VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dengue
Diagnóstico e Manejo Clínico

6-022
3d
2
x.01 F000343

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde
FUNASA

Presidente da República
Fernando Henrique Cardoso

Ministro da Saúde
Barjas Negri

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Mauro Ricardo Machado Costa

Diretor-Executivo
George Hermann Rodolfo Tormin

Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia
Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Diretor do Departamento de Engenharia de Saúde Pública
Sadi Coutinho Filho

Diretor do Departamento de Saúde Indígena
Ubiratan Pedrosa Moreira

Diretor do Departamento de Administração
Celso Tadeu de Azevedo Silveira

Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
Antônio Leopoldo Frota Magalhães

FARN



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Dengue

Diagnóstico e Manejo Clínico

Brasília, dezembro de 2002

© 2002. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:
Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde/Ascom/Pre/FUNASA
Núcleo de Editoração e Mídia de Rede
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 5° Andar - Sala 517
CEP: 70.070-040 - Brasília/DF

Distribuição e Informação:
Centro Nacional de Epidemiologia. Fundação Nacional de Saúde.
SAS - Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 7° Andar - sala 715
Telefone: (61) 314.6290/255.0359 - Fax: (61) 226.4488
CEP: 70.070-040 – Brasília/DF

Tiragem: 250.000 exemplares.
Impresso no Brasil/Printed in Brazil

RB 30.796
FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg F000343
08/05/08
F
616-022
B83d
2002 ex 01

Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

28p.

1. Dengue – diagnóstico. 2. Dengue – terapia. 3. Dengue – classificação. I. Título.

Sumário

1. Introdução 5
2. Espectro clínico 6
   2.1. Febre homorrágica da dengue 6
   2.2. Dengue com complicações 6
3. Atendimento ao paciente com suspeita de dengue 7
   3.1. Caso suspeito de dengue 7
   3.2. Anamnese 8
   3.3. Exame físico 9
4. Diagnóstico diferencial 10
5. Estadiamento e tratamento 10
   5.1. Grupo A 11
   5.2. Grupo B 15
   5.3. Grupo C e D 19
   5.4. Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos que podem exigir correção específica 22
   5.5. Critérios de alta hospitalar 22
6. Confirmação laboratorial 22
   6.1. Diagnóstico sorológico 22
   6.2. Diagnóstico por detecção de vírus ou antígenos virais . 23
   6.3. Diagnóstico laboratorial nos óbitos suspeitos 23
7. Classificação final do caso 24
   7.1. Caso confirmado de dengue clássica 24
   7.2. Caso confirmado de febre hemorrágica 24

1. Introdução

A identificação precoce dos casos é de vital importância para tomar decisões e implementar medidas de maneira oportuna, visando principalmente o controle da doença. A organização dos serviços de saúde tanto na área de vigilância epidemiológica quanto na prestação de assistência médica é essencial para reduzir a letalidade das formas graves e conhecer o comportamento da dengue, sobretudo em períodos de epidemia. Nessas situações é mandatória a efetivação de um Plano de Contingência que contemple as necessidades de recursos humanos e financeiros e a identificação de unidades de referência.

A classificação da dengue, segundo a Organização Mundial de Saúde é retrospectiva e depende de critérios clínicos e laboratoriais que nem sempre estão disponíveis precocemente, sobretudo para os casos de dengue clássica com complicações. Estes critérios não permitem o reconhecimento de formas potencialmente graves, para as quais é crucial a instituição precoce de tratamento.

Pelos motivos expostos, preconizamos a adoção do protocolo de condutas apresentado a seguir, frente a todo paciente com suspeita de dengue. Nele, propõe-se uma abordagem clínico-evolutiva, baseada no reconhecimento de elementos clínico-laboratoriais e de condições associadas que podem ser indicativos de gravidade, com o objetivo de orientar a conduta terapêutica adequada para cada situação.

2. Espectro clínico

A infecção por dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde formas clinicamente inaparentes, até quadros graves de hemorragia e choque podendo evoluir para o óbito.

Dengue clássica: a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39ºC a 40ºC), de início abrupto, associada a cefaléia, prostação, mialgia, artralgia, dor retroorbitária, exantema maculopapular acompanhado ou não de prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarréia podem ser observados.

No final do período febril podem surgir manifestações hemorrágicas como epistaxe, petéquias, gengivorragia, metrorragia e outros. Em casos mais raros podem existir sangramentos maiores como hematêmese, melena ou hematúria.

A presença de manifestações hemorrágicas não é exclusiva da febre hemorrágica da dengue e quadros com plaquetopenia ($<100.000/mm^3$) podem ser observados, com ou sem essas manifestações. É importante diferenciar esses casos de dengue clássica com manifestações hemorrágicas e/ou plaquetopenia dos casos de febre hemorrágica da dengue.

2.1. Febre hemorrágica da dengue (FHD)

As manifestações clínicas iniciais da dengue hemorrágica são as mesmas descritas para a dengue clássica, até que ocorra a defervescência da febre, entre o 3º e o 7º dias e a síndrome se instale. Evidencia-se o surgimento de manifestações hemorrágicas espontânea ou provocada, trombocitopenia (Plaquetas $\leq 100.000/mm^3$) e perda de plasma para o terceiro espaço.

