto-socorro de hospital secundário por conta de febre há 3 dias. Relata vômitos, mialgia, cefaleia principalmente retro-orbitária, prostração, astenia e febre diária de até 39°C no período. Nega tosse, odinofagia, coriza. Nega alterações urinárias. Refere casos semelhantes em sua região com diagnóstico de dengue. Acompanha no ambulatório por insuficiência coronariana crônica classe funcional I (infarto prévio há 3 anos tratado com angioplastia primária) e hipertensão arterial sistêmica. Faz uso regular de ácido acetilsalicílico, enalapril, hidroclorotiazida e atenolol. Ao exame clínico, apresenta-se em regular estado geral; desidratada +2/+4; pressão arterial = 108 x 66 mmHg; frequência cardíaca = 104 bpm; hepatomegalia dolorosa a 2 cm do rebordo costal direito; semiologia pulmonar com ausculta da voz diminuída e percussão submaciça em base pulmonar direita; restante do exame clínico sem alterações significativas. Indique a classificação de risco para manejo da dengue neste caso, conforme os critérios do Ministério da Saúde.

15) Homem de 34 anos de idade procura o pronto-socorro de um hospital terciário, pois apresenta há 4 dias mal-estar, náuseas, vômitos, dor abdominal, tosse produtiva, dispneia, e períodos de febre com temperatura axilar de até 39°C. É diabético há 20 anos e faz uso de insulina ultralenta e ultrarrápida orientando-se por contagem de carboidratos. Está em seguimento ambulatorial regular com ótima aderência e bom controle. Entretanto, nos últimos 4 dias, houve aumento da glicemia com necessidade de doses mais elevadas de insulina. Também fez uso de inalação com fenoterol na tentativa de melhorar a sensação de dispneia. Hoje apresentou queda do estado geral importante. O paciente foi levado à sala de emergência e monitorizado. Foi obtido acesso venoso e coletados exames. Ao exame clínico de entrada, apresentava-se em mau estado geral, desidratado +3/+4, acianótico, anictérico, afebril, desorientado temporoespacialmente e torporoso; sem sinais meníngeos; tempo de enchimento capilar de 6 segundos; pressão arterial = 80 x 50 mmHg; frequência cardíaca = 120 bpm; frequência respiratória = 40 irpm; saturação de O₂ em ar ambiente = 95%; ausculta pulmonar com estertores finos em ápice direito; bulhas taquicárdicas sem outras alterações na ausculta cardíaca; abdome plano, flácido, descompressão brusca indolor, Giordano negativo; exame clínico sem outras alterações. Realizada glicemia capilar = 390 mg/dl. Cite a conduta terapêutica imediata:

16) Homem de 34 anos de idade procura o pronto-socorro de um Hospital Terciário pois apresenta há 4 dias mal-estar, náuseas, vômitos, dor abdominal, tosse produtiva, dispneia, e períodos de febre com temperatura axilar de até 39°C. É diabético há 20 anos e faz uso de insulina Ultra Lenta e Ultra-rápida orientando-se por contagem de carboidratos. Está em seguimento ambulatorial regular com ótima aderência e bom controle. Entretanto, nos últimos 4 dias houve aumento da glicemia com necessidade de doses mais elevadas de insulina. Também fez uso de inalação com fenoterol na tentativa de melhorar a sensação de dispneia. Hoje apresentou queda do estado geral importante. O paciente foi levado à sala de emergência e monitorizado. Foi obtido acesso venoso e coletados exames. Ao exame

clínico de entrada apresentava-se em mau estado geral, desidratado +3/+4, acianótico, anictérico, afebril, desorientado têmporo-especialmente e torporoso; sem sinais meníngeos; tempo de enchimento capilar de 6 segundos, pressão arterial = 80 x 50 mmHg, frequência cardíaca = 120 bpm, frequência respiratória = 40 ipm, Saturação de O₂ em ar ambiente = 95%; ausculta pulmonar com estertores finos em ápice direito; bulhas taquicárdicas sem outras alterações na ausculta cardíaca; abdome plano, flácido, descompressão brusca indolor, Giordano negativo; exame clínico sem outras alterações. Realizada glicemia capilar = 390mg/dL. Após medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais adequadas, o paciente foi transferido para unidade de terapia intensiva (UTI). Neste momento, ainda em mau estado geral, com tempo de enchimento capilar de 2 segundos, pressão arterial = 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 105 bpm; e restante do exame clínico mantido como o da avaliação inicial. Você recebe os seguintes resultados de exame do paciente. Considerando que o paciente irá permanecer em jejum, faça a prescrição com os outros 4 principais itens que devem ser administrados para este paciente neste momento.

17) Mulher de 46 anos de idade procura a unidade básica de saúde com queixa de tosse seca há 8 meses. A tosse ocorre dois dias da semana no período diurno e quase todas as noites, além de episódios intermitentes de rouquidão. Teve um ganho de peso de 10 kg nos últimos dois anos, que associa ao aumento do consumo de alimentos com alto teor calórico. Tentou iniciar programa de atividade física, mas interrompeu, pois no último ano apresenta dispneia aos grandes esforços. Também no último ano, relata dor retroesternal com pirose que melhora com o uso de antiácidos. Tem antecedente pessoal de enxaqueca, com diminuição significativa de frequência e da intensidade das crises após introdução de propranolol 60 mg/dia há 8 meses. Refere que antes da introdução do propranolol tinha 2 crises intensas semanais. Ex-tabagista de 6 anos-maço, parou há 20 anos. No exame clínico:EG, consciente, orientada, corada, hidratada, acianótica, anictérica, eupneica, índice de massa corpórea = 31,7 kg/m², altura = 168 cm, pressão arterial=130x88mmHg, frequência cardíaca = 76 bpm, semiologias cardíaca, pulmonar, abdominal e de membros inferiores sem alterações. Traz os seguintes exames complementares:adiografia de tórax sem alterações. Ecocardiograma com fração de ejeção de 65%, restantes do exame normal. Espirometria: Cite as três principais hipóteses diagnósticas para o caso além da enxaqueca crônica.

USP 2017

18)

ID: Feminino, 32 anos, G1P0A1, em união estável, desejo reprodutivo atual.

QD: “Quero engravidar; meu fluxo ficou mais forte.”

HPMA: Desejo gestacional. Há 8 meses, gestação com aborto espontâneo em 7 semanas, sem necessidade de curetagem. Desde então, mantém vida sexual regular e não faz uso de

método contraceptivo. Refere ciclos regulares, intervalo de 30 dias, duração 4 dias, porém com fluxo aumentado desde o aborto; relata troca de absorvente a cada 2–3h nos 2 primeiros dias e episódios de coágulos pequenos, com astenia nos dias de maior sangramento, sem síncope. Nega dor pélvica crônica, dispareunia, febre, corrimento fétido, sangramento intermenstrual ou pós-coital. Nega galactorreia, hirsutismo, sintomas tireoidianos. Parceiro sem comorbidades conhecidas, e espermograma normal. Exame ginecológico: genitais externos normais; especular com conteúdo vaginal habitual e colo epitelizado; toque com útero em anteversoflexão, regular, não doloroso à mobilização, volume habitual. Pela queixa de hipermenorreia e planejamento reprodutivo, solicitados hemograma, ferritina e USG transvaginal para avaliação de cavidade/endometrial (resultados pendentes).

ISDA: Nega febre/perda ponderal; nega sintomas urinários; nega alterações intestinais; nega cefaleia visual/galactorreia; refere apenas hipermenorreia.

AP: Aborto espontâneo 1º trimestre há 8 meses. Nega HAS/DM/trombose prévia. Cirurgias: nega. Medicações: nega uso contínuo. Alergias: nega. Hábitos: nega tabagismo; etilismo social eventual (anotado em consulta).

AF: Sem história familiar referida de infertilidade, perdas recorrentes, trombofilias (a detalhar em seguimento).

19)

ID: Feminino, 30 anos, G1P1 (parto vaginal há 8 anos), uso de preservativo.

QD: “Cólica do lado direito há meses, não melhora.”

HPMA: Há 4 meses iniciou dor em região lombar direita, em cólica, com irradiação para pelve, progressiva, sem melhora com analgésicos/AINEs. Nega disúria e polaciúria. Ciclos regulares, dismenorreia leve autolimitada. Nega febre, náuseas/vômitos persistentes, alteração do hábito intestinal. Exame abdominal: plano, flácido, sem massas, dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita; punho-percussão lombar negativa. Exame ginecológico: especular com conteúdo vaginal habitual, colo epitelizado, zona de transição normal; toque com útero retrovertido, tamanho habitual, dor à palpação em fórnice posterior e tumoração anexial direita regular, móvel e indolor. Exames: sedimento urinário normal; colpocitologia classe II. Diante de dor persistente com massa anexial, foi solicitado USG pélvico/transvaginal e o USG de vias urinárias (rim direito) constava como parte da investigação diferencial (litíase/hidronefrose), com laudo ainda não descrito/pendente no encaminhamento trazido pela paciente.

ISDA: Nega febre/calafrios; nega corrimento anormal/prurido; nega sintomas urinários; nega perda ponderal; dor pélvica/lombar à direita persistente.

AP: Sem comorbidades referidas. Cirurgias: nega. Medicações: analgésicos e AINEs esporádicos, sem resposta. Alergias: nega. Hábitos: não informados.

AF: Sem dados no enunciado.

20)

ID: Feminino, 25 anos, nuligesta, em uso de contraceptivo oral combinado.

QD: “Dor pélvica e corrimento com sangue.”

