

CASO CLÍNICO

Dados de identificação do paciente:

Nome: Pedro Paulo

Data de nascimento: 10 / 01 / 2005

Procedência: Recife – PE

Informante: a genitora

Queixa principal e duração: Diarréia desde os 4 meses de vida.

HDA: A genitora informa que desde os 4 meses de idade a criança apresenta episódios de diarréia, com fezes ora líquidas, ora pastosas, cerca de 5 episódios ao dia. Algumas vezes vem acompanhada de sangue vivo, cerca de uma colher de chá, mas sempre tem muco. Fica alguns períodos sem diarréia, geralmente quando faz modificações das fórmulas lácteas, mas após 2 a 3 semanas do consumo da fórmula, volta a apresentar diarréia. No momento, esporadicamente apresenta diarréia, às vezes com raios de sangue, o que deixa a mãe preocupada.

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

- Geral: perda de peso, dificuldade de ganhar peso e fastio. Nega febre, adinamia.
- Pele: seca, mas nega erupções, prurido, palidez.
- Cabeça e pescoço: nega cefaléia, tonturas, trauma, tumorações.
- Nariz: nega coriza, obstrução, sangramentos.
- Olhos: nega secreção, estrabismo.
- Ouvidos: nega infecções, secreções.
- Boca e orofaringe: nega dor, cáries dentárias.
- Tórax: nega massas e tumorações, assimetria, dor.
- Aparelho respiratório: nega tosse, dispnéia, chiado no peito, secreção.
- Aparelho cardiovascular: nega palpitações, cianose, cansaço aos esforços, dor precordial, síncope, sudorese, cansaço e interrupção freqüente das atividades.
- Aparelho gastrointestinal: fastio, episódios freqüentes de diarréia, às vezes com sangue (ver HDA).
- Aparelho genito-urinário: nega disúria, polaciúria, urgência urinária; urina de coloração amarela clara; confirma a presença de testículos na bolsa escrotal.
- Sistema locomotor: nega paresias, paralisias, dor em membros, alterações de marcha, escoliose.
- Sistema nervoso: nega convulsões, tiques, tremores.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

- **Pré natal:** Refere gravidez sem intercorrências. Realizou o pré-natal com 12 consultas. Fez uso de medicações e vacinas prescritas pelo médico. Nega fumo ou ingestão de bebida alcoólica durante a gestação.
- **Natal:** A criança nasceu na maternidade, assistida por médico, de parto normal, a termo, pesando 3.100 g e medindo 51 cm. Não houve intercorrência.
- **Neonatal:** Chorou logo ao nascer. Recebeu alta da maternidade 24 horas após o parto, estando bem e em aleitamento materno exclusivo.

- **Crescimento e desenvolvimento:** Sustentou a cabeça aos 2 meses, sentou-se sem apoio aos 10 meses, andou sem apoio aos 18 meses. A criança é sempre muito quieta, fala pouco.
- **Avaliação do peso e comprimento anteriormente realizados:**

	Ao nascer	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	18 meses	24 meses
P	3.100 g		4.600 g	7.300 g		7.600 grs	8.200g
C	49 cm		54 cm				66 cm

- **Imunizações:** Cartão de vacina atualizado.
- **Alimentação:** Leite materno exclusivo até o 5º mês de vida. A partir dessa idade, recebeu orientação para substituir o leite materno por várias fórmulas lácteas, acrescidas de massas, trocadas com frequência devido à piora dos episódios diarreicos. Nessa fase, também começou a introdução de outros alimentos: aos 5 meses, suco de frutas, aos 6 meses sopas de verduras, aos 9 meses sopa de carne e verduras. Alimentos sólidos foram introduzidos entre 11 e 12 meses, mas a aceitação é sempre pequena. Atualmente, a criança aceita os alimentos do cardápio familiar, mas a alimentação consiste de 6 mamadeiras de fórmula de proteína de soja, que usa há 8 meses.
- **Doenças anteriores:** resfriados; 3 otites; 5 pneumonias; pele sempre ressecada, necessitando pomadas com frequência.
- **Internamentos anteriores:** 3 internamentos por pneumonia.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

A mãe teve asma quando criança e tem rinite alérgica atual. O pai tem alergia à poeira e a chocolate.

CONDIÇÕES DOMICILIARES E SÓCIO-ECONÔMICAS:

Características do domicílio: casa de alvenaria com quatro cômodos, sendo 2 quartos, mora com os pais e dois irmãos, condições de saneamento (coleta de lixo regular, água encanada, esgoto, luz elétrica), tem um cachorro em casa.

Renda familiar: não sabe informar, mãe é do lar e pai é pedreiro; os pais têm primeiro grau completo.

Exame físico:

Peso: 10.000g Comp. cm Temp: 37,0 °C FC: 120 bpm FR: 48 irpm PA: 80/50

Paciente com estado geral regular, emagrecido, descorado ++/4+. Cabelos finos e sem brilho. Sem adenomegalias palpáveis.

Cabeça: sem abaulamentos; fontanelas fechadas. Fácies sem alterações. Olhos simétricos, com mobilidade preservada; esclera branca, conjuntiva corada, sem secreções. Pupilas fotorreagentes. Orelhas: sem secreção, sem dor à palpação. Otoscopia: conduto auditivo externo sem secreções e membrana timpânica translúcida. Nariz: sem secreção, sangramento ou lesões; rinoscopia anterior: mucosa nasal corada, cornetos normais, sem hipertrofia; não se percebe desvio de septo ou secreções. Boca:

sem lesões labiais ou de mucosas, dentes sem cáries, oclusão adequada. Orofaringe: língua sem lesões com mobilidade preservada, palato sem lesões, região posterior da orofaringe corada, sem secreções, amígdalas sem hipertrofia.

Pescoço: sem abaulamentos ou tumorações, mobilidade preservada.

Tórax: simétrico, sem retrações ou abaulamentos.

Aparelho respiratório: murmúrio vesicular fisiológico, sem ruídos adventícios.

Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, com bulhas cardíacas normofonéticas. Sem sopros.

Abdome: plano, flácido, depressível, sem visceromegalias, sem massa fecal ou tumorações palpáveis. Ruídos hidro-aéreos presentes

Aparelho genito-urinário: região inguinal: sem gânglios ou tumorações palpáveis. Pênis de conformação normal, com exposição completa da glândula, uretra em posição central, testículos localizados na bolsa escrotal.

Região anal e sacrococcígea: sem fissuras ou fístulas, boas condições de higiene. Sem anormalidades da coluna lombossacra.

Exame neurológico: Consciente, orientado. Caminha com dificuldade.