

Caso Clínico 2

Marcos, 3 anos, é trazido ao setor de Pronto-Atendimento com queixa de “febre alta”, “dor de cabeça” e “tosse cheia” há 16 horas. História de início da doença há três dias, com rinorréia e tosse seca. No dia seguinte, apresentou congestão nasal e queixou-se de cefaléia. Foi medicado com analgésico e teve melhora parcial. Durante a noite seguinte, apresentou agravamento da tosse, que se tornou produtiva e, da cefaléia. Surgiram picos febris ($39,5^{\circ}\text{C}$) e “cansaço”. A mãe refere ainda dois episódios de vômitos. História pregressa de “rinite alérgica” e um episódio de “bronquite” há oito meses, que necessitou de atendimento em pronto socorro. Ao exame físico: Bom estado geral, eutrófico, febril (temperatura axilar = $37,9^{\circ}\text{C}$) e acianótico. Orofaringe com hiperemia, secreção pós-nasal esbranquiçada. AR: MV rude, tempo expiratório prolongado, roncos disseminados em ambos os hemitóraces. FR = 46 ipm; ACV: Ritmo regular, 2T, sem sopros; FC = 110 bpm. Abdome flácido, sem visceromegalias.