HPMA: Há 7 dias iniciou mialgia inespecífica, cefaleia e febre não aferida, com melhora com paracetamol. Há 4 dias evoluiu com dor pélvica e corrimento vaginal mucossanguinolento intenso. Ao exame: regular estado geral; FC 80 bpm; PA 120/70 mmHg; temperatura axilar 37,2°C (afebril no momento). Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Linfonodos inguinais palpáveis, móveis, fibroelásticos e dolorosos. Genitais externos sem alterações. Ao exame especular (descrição compatível com quadro agudo): secreção cervical/vaginal mucossanguinolenta abundante, colo hiperemiado e friável ao toque; sem lesões vulvares evidentes. Em avaliação dirigida, refere dispareunia recente e dor hipogástrica à palpação; dor à mobilização do colo discretamente positiva, sem sinais de peritonismo. Diante da suspeita de IST/cervicite e possível doença inflamatória pélvica inicial, foram solicitados beta-hCG, NAAT para clamídia/gonococo, sorologias (HIV/sífilis/hepatites) e EAS/urocultura (resultados pendentes).

ISDA: Febre prévia referida, atualmente afebril; corrimento mucossanguinolento; dor pélvica; nega disúria; nega tosse/dispneia; nega lesões cutâneas extensas.

AP: Nega comorbidades. Medicações: ACO combinado; paracetamol recente. Alergias: nega. Cirurgias: nega. Sexual: em consulta, relata parceria sexual recente e uso irregular de preservativo (anotado por relevância clínica).

AF: Não informado.

21)

ID: Feminino, 27 anos, maratonista, G1P1 (parto vaginal há 7 anos).

QD: “Não menstruo desde que tirei o DIU.”

HPMA: Usava DIU liberador de progestogênio há 8 meses; retirou por desejo pessoal. Desde então, manteve treinamento habitual e utiliza preservativo. Refere amenorreia desde a retirada, sem dor pélvica. Beta-hCG negativo. Foi realizado teste do progestagênio com medroxiprogesterona 10 mg/dia por 10 dias, sem sangramento de privação. Dosagens: FSH 1,2 mUI/mL e LH 2,1 mUI/mL. Ressonância de sela túrcica normal. Em anamnese dirigida, relata aumento recente do volume de treino e restrição calórica para performance, com leve perda ponderal e redução de gordura corporal; nega galactorreia e queixa visual. Exame geral sem sinais de virilização; sem galactorreia à expressão.

ISDA: Nega cefaleia progressiva/alteração visual; nega galactorreia; nega fogachos; nega corrimento; queixa principal é amenorreia.

AP: Sem comorbidades referidas. Cirurgias: nega. Medicações: nega uso contínuo além de suplementos esportivos ocasionais. Alergias: nega. Hábitos: atleta de endurance, alto gasto energético.

AF: Não informado.

22)

ID: Feminino, 40 anos, G2P2 (2 partos vaginais; último há 10 anos).

QD: “Menstruação muito forte; hoje está intenso.”

HPMA: Há 5 ciclos com sangramento menstrual excessivo: intervalos de 30 dias, duração de 7 dias, com eliminação de coágulos. Nega comorbidades, medicações de uso contínuo, cirurgias prévias e alergias. Marido vasectomizado. Encontra-se no 3º dia do ciclo, com sangramento intenso no momento. Refere cansaço e tontura leve ao levantar desde o início do ciclo atual, sem síncope, sem dor pélvica importante. Exame: FC 90 bpm, PA 120/80 mmHg; abdome flácido e indolor. Especular: colo epitelizado, grande quantidade de sangue em vagina com exteriorização pelo canal cervical. Toque: útero em AVF, não doloroso, tamanho normal, anexos livres. Pela intensidade do sangramento e tempo de evolução, solicitados hemograma, ferritina, TSH e USG transvaginal para investigação de AUB (sem resultados disponíveis no momento do registro).

ISDA: Nega febre; nega corrimento fétido; nega sangramento pós-coital; nega equimoses/sangramentos gengivais; refere apenas hipermenorreia com coágulos e astenia.

AP: Nega HAS/DM. Cirurgias: nega. Medicações: nega contínuas. Alergias: nega.

AF: Não informado (a checar: miomas, coagulopatias, neoplasias ginecológicas).

23)

ID: Feminino, 60 anos, sem dados de paridade no enunciado.

QD: “Barriga inchada, cansaço e falta de ar.”

HPMA: Refere aumento progressivo do volume abdominal nas últimas semanas/meses, associado a astenia e dispneia intensa, principalmente aos esforços habituais. Nega dor abdominal importante, mas relata sensação de plenitude/empachamento e redução do apetite. Ao exame clínico, abdome globoso com ascite volumosa (macicez móvel e sem sinais de irritação peritoneal). No exame pélvico (toque vaginal), identifica-se tumor sólido, irregular e fixo, deslocando o útero lateralmente à esquerda, além de nódulos irregulares em

fórnice vaginal posterior (sugestivos de implantes). Realizada punção de alívio de ascite com envio para citologia, cujo resultado foi compatível com adenocarcinoma seroso de ovário. Paciente orientada quanto a sinais de alarme pós-paracentese (dor progressiva, febre, hipotensão), e solicitados exames de estadiamento (hemograma, função renal/hepática, albumina, coagulograma e imagem abdominal/pélvica) conforme disponibilidade do serviço.

ISDA: Nega tosse/chiado; nega dor torácica típica; nega disúria; relata possível perda ponderal não quantificada (a esclarecer); sem febre.

AP: Sem comorbidades informadas. Cirurgias: não informado. Medicações: não informado. Alergias: não informado. Hábitos: não informado.

AF: Não informado (a checar: câncer de ovário/mama, padrão hereditário).

24)

ID: Feminino, 32 anos, primigesta, IG 35 semanas (compatível com 1º US).

QD: “Bebê mexendo menos há 1 dia.”

HPMA: Gestante com 35 semanas, refere redução da movimentação fetal percebida há 24h. Traz anotações de pré-natal: ao exame, bom estado geral, PA 160×100 mmHg, FC 84 bpm, BRNF 2T com sopro sistólico em foco aórtico 2+/6+. Abdome gravídico, altura uterina 29 cm, BCF presente, dinâmica uterina ausente. Edema de mãos e face 2+/4+ e edema simétrico de MMII 2+/4+, sem sinais clínicos de TVP. Exames do dia anterior: proteinúria de 24h 1,54 g/volume e ácido úrico 7,5 mg/dL. Na admissão, realizada avaliação inicial de bem-estar materno-fetal: ausculta de BCF confirmada e orientada monitorização fetal (cardiotocografia) e ultrassonografia obstétrica com doppler conforme protocolo do serviço, além de investigação laboratorial materna para gravidade (hemograma/plaquetas, transaminases, creatinina, DHL) e pesquisa de sintomas de alarme (cefaleia, escotomas, epigastralgia, dispneia).

ISDA: Nega febre; nega sintomas urinários; nega tosse/coriza. Em triagem dirigida para gravidade: questionada cefaleia intensa, alterações visuais e dor epigástrica (não descritas no enunciado; registradas como “a esclarecer/negadas se ausentes”).

AP: Sem comorbidades informadas. Medicações: não informadas (a checar uso de AAS/anti-hipertensivo). Alergias/cirurgias: não informadas.

AF: Não informado.

25)

ID: Feminino, 32 anos, primigesta, IG 35 semanas (1º US compatível).

QD: “Estou internada pela pressão e agora subiu de novo; vim por bebê mexendo menos.”

HPMA: Mesma gestante do caso anterior: admitida por PA 160×100 mmHg, edema de face/mãos, proteinúria 24h 1,54 g e ácido úrico 7,5 mg/dL, associada a queixa de diminuição de movimentação fetal há 1 dia. Após 2 dias de internação, evolui com novo pico hipertensivo, PA 170×120 mmHg. Realizada avaliação de vitalidade fetal: índice de líquido amniótico 7,3 cm e cardiotocografia realizada conforme traçado do exame (não detalhado no texto do enunciado). Mantida vigilância materna para sinais de iminência de eclâmpsia/HELLP e reavaliação seriada de exames laboratoriais, além de controle pressórico e discussão de timing de resolução conforme critérios obstétricos e vitalidade fetal.

ISDA: Nega sintomas respiratórios; nega sintomas urinários. Triage dirigida: questionada cefaleia/alterações visuais/epigastria (não descritas; registrar conforme presença/ausência na sua adaptação).

AP: Sem comorbidades informadas. Medicamentos durante internação: não informadas no enunciado (em prontuário real, registrar anti-hipertensivos usados e necessidade de sulfato de magnésio conforme gravidade).

AF: Não informado.

26)

ID: Feminino, 23 anos, primigesta, gestação por fertilização assistida, IG ~5 semanas.

QD: “Sangramento em borra de café no começo da gravidez.”

HPMA: Gestante de 5 semanas (diagnosticada por beta-hCG sérico 2.350 mUI/mL há 2 dias) procura pronto atendimento por sangramento vaginal em pequena quantidade, tipo “borra de café”, sem exteriorização de coágulos. Refere cólica leve intermitente, sem dor intensa unilateral. Ao exame clínico: hemodinamicamente estável, abdome indolor, sem sinais de irritação peritoneal; ao exame ginecológico, pequena quantidade de sangue coletado em fórnice posterior. USG: útero em AVF com eco endometrial espessado 16 mm e imagem paraovariana esquerda 28×20×22 mm (imagem anexa no enunciado). Repetido beta-hCG no atendimento: 1.650 mUI/mL. Registrado risco aumentado por gestação assistida e diferencial entre gestação intrauterina inicial não evolutiva vs gestação ectópica/heterotópica; orientada vigilância clínica rigorosa, reavaliação seriada com beta-hCG e ultrassom conforme protocolo, com retorno imediato se dor abdominal forte, síncope ou sangramento volumoso.

ISDA: Nega febre; nega sintomas urinários; nega sintomas respiratórios. Sem diarreia/vômitos importantes.

AP: Infertilidade com necessidade de reprodução assistida (sem detalhes). Medicamentos: provável suporte luteínico (progesterona) — não informado no enunciado; em sua versão,

pode registrar “em uso de progesterona conforme protocolo” se quiser aumentar realismo. Alergias/cirurgias: não informadas.

AF: Não informado.

27)

ID: Feminino, 35 anos, primigesta, IG 33 semanas.

QD: “Cólicas frequentes há 4 horas.”

HPMA: Gestante 33 semanas, procura PS com dor abdominal em cólica há 4 horas, intervalos <5 min. Antecedente pessoal: cardiopatia reumática com estenose mitral moderada, em uso de furosemida 40 mg/dia e propranolol 40 mg/dia. Ao exame: bom estado geral, PA 130×80 mmHg, FC 96 bpm; bulhas rítmicas normofonéticas, sopro com ruflar diastólico em foco mitral. Abdome gravídico, AU 32 cm, dinâmica uterina com 2 contrações moderadas em 10 min, tônus uterino normal, BCF 136 bpm. Ao exame vaginal: colo médio, medianizado, 3 cm de dilatação, com líquido claro sem grumos em fundo de saco posterior (sugestivo de amniorrexe; em prontuário real, registrar teste de cristalização/inspeção/USG e avaliação de cor/odor). Diante de suspeita de trabalho de parto prematuro e comorbidade cardíaca, registrada necessidade de manejo em alto risco: monitorização materno-fetal, avaliação cardiológica/anestésica, e definição de tocolise/corticoterapia/GBS conforme elegibilidade e contraindicações.

ISDA: Nega febre e sintomas urinários; sem tosse/coriza; nega dor torácica/ortopneia no momento (triagem importante pela estenose mitral).

AP: Cardiopatia reumática com estenose mitral moderada. Medicações: furosemida e propranolol conforme acima. Alergias/cirurgias: não informadas. Hábitos: não informado.

AF: Não informado.

28)

ID: Feminino, 35 anos, gestante, IG 39 semanas.

QD: “Contrações fortes e regulares.”

HPMA: Admitida no centro obstétrico em trabalho de parto espontâneo. Refere contrações regulares e dolorosas, sem sangramento vaginal. Nega perda de líquido há muitas horas, porém evoluiu com rotura espontânea de membranas já na admissão, com líquido amniótico claro. Ao exame: bom estado geral, sem sinais de sofrimento. Abdome gravídico, AU 37 cm, dinâmica uterina presente, BCF 146 bpm, apresentação cefálica. Toque vaginal: colo fino,

medianizado, 7 cm, plano 0 de De Lee. Sem sinais clínicos de corioamnionite. Iniciada monitorização fetal contínua e medidas de rotina do pré-parto (acesso venoso, analgesia conforme protocolo/solicitação, hidratação venosa conforme necessidade).

ISDA: Nega cefaleia intensa/escotomas; nega dispneia, dor torácica; nega disúria; afebril.

AP: Nega doenças prévias (sem HAS/DM). Cirurgias: nega. Medicações: apenas polivitamínico/ferro (habitual de pré-natal). Alergias: nega.

AF: Sem dados relevantes referidos.

29)

ID: Feminino, 34 anos, tercigesta, 2 partos vaginais prévios, IG 33 semanas e 4 dias.

QD: “Dor no baixo ventre após acidente de carro e bebê mexendo menos.”

HPMA: Transferida do PA de cirurgia após trauma automobilístico (auto-auto) há 2 horas, com dor em andar inferior do abdome e diminuição da movimentação fetal desde o evento. Antecedente de HAS crônica em uso de alfametildopa 2 g/dia.

Exame inicial: regular estado geral, corada, hidratada, afebril, PA 148×96 mmHg, abdome doloroso em hipogastro; dinâmica uterina irregular; BCF 134 bpm; AU 33 cm; tônus uterino normal. Toque: colo grosso, posterior, pêrvio 1 cm. Optado por analgesia (escopolamina + dipirona EV) e reavaliação seriada.

Após 2 horas, refere intensificação importante da dor. Reavaliação: PA 150×90 mmHg; abdome muito doloroso; dinâmica uterina 4 contrações/10 min; BCF 119 bpm; AU 36 cm; tônus discretamente aumentado. Toque: colo médio, medianizado, pêrvio 3 cm. Cardiotocografia categoria 2. Pelo contexto (trauma + dor intensa + taquissistolia/aumento de tônus + alteração de BCF/CTG), registrado alto risco para descolamento prematuro de placenta e/ou sofrimento fetal: indicada vigilância contínua materno-fetal, coleta de hemograma, coagulograma/fibrinogênio, tipagem e prova cruzada, avaliação ultrassonográfica (quando não atrasar conduta) e discussão imediata de via de parto conforme estabilidade materna e status fetal.

ISDA: Nega perda de líquido e sangramento vaginal evidente (questionado ativamente); nega dispneia/dor torácica; sem sintomas urinários; afebril.

AP: HAS crônica. Medicações: alfametildopa 2 g/dia. Alergias: não referidas. Cirurgias: não referidas.

AF: Não informado.

30)

ID: Feminino, 32 anos, puérpera de parto vaginal a termo, D8 pós-parto.

QD: “Febre, calafrios e dor na mama esquerda.”

HPMA: Procura pronto-atendimento no 8º dia pós-parto com calafrios, febre e mastalgia em mama esquerda. Antecedentes: HAS crônica desde os 13 anos e doença renal crônica não dialítica em seguimento com nefrologia.

Exame: bom estado geral, corada, T oral 38,4°C, FC 110 bpm, PA 98×60 mmHg. Abdome indolor; útero contraído; lóquios fisiológicos; toque vaginal: colo grosso, posterior, impérvio. Inspeção mamária (conforme imagem do enunciado) com achados compatíveis com processo inflamatório localizado; palpação da mama esquerda limitada pela dor, sem tumoração identificável (sem flutuação evidente). Diante de febre + taquicardia e PA limítrofe, registrado risco de infecção puerperal/mastite com necessidade de estratificar gravidade: iniciadas medidas de suporte (hidratação EV conforme avaliação clínica e função renal), analgesia e orientação para manutenção do esvaziamento mamário; solicitados hemograma, PCR e, se disponível, ultrassom de mama para excluir coleções/abscesso e guiar conduta antibiótica, com reavaliação seriada de sinais vitais.

ISDA: Nega tosse/coriza; nega disúria; sem dor abdominal importante; sem sangramento uterino anormal.

AP: HAS crônica + DRC não dialítica. Medicações habituais: não especificadas no enunciado (em prontuário real, registrar anti-hipertensivos/nefroprotetores e ajustar conforme lactação/DRC). Alergias/cirurgias: não informadas.

AF: Não informado.

31)

ID: Feminino, gestante, 27 semanas, **DM1**.

QD: “Consulta de vitalidade fetal / pré-natal de alto risco.”

HPMA: Em seguimento por diabetes mellitus tipo 1, comparece para exame de vitalidade fetal com 27 semanas. Optado por dopplerfluxometria do cordão umbilical. No laudo, considerados os valores de referência para 27 semanas: relação sístole/diástole (S/D) 2,17–4,5 (P5–P95) e PI da artéria umbilical 0,63–1,65 (P5–P95). Registrado no prontuário que a interpretação do Doppler deve correlacionar os índices obtidos com esses limites (P95) para definir se há aumento de resistência placentária, necessidade de maior vigilância e eventual ajuste de programação de vitalidade fetal.

ISDA: Nega febre; nega sintomas urinários; sem queixas respiratórias; nega sangramento/perda de líquido.

AP: DM1 (tempo de doença não informado). Medicções: insulino terapia (esquema a detalhar). Alergias/cirurgias: não informadas.

AF: Não informado.

32)

ID: Masculino, 5 anos, internado em enfermaria pediátrica (leito 01), D3 de tratamento.

QD: “Apareceram lesões na pele coçando muito.”

HPMA: Em 3º dia de tratamento de pneumonia lobar, com derrame pleural laminar à direita não puncionável, em uso de penicilina cristalina, com melhora clínica significativa do quadro respiratório. Desde a manhã de hoje, iniciou lesões cutâneas pruriginosas difusas (aspecto conforme imagem do enunciado). Encontra-se em quarto compartilhado com outras duas crianças, incluindo menina de 9 anos com imunossupressão grave por doença neoplásica (leito 02). Diante do surgimento de exantema em ambiente hospitalar e presença de contactante imunossuprimida, registrada necessidade de: descrição dermatológica detalhada (morfologia/distribuição, presença de vesículas/crostras, acometimento de mucosas), checagem de calendário vacinal/exposição prévia e revisão de drogas em uso (incluindo penicilina) para diferenciar farmacodermia de doença exantemática transmissível, além de medidas imediatas de precaução/isolamento conforme hipótese clínica mais provável e avaliação do risco para a contactante imunossuprimida.

ISDA: Sem queixa GI importante; nega disúria; sem queixas neurológicas; sem piora respiratória no momento (mantém melhora da pneumonia).

AP: Pneumonia lobar em tratamento com penicilina cristalina. Alergias medicamentosas prévias: não referidas (a checar). Vacinação: a checar (crucial para hipóteses exantemáticas).

AF: Não informado.

33)

ID: Masculino, 11 anos, fibrose cística, em seguimento regular em ambulatório de pneumologia.

QD: “Tosse com catarro verde e falta de ar.”

HPMA: Há 3 dias com tosse produtiva com expectoração esverdeada, associada a dispneia e dor torácica pleurítica, com piora de tolerância ao esforço e aumento de necessidade de fisioterapia respiratória domiciliar. Nega hemoptise. Mantém boa aceitação alimentar, sem vômitos. Radiografia de tórax com padrão semelhante ao basal, sem novos achados. Em culturas recentes de escarro houve crescimento de *Staphylococcus aureus* meticilino-sensível e *Pseudomonas aeruginosa* multi-sensível. Quadro sugerindo exacerbação pulmonar da fibrose cística; DDx: pneumonia comunitária, ABPA, exacerbação por broncoespasmo.

ISDA: Nega diarreia, disúria, rash cutâneo e cefaleia importante.

AP: Fibrose cística (demais comorbidades não informadas). Alergias: não referidas.

AF: Não informado.

34)

ID: Feminino, 12 anos, previamente hígida.

QD: “Dor de garganta e febre.”

HPMA: Há 2 dias com febre (máx. 39,2°C), odinofagia intensa, cefaleia e dor abdominal. Nega tosse e coriza. Ao exame: bom estado geral, linfonodomegalias cervicais bilaterais fibroelásticas (~1 cm), sem outros achados relevantes além de hiperemia/exsudato em oroscopia conforme enunciado. Prova rápida para estreptococo negativa. Quadro compatível com faringoamigdalite viral (considerar mononucleose); DDX: faringoamigdalite estreptocócica, abscesso peritonsilar.

ISDA: Nega dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, diarreia e sintomas urinários.

AP: Sem comorbidades e sem alergias referidas.

AF: Não informado.

35)

ID: Masculino, 4 anos, previamente hígido.

QD: “Vômitos e diarreia.”

HPMA: Há 2 dias com vômitos e diarreia, associados a febre (máx. 38,5°C). Na avaliação inicial em PS: regular estado geral, descorado 1+/4+, hipoativo, TEC 5 s, FR 26 irpm, T 37,3°C, sem outros achados ao exame. Iniciada expansão volêmica e coletados exames: Na 138 mEq/L, K 2,1 mEq/L, ureia 48 mg/dL, creatinina 0,3 mg/dL; gasometria venosa pH 7,29, HCO₃⁻ 17 mEq/L. Quadro sugestivo de gastroenterite aguda com desidratação e hipocalcemia grave; DDX: sepse de foco gastrointestinal, intoxicação/ingestão.

ISDA: Nega tosse/dispneia, otalgia, exantema e disúria.

AP: Sem comorbidades; alergias não referidas.

AF: Não informado.

36)

ID: Feminino, 20 meses, previamente hígida.

QD: “Manchas no corpo.”

HPMA: Há 3 dias iniciou febre alta (máx. 39,5°C) com discreta hiporexia, sem outros sintomas associados. Evoluiu com resolução da febre há ~18 horas e, ao despertar hoje, surgimento de exantema não pruriginoso em tronco e membros, com bom estado geral e exame físico sem outras alterações relevantes. Sem uso recente de antibióticos. Quadro compatível com exantema súbito (roséola); DDX: outras viroses exantemáticas, farmacodermia.

ISDA: Nega vômitos/diarreia, disúria e sintomas respiratórios relevantes.

AP: Sem comorbidades; alergias não referidas.

AF: Não informado.

37)

ID: RN masculino, 22 dias de vida, termo, AIG, parto vaginal, Apgar 9/10; tipagem mãe O+ e RN A+.

QD: “Icterícia desde o nascimento.”

HPMA: Mãe refere icterícia desde o nascimento. Em aleitamento materno exclusivo, com boa aceitação das mamadas. Diurese abundante (troca de fralda a cada 3 horas), urina de cor acastanhada e evacua 5–6x/dia, com fezes claras/hipocólicas (fralda conforme figura do enunciado). Ao exame: hidratado, icterícia 3+/4+, abdome globoso e flácido, fígado palpável a 2 cm do RCD e baço palpável a 1 cm do RCE; peso atual 3310 g (PN 3100 g). História neonatal com icterícia neonatal tardia e fototerapia por 48 h, alta no 4º DVP. Quadro de colestase neonatal com alta suspeição de atresia de vias biliares; DDx: hepatite neonatal, cisto de colédoco, causas metabólicas/infecciosas de colestase.

ISDA: Nega febre, vômitos biliosos, letargia e dificuldade alimentar importante.

AP: Sem intercorrências perinatais além do descrito; triagens neonatais não informadas.

AF: Não informado.

38)

ID: Feminino, 7 meses, sem seguimento prévio.

QD: “Choro estridente e inchaço em mãos e pés.”

HPMA: Há 3 dias com agitação e choro estridente, sem febre, sem trauma e sem uso de medicações. Nascida de parto vaginal não assistido; mãe sem pré-natal; sem avaliações médicas prévias. Ao exame: irritada e inconsolável; mucosas descoradas 2+/4+ e icterícia 2+/4+; sopro sistólico suave 2+/6 em foco mitral; FC 160 bpm, PA normal para idade. Edema importante não depressível de mãos até punhos e pés até tornozelos, com hiperemia e aumento de temperatura local. Quadro compatível com dactilite/vaso-oclusão por hemoglobinopatia (a confirmar); DDx: celulite, osteomielite/artrite séptica, reação alérgica.

ISDA: Nega sintomas respiratórios, vômitos/diarreia e disúria (conforme cuidadora).

AP: Sem comorbidades conhecidas; alergias não referidas.

AF: Não informado.

39)

ID: Feminino, 6 anos, assintomática, consulta de rotina.

QD: “Pressão aferida elevada na consulta.”

HPMA: Em consulta ambulatorial de rotina, sem queixas, PA sistólica e diastólica aferidas com técnica adequada e encontradas entre os percentis 90 e 95 para idade/sexo/estatura; exame físico sem alterações. Achado compatível com pressão arterial elevada (pediatria); DDx: efeito do avental branco, HAS secundária se persistente em medidas seriadas.

ISDA: Nega cefaleia, alterações visuais, palpitações, dor torácica e sintomas urinários.

AP: Sem comorbidades referidas; alergias não referidas.

AF: A esclarecer (HAS precoce, nefropatias).

40)

ID: Masculino, 5 anos, consulta de rotina.

QD: “Pais preocupados com baixa estatura.”

HPMA: Pais referem que criança está “mais baixa que os colegas”, sem outras queixas. Nascido a termo, AIG, sem internações/cirurgias prévias, vacinação em dia. Em avaliação de crescimento, mantém estatura abaixo do esperado para idade (medidas seriadas/velocidade de crescimento a documentar), sem sinais sistêmicos exuberantes ao exame. Quadro de baixa estatura a esclarecer (avaliar variante constitucional vs baixa estatura familiar); DDx: hipotireoidismo, deficiência de GH, doença celíaca/doença crônica.

ISDA: Nega diarreia crônica, dor abdominal recorrente, poliúria/polidipsia e cefaleia.

AP: Sem comorbidades; alergias não referidas.

AF: A esclarecer estaturas parentais e história familiar.

41)

ID: Feminino, 18 meses, seguimento de puericultura, sem queixas.

QD: “Retorno para avaliação de palidez.”

HPMA: Em bom estado geral, peso e estatura entre P15–P50 (curvas OMS). Na consulta anterior, observada discreta palidez cutânea sem outros achados e solicitados hemograma completo e reticulócitos. Exames (conforme anexos enviados): Hb 9,4 g/dL; Ht 29,6%; VCM 64,5 fL; HCM 20,5 pg; CHCM 31,8 g/dL; RDW 15,2%; leucócitos 12.770/mm³; plaquetas 466.000/mm³; reticulócitos 0,4%. Quadro compatível com anemia microcítica/hipocrômica, provável anemia ferropriva; DDx: talassemia menor, anemia da inflamação.

ISDA: Nega sangramentos, diarreia crônica, febre prolongada e dispneia aos esforços habituais.

AP: Nega comorbidades e uso de medicações contínuas.

AF: Não informado.

42)

ID: Feminino, 2 anos, previamente hígida.

QD: “Crise convulsiva associada à febre.”

HPMA: Há 1 dia com tosse e coriza hialina nasal, febre até 38,9°C, sem vômitos/diarreia e com boa aceitação alimentar. Há 1 hora, episódio presenciado de perda de consciência com abalos de membros, sialorreia e eversão do olhar, duração ~3 min, com resolução espontânea e sonolência pós-ictal breve, recuperando progressivamente. Ao exame em PS: bom estado geral, corada, hidratada, ativa e reativa, boa perfusão; FR 28 irpm, FC 90 bpm, PA 92×58 mmHg, T 39,1°C; discreta hiperemia de orofaringe; sem sinais meníngeos e sem

outras alterações. Quadro compatível com convulsão febril simples; DDx: meningite/encefalite, epilepsia inaugural, distúrbio metabólico.

ISDA: Nega exantema, rigidez de nuca, vômitos em jato e sintomas urinários.

AP: Sem comorbidades; alergias não referidas.

AF: A esclarecer história familiar de convulsão febril/epilepsia.

43)

ID: Feminino, 12 anos, sarcoma de Ewing em quadril esquerdo há 1 ano; internada há 3 dias para controle algico.

QD: "Sonolência e confusão."

HPMA: Em uso de omeprazol, gabapentina, amitriptilina, dipirona e morfina, com relato de pior controle algico e necessidade de doses extras de morfina. Evoluiu há ~4 horas com sonolência e confusão. Ao exame: regular estado geral, sonolenta/confusa, abre olhos ao chamado; pupilas puntiformes; consegue sentar-se quando solicitada. Sinais vitais: FR 12 irpm, FC 60 bpm, PA 98×56 mmHg; glicemia capilar 70 mg/dL. Quadro compatível com intoxicação por opioide/efeito depressor do SNC por polifarmácia (toxíndrome opioide); DDx: hipercapnia, evento neurológico agudo, sepse.

ISDA: Sem queixa respiratória nova, sem vômitos/diarreia e sem disúria (questionados).

AP: Neoplasia óssea (sarcoma de Ewing) em tratamento; em uso de analgésicos opioides e adjuvantes.

AF: Não informado.

44)

ID: Menina, 5 anos, DM1, em atendimento em sala de emergência.

QD: "Confusão mental durante tratamento de cetoacidose diabética."

HPMA: Há 3 horas em manejo de cetoacidose diabética, tendo recebido desde a admissão 3 expansões de SF 0,9% (20 mL/kg cada), 2 correções de potássio e 2 doses de insulina ultrarrápida 0,1 U/kg. Glicemia capilar de entrada 484 mg/dL, evoluindo com queda rápida para 78 mg/dL no momento. Passou a apresentar rebaixamento do nível de consciência/confusão mental, associado a bradicardia e hipertensão arterial, mantendo-se em leito monitorizado; quadro sugestivo de edema cerebral relacionado ao tratamento da CAD, com necessidade de reavaliações neurológicas seriadas e vigilância de padrão ventilatório.

ISDA: Sem diarreia no momento; sem sinais de sangramento; sem queixa urinária adicional referida pelos responsáveis.

AP: DM1. Uso de insulina em esquema habitual (não detalhado). Alergias: não informadas.

AF: Não informado.

45)

ID: Menina, 9 meses, residente em São Paulo-SP, trazida à UBS para atualização vacinal.

QD: “Atualização do calendário vacinal.”

HPMA: Criança previamente hígida, sem intercorrências agudas no dia da consulta. Carteira vacinal mostra esquema realizado adequadamente apenas até o 3º mês de vida. Responsável solicita “colocar as vacinas em dia”; além das vacinas programadas no serviço (pentavalente e meningocócica C, conforme agenda do dia), não há registro de eventos adversos graves pós-vacinação anteriores, nem uso recente de corticoide sistêmico/imunossupressores. Exame físico sumário: bom estado geral, afebril, ativa e reativa.

ISDA: Sem febre, sem tosse/dispneia, sem vômitos ou diarreia, sem exantema no momento.

AP: Sem comorbidades conhecidas. Alergias: não referidas.

AF: Não informado.

46)

ID: Gestante, 23 anos, G?P?, em acompanhamento pré-natal.

QD: “Reavaliação de sífilis na admissão para o parto.”

HPMA: Primeira sorologia na gestação com TPPA positivo e VDRL 1:64, tratada adequadamente na 12ª semana. Controles seriados mostraram queda até VDRL 1:4 na 30ª semana. Evoluiu com 39 semanas para parto vaginal, sem intercorrências obstétricas. Na admissão para o parto, novo exame materno evidenciou VDRL 1:32. No RN, VDRL 1:16 e TPPA reagente. Contexto clínico-laboratorial compatível com sífilis na gestação com sorologia materna em ascensão no termo e RN sob suspeita de sífilis congênita, com necessidade de avaliação neonatal completa e correlação com exame físico e exames complementares do RN.

ISDA: Gestante nega lesões genitais recentes e exantema no período (questionado na admissão); sem queixas neurológicas/oculares referidas.

AP: Sífilis na gestação tratada na 12ª semana (esquema não detalhado no enunciado). Alergias: não informadas.

AF: Não informado.

47)

ID: Gestante, 35 semanas e 2 dias, pré-natal adequado, **HBsAg positivo**.

QD: “Parto vaginal em gestante HBsAg+ e conduta neonatal imediata.”

HPMA: Evoluiu para parto vaginal sem intercorrências com 35s2d. Sorologia do pré-natal com HBsAg reagente; demais dados do rastreio não informados. RN masculino, pequeno para idade gestacional, peso ao nascer 1.850 g, com necessidade de avaliação neonatal direcionada (vitalidade ao nascimento e exame físico imediato a documentar), em contexto de risco de transmissão vertical do HBV.

ISDA: Sem dados maternos adicionais de sintomas infecciosos no periparto.

AP: Gestação atual com HBsAg positivo. Alergias: não informadas.

AF: Não informado.

48)

ID: Recém-nascido termo, parto vaginal espontâneo, AIG, 38 horas de vida. Mãe em situação de rua, pré-natal insuficiente (2 consultas no 2º trimestre).

QD: “Febre e tremores em RN com 38 horas de vida.”

HPMA: Iniciou com temperatura 38,2°C e tremores com 38 horas de vida. Ao exame clínico: hipoativo e taquipneico (FR 56 irpm), sem outras alterações descritas. Exames laboratoriais: hemograma com leucocitose e desvio à esquerda, PCR elevada e LCR normal. Quadro compatível com sepse neonatal precoce, com necessidade de seguimento em unidade neonatal e monitorização clínica/laboratorial seriada.

ISDA: Sem vômitos ou diarreia referidos; sem sinais cutâneos localizatórios descritos.

AP: Sem antecedentes neonatais adicionais informados.

AF: Contexto social materno de vulnerabilidade; demais antecedentes familiares não informados.

49)

ID: RN, termo, AIG, em alojamento conjunto, idade pós-natal a confirmar na admissão.

QD: “Pele amarelada.”

HPMA: Durante avaliação de rotina do RN, observa-se icterícia cutânea estendendo-se até a região inferior do tronco, pouco abaixo do umbigo, sem sinais de toxemia. Mãe refere aleitamento materno exclusivo, com mamadas frequentes, sem vômitos. Diurese e evacuações presentes, sem colúria ou fezes hipocólicas referidas. Exame físico: RN em bom estado geral, ativo, hidratado, normotérmico, sem desconforto respiratório; icterícia em faixa compatível com progressão para tronco inferior. No contexto, hipótese clínica de icterícia neonatal com necessidade de correlação com idade em horas de vida e bilirrubina sérica/transcutânea para estratificação de risco e conduta.

ISDA: Sem febre, sem letargia persistente, sem recusa alimentar importante.

AP: Antecedentes perinatais não informados.

AF: Não informado.

50)

ID: Mulher, 77 anos, emagrecida.

QD: “Ferida dolorosa na língua com sangramento.”

HPMA: Lesão dolorosa e sangrante em língua há 6 meses, com piora progressiva. Há 1 mês procurou dentista para remodelagem de prótese dentária (em uso há 15 anos) por aumento da mordedura da língua desde o início da lesão. Refere higiene da prótese apenas com enxágue diário antes de dormir. Tabagista prévia (20 maços/ano por 25 anos), cessou há 30 anos; nega etilismo. Ao exame da cavidade oral, lesão ulcerada em borda lateral de língua, infiltrada e friável, com sangramento ao toque, compatível com quadro crônico; avaliação cervical com pesquisa de linfonodomegalias a documentar. Quadro sugerindo neoplasia de língua (carcinoma espinocelular).

ISDA: Nega febre; sem sintomas respiratórios; sem queixas gastrointestinais associadas.

AP: Emagrecimento referido; demais comorbidades/medicações não informadas.

AF: Não informado.

51)

ID: Lactente masculino, 8 meses, previamente hígido.

QD: “Crises de choro com vômitos biliosos.”

HPMA: Há 3 dias com episódios de choro intenso em crises, associados a vômitos biliosos em grande quantidade, com piora do estado geral. Na chegada ao pronto-socorro: regular estado geral, má perfusão periférica, prostrado e febril. Abdome com massa palpável em fossa ilíaca e flanco direitos; peso e estatura adequados para idade; demais exame físico sem alterações relevantes. À abertura da fralda, presença de evacuação com aspecto compatível com muco e sangue (conforme enunciado). Quadro clínico compatível com invaginação intestinal (intussuscepção ileocólica).

ISDA: Sem sintomas respiratórios; sem história de trauma; sem disúria (não aplicável/ não referida).

AP: Sem comorbidades; sem uso contínuo de medicações; alergias não referidas.

AF: Não informado.

52)

ID: Mulher, 55 anos, hipertensa, tabagista.

QD: “Dor na panturrilha direita ao caminhar.”

HPMA: Há 6 meses com dor progressiva em panturrilha direita desencadeada à deambulação, limitando caminhada a ~300 metros, com melhora ao repouso. Nega dor em repouso e lesões tróficas. Ao exame: pulso femoral presente; pulsos poplíteo e distais ausentes em MID, com perfusão distal limítrofe e temperatura reduzida em comparação contralateral (a documentar). Traz duplex scan com oclusão de artéria femoral no canal dos adutores e fluxo reduzido em artérias distais. Quadro compatível com doença arterial obstrutiva periférica com claudicação por oclusão femoropoplíteia.

ISDA: Nega dor torácica, dispneia aos esforços habituais além do limite imposto pela claudicação, síncope.

AP: HAS; tabagismo ativo (quantificar). Medicações não informadas.

AF: Não informado.

53)

ID: Homem, 65 anos, em quimioterapia.

QD: “Ferida extensa no dorso da mão após extravasamento de quimioterápico.”

HPMA: Há cerca de 3 semanas, após extravasamento local de agente quimioterápico, evoluiu com necrose cutânea no dorso da mão, com exposição de tendões. Submetido a desbridamento cirúrgico e revitalização de bordas, permanecendo com defeito de partes

moles em dorso de mão, com leito pouco favorável a enxertia simples pela exposição tendínea (sem paratênon íntegro), sem sinais sistêmicos de infecção no momento. Quadro compatível com defeito complexo de cobertura em dorso de mão pós-extravasamento, em paciente imunossuprimido por quimioterapia.

ISDA: Sem febre; sem calafrios; sem dor desproporcional.

AP: Neoplasia em tratamento quimioterápico (esquema não informado).

AF: Não informado.

54)

ID: Homem, 25 anos, internado em Pronto-Socorro.

QD: Sonolência excessiva e depressão respiratória após analgesia com opioide.

HPMA: Em internação no PS por dor intensa (etiologia em investigação), recebeu morfina 10 mg e, em seguida, evoluiu com rebaixamento importante do nível de consciência e depressão respiratória, com hipoventilação progressiva e dessaturação em monitorização, necessitando acionamento da anestesia. Plantonista optou por IOT por falência ventilatória iminente; à avaliação, anestesista sinaliza via aérea difícil, com necessidade de preparo completo para intubação difícil (otimização de pré-oxigenação, material avançado e estratégia de resgate). Quadro compatível com intoxicação por opioide com insuficiência respiratória aguda.

ISDA: Sem febre referida; sem vômitos; sem queixa torácica descrita no momento.

AP: Não informados comorbidades/uso crônico de medicações; etilismo e outras drogas não informados.

AF: Não informado.

55)

ID: Mulher, 62 anos.

QD: Lombalgia baixa com irradiação para face lateral da coxa esquerda há 2 meses.

HPMA: Dor lombar baixa há 2 meses, em pontada, com irradiação para a face lateral da coxa esquerda, piora aos movimentos e melhora ao repouso noturno. Nega trauma, febre e emagrecimento. Procurou PS há 3 semanas, recebeu dipirona sem alívio. Antecedentes: HAS, DM2 e câncer de mama em uso de tamoxifeno. Exame neurológico sem parestesias, força 5/5 global, reflexos preservados, sem déficits focais; demais exame clínico sem alterações relevantes. Contexto clínico compatível com lombalgia subaguda com componente radicular, em paciente com antecedente oncológico em uso de tamoxifeno, exigindo investigação etiológica direcionada.

ISDA: Nega alterações esfínterianas, anestesia em sela, claudicação neurogênica ou dor noturna progressiva (questionados).

AP: HAS, DM2, câncer de mama em uso de tamoxifeno. Medicações em uso além do tamoxifeno: não informadas.

AF: Não informado.

56)

ID: Mulher, 45 anos.

QD: Obesidade grave com falha de perda ponderal sustentada em seguimento clínico.

HPMA: Ganho ponderal progressivo desde gestação há 20 anos. Há 5 anos com DM2 e DRGE, em uso de metformina, insulina NPH e omeprazol. Segue com endocrinologista e nutricionista há 3 anos, sem perda sustentada apesar de intervenções comportamentais, com recidivas. Atualmente com 125 kg e IMC 48,9 kg/m², com impacto funcional (limitação a esforços e piora de qualidade do sono referida na anamnese dirigida) e controle metabólico variável em domicílio. Quadro compatível com obesidade mórbida com comorbidades metabólicas, refratária a tratamento clínico otimizado.

ISDA: Nega dor torácica; refere pirose intermitente controlada com IBP; sem queixas respiratórias agudas.

AP: DM2; DRGE. Medicações: metformina, NPH, omeprazol.

AF: Não informado.

57)

ID: Mulher, 65 anos.

QD: Epigastralgia crônica com diagnóstico recente de neoplasia gástrica.

HPMA: Epigastralgia há 3 meses, insidiosa, com piora pós-prandial e redução de apetite (refere também fadiga aos esforços habituais). Realizou EDA com lesão ulcerada de 2,2 cm em fundo gástrico; anatomopatológico confirmou adenocarcinoma gástrico indiferenciado com células em anel de sinete. TC evidenciou somente a lesão gástrica, sem metástases. Mantém-se hemodinamicamente estável, sem sinais de sangramento ativo no momento.

ISDA: Nega hematêmese/melena recentes; sem vômitos incoercíveis; sem icterícia.

AP: Comorbidades/uso de medicações não informados.

AF: Não informado.

58)

ID: Homem, 69 anos.

QD: Enterorragia aguda.

HPMA: Apresentou 3 episódios de enterorragia nas últimas 6 horas, sem episódios prévios semelhantes. Nega comorbidades, cirurgias, uso de medicações (incluindo antiagregantes/anticoagulantes) e nega sintomas prodrômicos relevantes. Ao exame: estável hemodinamicamente, corado, abdome flácido, levemente distendido e indolor, sem outros achados. Permaneceu em observação por 24 horas sem novo sangramento, evoluindo para preparo de cólon e colonoscopia eletiva após estabilização, em quadro compatível com hemorragia digestiva baixa.

ISDA: Nega dor abdominal intensa, febre, vômitos ou síncope.

AP: Nega comorbidades/uso de medicações.

AF: Não informado.

59)

ID: Feminina, 35 anos.

QD: “Nódulo no fígado” em USG de rotina.

HPMA: Paciente assintomática, encaminhada pelo ginecologista após USG abdominal de rastreio evidenciar nódulo hepático heterogêneo, hipoeoico, medindo ~4,9 cm (maior diâmetro). Em uso de contraceptivo oral combinado há anos. Refere antecedente de transfusão sanguínea após complicação no primeiro parto, nega etilismo. Nega dor abdominal, febre, perda ponderal, icterícia, colúria, acolia, prurido, náuseas/vômitos. Exame físico sem estigmas de hepatopatia crônica. Hipótese clínica de adenoma hepatocelular em usuária de estrogênio; realizada TC de abdome com contraste para melhor caracterização, descrevendo lesão sólida hepática hipervascular (predomínio em fase arterial), sem dilatação de vias biliares e sem sinais de hipertensão portal.

ISDA: Sem queixas respiratórias/cardiovasculares/urinárias; sem sangramentos.

AP: Nega comorbidades conhecidas. Sem cirurgias além de cesariana prévia (cicatriz em hipogástrio). Nega alergias medicamentosas. Medicações: ACO combinado.

AF: Nega história familiar de hepatopatia/hemocromatose/neoplasias hepáticas. Nega tabagismo; nega etilismo.

60)

ID: Masculino, 76 anos.

QD: Avaliação urológica após achado de PSA elevado e biópsia positiva.

HPMA: Em check-up, PSA 4,1 ng/mL (sem sintomas do trato urinário inferior). Nega disúria, hematúria, urgência, jato fraco, noctúria relevante, dor óssea, perda ponderal. Toque retal: próstata amolecida, sem nódulos palpáveis. Biópsia prostática: adenocarcinoma localizado, Gleason 3+3. Estadiamento com RM multiparamétrica de pelve e cintilografia óssea sem evidências de extensão extraprostática/metástases. Hipótese: adenocarcinoma de próstata localizado de baixo risco.

ISDA: Nega sintomas constitucionais; sem queixas gastrointestinais/respiratórias.

AP: Comorbidades e medicações em revisão na consulta (nega uso de testosterona/exógenos). Nega alergias.

AF: História familiar de Ca de próstata negada ou não referida. Hábitos: etilismo social; tabagismo pregresso negado ou remoto.

61)

ID: Masculino, 2 anos.

QD: “Testículo não desceu”.

HPMA: Em consulta de puericultura, observado apenas testículo esquerdo palpável em bolsa escrotal; hemiescroto direito hipodesenvolvido, sem massa palpável em trajeto

inguinal. Criança sem dor, sem episódios de torção, sem história de prematuridade relatada. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado, sem intercorrências urinárias. Cariótipo: 46,XY. Hipótese: criptorquidia direita (testículo não palpável).

ISDA: Sem febre; sem vômitos/diarreia; sem sintomas urinários.

AP: Gestação/parto sem intercorrências relevantes referidas; vacinas em dia. Sem cirurgias. Sem alergias conhecidas.

AF: Sem história familiar de criptorquidia/alterações genitais/infertilidade.

62)

ID: Feminina, 23 anos.

QD: Dor intensa e inchaço em coxa após picada de inseto.

HPMA: H  2 dias, refere picada de inseto em face medial da coxa, evoluindo nas primeiras 24h com edema e dor local. Quadro com piora rápida e progressiva apesar de compressas quentes; após 48h, dor desproporcional, limitando deambulação, motivando procura por atendimento. Ao exame, lesão extensa em coxa medial com eritema mal delimitado, área violácea central com flictenas/bolhas sero-hemáticas, calor local e hipersensibilidade importante, com pontos de hipoestesia periférica; dor   palpação profunda "fora de proporção". Sinais vitais na admissão: febrícula e taquicardia. Exames iniciais coletados com leucocitose e PCR elevada. Hipótese: fasc ite necrosante.

ISDA: Nega sintomas respiratórios; sem disúria; sem queixas gastrointestinais além de inapetência pela dor.

AP: Nega comorbidades, gestação, uso de medicações contínuas. Sem alergias.

AF: Sem história familiar relevante. Nega tabagismo; etilismo social.

63)

ID: Masculino, 60 anos.

QD: Distensão abdominal, vômitos e parada de eliminação de fezes/flatos.

HPMA: H  6 meses com episódios recorrentes de cólica intestinal, progressivamente mais frequentes e intensos. Há 1 mês passou a apresentar episódios de diarreia "explosiva" com incontinência fecal, intercalando períodos de redução do trânsito. Há 1 semana evoluiu com distensão abdominal importante, vômitos, anorexia e parada de eliminação de gases e fezes. Antecedentes: apendicectomia há 20 anos; colocação de prótese endovascular de aorta há 1 ano. Em tratamento de HAS e DM. Ao exame: desidratado leve/moderado, abdome distendido, timpânico, dor em cólica   palpação difusa sem sinais claros de peritonite, RHA aumentados inicialmente. Radiografia de abdome com distensão de alças e níveis hidro ereos compatíveis com obstrução intestinal mecânica, hipótese principal de obstrução por bridas/aderências em paciente com cirurgia abdominal prévia, no contexto de piora progressiva recente.

ISDA: Nega dor tor tica/dispneia; sem sintomas urinários.

AP: HAS e DM2; medicações de uso contínuo (anti-hipertensivos e hipoglicemiantes/insulina conforme rotina). Cirurgias: apendicectomia; EVAR (endoprótese

aórtica). Nega alergias.

AF: História familiar não contributiva. Hábitos: tabagismo/etilismo não referidos.

64)

ID: F, 19 anos.

QD: “Suor excessivo nas mãos desde criança.”

HPMA: Refere hiperidrose palmar importante desde a infância, com piora em situações de estresse e impacto funcional (dificuldade para escrever/segurar objetos, constrangimento social). Já realizou tratamento clínico com anticolinérgicos por >6 meses, sem resposta satisfatória. Evoluiu para tratamento definitivo com simpatectomia torácica bilateral (VATS), há cerca de 3 meses, com melhora acentuada da sudorese palmar; atualmente relata ressecamento importante das mãos e sudorese compensatória em dorso/abdome em dias quentes (hipótese: hiperidrose primária palmar com hiperidrose compensatória pós-sympatectomia). Nega febre, perda ponderal, dor torácica ou dispneia.

ISDA: Nega palpitações, tremores, intolerância ao calor generalizada, diarreia, tosse crônica. Sem queixas urinárias ou neurológicas.

AP: Sem comorbidades conhecidas. Sem uso contínuo de medicações no momento. Nega alergias conhecidas. Nega tabagismo e drogas; etilismo social eventual. Cirurgia prévia: simpatectomia torácica bilateral (recente).

AF: BEG, afebril, eupneica. Extremidades: mãos secas e frias, sem cianose; sem lesões cutâneas. Sem alterações relevantes em ausculta cardíaca/pulmonar. Cicatrizes puntiformes compatíveis com VATS, sem sinais flogísticos.

65)

ID: F, 63 anos.

QD: “Barriga aumentada e empachamento.”

HPMA: Refere aumento progressivo do volume abdominal há meses, associado a leve empachamento pós-prandial. Nega febre, perda de peso, alteração do hábito intestinal ou sangramentos digestivos. Independente para AVDs, sem comorbidades e sem restrições funcionais. Exame físico evidenciou massa palpável profunda em flanco direito, ~16 cm, fixa, com pouca mobilidade; sem variações respiratórias. TC de tórax sem alterações. TC de abdome evidenciou lesão sólida retroperitoneal de grande volume, em íntimo contato com rim direito, veia cava, coluna, fígado e cólon direito (hipótese: tumor retroperitoneal primário, provável sarcoma retroperitoneal).

ISDA: Nega icterícia, colúria, hematúria, disúria, dispneia, dor torácica, síncope. Sem queixas osteoarticulares relevantes.

AP: Nega HAS/DM/DLP. Nega cirurgias prévias. Sem uso contínuo de medicações. Nega alergias. Nega tabagismo; etilismo social.

AF: BEG, corada, afebril, hemodinamicamente estável. Abdome: plano a discretamente

globoso, ruídos hidroaéreos presentes, indolor; massa profunda palpável em flanco direito, pouco móvel. Sem sinais de peritonite. Sem edema de MMII. Demais sistemas sem alterações relevantes.

66)

ID: M, 54 anos.

QD: “Caroço na virilha direita que não volta e ficou doloroso.”

HPMA: Abaulamento em região inguinal direita há ~2 anos, previamente redutível, com aumento aos esforços. Há ~1 mês tornou-se irreductível. Há 1 dia iniciou dor intensa local e hiperemia sobre o abaulamento, com piora progressiva. Nega trauma local. Antecedente de cirurgia para correção de hérnia inguinal bilateral aos 15 anos. No contexto, quadro compatível com hérnia inguinal encarcerada com sinais inflamatórios locais (hipótese: hérnia inguinal encarcerada/estrangulada em recidiva).

ISDA: Refere náuseas ocasionais desde ontem; nega hematêmese/melena. Evacuação/eliminação de flatos não bem caracterizadas nas últimas 24h. Nega sintomas urinários.

AP: Cirurgia: herniorrafia inguinal bilateral na adolescência. Nega comorbidades conhecidas e uso contínuo de medicações. Nega alergias. Tabagismo prévio (cessado); etilismo social.

AF: REG, algico. SSVV: taquicardia discreta, afebril. Abdome: flácido, dor leve difusa sem sinais claros de peritonite. Região inguinal direita: massa endurecida, dolorosa, irreductível, com hiperemia local; tosse/impulso herniário ausente pela irreductibilidade. Demais sistemas sem alterações relevantes.

67)

ID: M, 27 anos.

QD: “Politrauma por queda de moto.”

HPMA: Vítima de queda de moto após colisão em alta velocidade. Chega ao PS com vias aéreas pérvias, MV presente e simétrico, FR 30 irpm, FC 125 bpm e PA 90×50 mmHg. Apresenta sinais de fraturas em face, antebraço direito e perna direita. Queixa de dor à palpação de bacia e apresenta distensão abdominal. Foram realizados exames de imagem (RX/TC conforme protocolo de trauma) já em avaliação pela equipe (hipótese: choque hemorrágico no politraumatizado, provável foco pélvico/abdominal).

ISDA: Nega vômitos no momento; sem queixas respiratórias específicas além de taquipneia. Sem informação confiável sobre diurese pós-trauma.

AP: Sem antecedentes e medicações de uso contínuo conhecidos na admissão (informação limitada pelo contexto de trauma). Alergias não referidas.

AF: ABCDE: A pérvia, sem estridor; B MV simétrico, taquipneico; C pele fria, TEC aumentado, taquicárdico, PA limítrofe; D consciente porém ansioso, sem déficits focais evidentes à triagem; E escoriações/traumas em face e membros. Abdome distendido, doloroso. Pelve dolorosa à palpação. Imobilização e monitorização contínua em sala de trauma.

68)

ID: M, 50 anos.

QD: "Fezes negras há 3 horas."

HPMA: Início súbito de melena há ~3 horas. História de episódio semelhante há 1 ano, quando foi diagnosticado sangramento por varizes esofágicas e cirrose por HBV. Desde então em uso de propranolol e realiza sessões de escleroterapia. Relata uso recente de anti-inflamatórios por lombalgia. Na sala de emergência: orientado, FC 90 bpm, PA 80×50 mmHg, TEC >3 s. Submetido à endoscopia com achado de varizes de fundo gástrico com sangramento ativo (hipótese: HDA varicosa por hipertensão portal, em choque hipovolêmico).

ISDA: Refere lipotimia e sudorese fria. Nega dor torácica. Nega hematêmese referida (predomínio de melena). Sem queixas urinárias associadas.

AP: Cirrose por hepatite B. Episódio prévio de sangramento varicoso. Medicações: propranolol (uso regular). Procedimentos prévios: escleroterapia endoscópica. Uso recente de AINE. Alergias não referidas. Etilismo: não informado/negado.

AF: REG, pálido, sudorético, extremidades frias, hipoperfusão periférica. PA 80×50, FC 90, TEC >3s. Abdome sem sinais de peritonite (sem dados adicionais relevantes). Sem estigmas descritos no momento. Pós-EDA: varizes de fundo gástrico com sangramento ativo.

69)

ID: Homem, 60 anos, hipertenso e diabético tipo 2.

QD: "Dor torácica com irradiação para mandíbula e dificuldade respiratória."

HPMA: Paciente com histórico de HAS e DM2, em uso de medicações regulares (losartana, metformina), com controle glicêmico subótimo. Apresenta dor torácica em aperto, que irradia para mandíbula e braço esquerdo, de início súbito há 30 minutos, associada a dispneia e sudorese profusa. Nega náuseas ou vômitos. Ao exame físico: PA 160×100 mmHg, FC 108 bpm, FR 24 irpm, saturação de oxigênio 96% em ar ambiente, ausculte-se estertores finos nas bases pulmonares, bulhas com sopro sistólico em foco mitral. Realizada ECG com alteração sugestiva de infarto do miocárdio com supra de ST em parede anterior. Hipótese de síndrome coronariana aguda (infarto do miocárdio).

ISDA: Nega febre, vômitos, disúria, síncope ou dor abdominal.

AP: HAS e DM2 com histórico de controle subótimo, sem comorbidades adicionais.

AF: Nega tabagismo, etilismo excessivo ou histórico familiar de doenças cardíacas.

70)

ID: Mulher, 48 anos, com diagnóstico de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP).

QD: "Dor crônica em membros inferiores com piora progressiva."

HPMA: Paciente com histórico de DAOP, em acompanhamento regular para controle de sintomas. Refere dor em membros inferiores, especialmente após caminhada, com limitação para deambulação desde há 1 ano, piorando nas últimas 4 semanas, associada a sensação de cansaço nas pernas e dificuldade para manter-se em pé por períodos prolongados. Refere também, ao exame físico, diminuição da pulsação em membros inferiores (pulsos femorais e poplíteos ausentes bilateralmente), com palidez em membros distais e resfriamento. Ultrassonografia Doppler revelou estenose crítica em artérias poplíteas bilaterais, confirmando a piora do quadro de DAOP. Quadro compatível com claudicação intermitente grave com risco de isquemia crítica.

ISDA: Nega queixas sistêmicas como dor torácica, dispneia ou edema.

AP: História de tabagismo (30 maços/ano), sem hipertensão ou diabetes relatada.

AF: Nega histórico de doenças cardiovasculares ou trombofilia.

71)

ID: Mulher, 52 anos, com histórico de câncer de mama.

QD: "Dor no peito após início de quimioterapia."

HPMA: Paciente em seguimento oncológico por câncer de mama (mastectomia realizada há 4 anos), atualmente em quimioterapia adjuvante com paclitaxel. Iniciou há 1 semana dor em peito esquerdo, tipo peso, que piora com movimento e melhora com repouso, associada a sensação de falta de ar nas últimas 48h. Nega edema de membros, dor no corpo, febre ou calafrios. Exame físico: PA 130×85 mmHg, FC 96 bpm, sem sopros cardíacos, sem sinais de insuficiência venosa nos membros. Ao exame pulmonar, estertores finos em base esquerda. ECG sem alterações. A tomografia de tórax evidenciou fibrose pulmonar associada à quimioterapia. Hipótese de toxicidade pulmonar induzida por quimioterapia (paclitaxel).

ISDA: Nega dor torácica intensa, febre, síncope ou sintomas urinários.

AP: Câncer de mama com mastectomia unilateral; em quimioterapia adjuvante com paclitaxel.

AF: Não informado.

72)

ID: Homem, 60 anos, tabagista, com histórico de IAM.

QD: "Dor abdominal associada a vômitos e náuseas."

HPMA: Paciente com histórico de infarto do miocárdio há 5 anos, tratado com angioplastia, em uso de AAS e atorvastatina. Refere dor abdominal intensa há 24 horas, tipo cólica, com piora após ingestão de alimentos gordurosos, associada a náuseas e vômitos (em 3 episódios). Nega febre, melena, alterações do hábito intestinal ou urinárias. Ao exame físico: abdome distendido, doloroso à palpação profunda em epigástrio, com ausência de sinais peritoneais. Exames laboratoriais mostram amilase e lipase elevadas, com ultrassonografia abdominal revelando colelitíase. Hipótese de colecistite aguda com possível pancreatite secundária.

ISDA: Nega sintomas respiratórios, sem história de icterícia ou disúria.

AP: IAM prévio, com angioplastia; em uso de AAS e atorvastatina.

AF: Nega etilismo; tabagismo 40 maços/ano.

73)

ID: Mulher, 30 anos, com histórico de hipertireoidismo.

QD: "Vômitos persistentes e perda de peso."

HPMA: Paciente com histórico de hipertireoidismo controlado com metimazol, em tratamento regular. Nos últimos 2 meses, tem apresentado quadro progressivo de perda de peso (aproximadamente 5 kg), associado a episódios intermitentes de vômitos e náuseas. Refere também tremores em mãos, ansiedade, insônia e intolerância ao calor. Ao exame físico: PA 120×70 mmHg, FC 110 bpm, mão trêmula à palpação. Exame de tireoide: glândula difusamente aumentada, indolor, com nódulos palpáveis. O exame laboratorial revelou TSH supresso, T4 livre elevado. Hipótese de hipertireoidismo não controlado ou resistência ao tratamento.

ISDA: Nega queixas pulmonares, disúria ou dor abdominal.

AP: Hipertireoidismo em uso de metimazol.

AF: Não informado.

74)

ID: Feminino, 68 anos. HAS e DM2.

QD: "Fraqueza do lado direito e desvio da boca" há ~5 horas.

HPMA: Refere início súbito há 5h de cefaleia holocraniana moderada, latejante, seguida de dificuldade para mobilizar MSD/MID direitos e desvio de rima labial para a esquerda. Nega trauma, convulsão, febre, vômitos em jato. No PS: BEG, consciente, orientada, afebril, PA 150x102 mmHg, pulso 72 bpm irregular. Ausculta cardíaca com bulhas arrítmicas, sem sopros. Neurológico: hemiparesia completa e proporcionada grau 3 à direita, disartria, anomia, hemi-hipoestesia completa à direita; sem rigidez de nuca. TC de crânio sem contraste sem sinais de hemorragia aguda; discreta perda de diferenciação córtico-subcortical fronto-insular esquerda. ECG 12 derivações com fibrilação atrial. Quadro compatível com AVC isquêmico em provável território de ACM esquerda, provável etiologia cardioembólica.

ISDA: Nega dor torácica, palpitações percebidas, dispneia, tosse; nega dor abdominal, diarreia; diurese preservada.

AP: HAS (losartana 50 mg/dia), DM2 (metformina 1.000 mg/dia). Nega alergias medicamentosas conhecidas. Nega AVC prévio.

AF: Nega tabagismo atual; etilismo social. Mora com família, independente nas AVDs até o evento.

75)

ID: Feminino, 49 anos, procedente de SP. DM2 em uso de metformina.

QD: Dispneia progressiva há 2 meses + febre intermitente + perda ponderal.

HPMA: Evolui há ~8 semanas com dispneia aos esforços progressiva, associada a febre vespertina intermitente (picos ~38 °C) e perda de ~10 kg no período. Nega tabagismo/etilismo. Nega dor torácica típica, hemoptise, sibilância. Ao exame: FR 28 irpm, FC 93 bpm, PA 112x68 mmHg, SatO₂ 94% em AA. Pulmão: MV presente bilateralmente, porém diminuído em terço inferior E; sinal de Signorelli positivo e egofonia em terço médio E. Sem outras alterações relevantes. Exames na admissão: hemograma com anemia discreta e leucócitos sem desvio; PCR elevada. RX de tórax: velamento de base esquerda com menisco e redução de expansibilidade, compatível com derrame pleural à esquerda. Hipótese clínica: derrame pleural de provável etiologia infecciosa crônica (sugestivo de derrame pleural tuberculoso).

ISDA: Nega ortopneia/PND; nega edema MMII; sem queixas urinárias; sem sintomas GI relevantes.

AP: DM2 (metformina). Nega DPOC/asma. Nega alergias.

AF: Nega tabagismo e etilismo. Sem uso de drogas ilícitas.

76)

ID: Masculino, 47 anos.

QD: Agitação/irritabilidade com tremores intensos e sudorese há 2 dias.

HPMA: Trazido por familiares por agressividade e irritabilidade há 48h, com recusa parcial em cooperar, ameaças à equipe. Refere cefaleia holocraniana, náuseas e sudorese. Familiar relata etilismo habitual e viagem longa recente, com padrão de consumo irregular no período. História pregressa de tremores e episódios semelhantes de cefaleia/sudorese há anos, sem gatilhos claros. No exame: desorientado no tempo, tremor distal importante em MMSS, diaforético, sem sintomas psicóticos francos, sem aceleração do pensamento; sem déficits focais descritos. Durante atendimento, tenta agredir equipe. SSVV aferidos no leito com taquicardia e PA elevada. Glicemia capilar sem hipoglicemia; eletrólitos com hipomagnesemia discreta. Hipótese clínica: síndrome de abstinência alcoólica grave (quadro hiperadrenérgico com agitação).

ISDA: Nega dor torácica e dispneia no momento; sem queixas urinárias; sem diarreia.

AP: Etilismo crônico (padrão diário). Nega uso regular de medicações. Nega alergias conhecidas.

AF: Contexto social de consumo de álcool recorrente; familiares como rede de apoio.

77)

ID: Feminino, 46 anos.

QD: Cefaleia hemicrânica direita há 3 dias, intensa, com náuseas e fotofobia.

HPMA: Início há 3 dias de cefaleia hemicrânica direita latejante, predominando retro-orbitária, forte intensidade, associada a fotofobia e náuseas, piora ao deitar e ao subir/descer escadas. Nega febre, emagrecimento, trauma, quadros prévios semelhantes. Nega déficit neurológico focal, síncope, convulsão. Exame: consciente, orientada, sem

sinais focais, sem rigidez de nuca; orofaringe discretamente hiperemiada, sem exsudato; restante sem alterações. TC de crânio realizada na triagem, com achado sugestivo de trombose venosa cerebral (hiperdensidade em topografia de seio dural). **Hipótese clínica: trombose de seio venoso cerebral.**

ISDA: Sem dispneia/dor torácica; sem alteração do hábito intestinal; sem disúria.

AP: Nega comorbidades conhecidas; sem uso crônico de medicações relatado. Nega alergias.

AF: Sem tabagismo; etilismo eventual.

78)

ID: Feminino, 22 anos.

QD: Rebaixamento do nível de consciência e crises convulsivas.

HPMA: Há 4 dias evoluindo com queda importante do estado geral, sonolência progressiva e confusão, associada a 2 episódios de convulsão tônico-clônica generalizada. Na chegada ao PS, mantinha rebaixamento de consciência, Glasgow 13, sem sinais de irritação meníngea e fundo de olho sem papiledema. Ao exame neurológico, apresentava hemiparesia à esquerda. Realizada TC de crânio (conforme imagem do enunciado), evidenciando lesão focal com efeito de massa/edema associado, quadro que se correlaciona com lesão expansiva intracraniana de provável etiologia infecciosa (abscesso cerebral), posteriormente confirmada.

ISDA: Nega tosse e sintomas urinários; sem queixas gastrointestinais relevantes.

AP: Nega comorbidades conhecidas e uso crônico de medicações. Alergias: nega.

AF: Sem história familiar contributiva relatada.

79)

ID: Masculino, 67 anos.

QD: Piora de dispneia e ortopneia.

HPMA: Portador de HAS e miocardiopatia isquêmica (IAM com revascularização há 3 anos). Há 2 anos com dispneia aos moderados esforços e edema de MMII, com melhora após tratamento; em uso de enalapril e carvedilol em doses máximas, espironolactona e AAS. Hoje, de madrugada, acordou subitamente “angustiado”, com dispneia intensa e melhora parcial ao sentar/ir à janela (“tomar ar fresco”), mantendo ortopneia. Ao exame: REG, descorado 1+/4+, taquipneico (FR 28), PA 130×70, FC 90, SatO₂ 96% AA; estertores finos bibasais; bulhas arrítmicas normofonéticas, sopro sistólico em foco mitral e B4; hepatimetria 15 cm; edema depressível 2+/4+ em MMII. Exames iniciais: Hb 12, leucócitos 8.000, Na 132, K 5,0, Cr 1,2, ureia 80, DHL 600; ECG e RX de tórax (conforme enunciado). Conjunto sugere descompensação de insuficiência cardíaca (perfil congesto, com episódio compatível com dispneia paroxística noturna/edema agudo de pulmão incipiente) em paciente com cardiopatia isquêmica.

ISDA: Nega febre, dor pleurítica, hemoptise e dor abdominal.

AP: HAS; cardiopatia isquêmica (IAM + revascularização há 3 anos). Alergias: nega.

AF: Ex-tabagismo não informado; demais sem dados contributivos.

80)

ID: Feminino, 30 anos.

QD: Dor e edema articular em punho direito e joelho esquerdo há 1 dia.

HPMA: Início há 24h de artralgia aguda em punho direito e joelho esquerdo, com edema, calor e eritema locais; refere limitação funcional por dor. Ao exame, além das artrites, apresenta lesão pustulosa em antebraço esquerdo. Realizada artrocentese de joelho (1 mL), com 10.000 células e 90% PMN, sem microrganismos ao Gram e cultura negativa. Pelo padrão de artrite aguda oligoarticular associada a lesão cutânea pustulosa e líquido sinovial inflamatório com Gram/cultura negativos, quadro compatível com infecção gonocócica disseminada (síndrome artrite-dermatite).

ISDA: Nega sintomas respiratórios e urinários no momento; sem sintomas gastrointestinais relevantes.

AP: Sem comorbidades conhecidas. Alergias: nega.

AF: Sem dados contributivos no enunciado.