2.2. Dengue com complicações

É todo caso que não se enquadre nos critérios de FHD e quando a classificação de dengue clássica é insatisfatória dado o potencial de risco. Nessa situação a presença de um dos itens a seguir caracteriza o quadro: alterações neurológicas; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepáti-

FARN

ca; plaquetopenia igual ou inferior a 50.000/mm^3; hemorragia digestiva; derrames cavitários; leucometria global igual ou inferior a 1.000/mm^3; óbito.

Manifestações clínicas menos freqüentes incluem as neurológicas e psíquicas tanto em adultos como em crianças caracterizadas por delírio, sonolência, coma, depressão, irritabilidade, psicose maníaca, demência, amnésia e outros sinais meníngeos, paresias, paralisias (polineuropatias, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré) e encefalite. Surgem no decorrer do período febril ou mais tardiamente, na convalescença.

3. Atendimento ao paciente com suspeita de dengue

A abordagem do paciente com suspeita de dengue deve seguir uma rotina mínima de anamnese e exame físico. Essas informações são necessárias para o estadiamento e o planejamento terapêutico adequados.

3.1. Caso suspeito de dengue

Todo paciente que apresente doença febril aguda com duração máxima de até sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia; dor retroorbitária; mialgia; artralgia; prostração ou exantema associados ou não à presença de hemorragias. Além desses sintomas, deve ter estado, nos últimos quinze dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença de *Aedes aegypti.*

Todo caso suspeito deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica.

A presença de sinais de alerta (relacionados a seguir) indica a possibilidade de gravidade do quadro clínico.

Sinais de alerta na dengue

a) Dor abdominal intensa e contínua;
b) Vômitos persistentes;
c) Hipotensão postural;
d) Hipotensão arterial;
e) Pressão diferencial <20mmHg (PA convergente);
f) Hepatomegalia dolorosa;
g) Hemorragias importantes;
h) Extremidades frias, cianose;
i) Pulso rápido e fino;
j) Agitação e/ou letargia;
k) Diminuição da diurese;
l) Diminuição repentina da temperatura corpórea ou hipotermia;
m) Aumento repentino do hematócrito.

Todo paciente com suspeita de dengue deverá ser reavaliado clinicamente, com ênfase na busca por sinais de alerta e exame físico.

3.2. Anamnese

A história clínica deve ser mais detalhada possível e os itens abaixo devem constar em prontuário:

3.2.1. História da doença atual

a) Cronologia dos sinais e sintomas;
b) Caracterização da curva febril;
c) Pesquisa de sinais de alerta.

3.2.2. Epidemiologia

a) Presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho;
b) História de deslocamento nos últimos 15 dias.

3.2.3. História patológica pregressa

a) Doenças crônicas associadas: hipertensão arterial, diabete melito, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica e doenças auto-imunes;
b) Uso de medicamentos, sobretudo antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, antiinflamatórios e imunossupressores.

3.3. Exame físico

3.3.1 Exame físico geral

a) Ectoscopia;
b) PA em **duas posições** (sentado/deitado e em pé) e pulso;
c) Temperatura;
d) Ritmo respiratório;
e) Hidratação.

3.3.2. Exame físico específico

a) Pele: manifestações hemorrágicas, turgor, coloração;
b) Segmento torácico: pesquisa de derrame pleural/pericárdico;
c) Segmento abdominal: pesquisa de hepatomegalia, dor e ascite;
d) Neurológico: orientado pela história clínica, nível de consciência, sinais de irritação meníngea.

3.3.3. Prova do laço

a) Desenhar um quadrado de 2,5cm de lado (ou uma área ao redor do polegar) no antebraço da pessoa e verificar a PA (deitada ou sentada); 2. Calcular o valor médio=(PAS+PAD)/2 ; 3. Insuflar novamente o manguito até o valor médio e manter por cinco minutos; 4. Contar o número de petéquias no quadrado. A prova é considerada positiva se houver mais de 20 petéquias;

b) Prova do laço positiva não é patognomônica de FHD e pode ocorrer em outras situações clínicas que cursam com alteração da permeabilidade capilar ou trombocitopenia (idade avançada ou coagulopatias);

c) Prova do laço é importante para a triagem de pacientes com potencial alteração da permeabilidade vascular;

d) Não há contra-indicações em doenças crônicas (DM, HAS, etc.).

4. Diagnóstico Diferencial

Considerando que a dengue tem um amplo espectro clínico, as principais doenças que fazem diagnóstico diferencial são: influenza, rubéola e outras doenças exantemáticas, meningococcemia, febre amarela, leptospirose, malária, hepatite infecciosa, hantavirose, riquetsioses. Além das doenças citadas, outros agravos devem ser considerados de acordo com a situação epidemiológica da região.

5. Estadiamento e tratamento

Os dados de anamnese e exame físico serão utilizados para estadiar os casos e para orientar as medidas terapêuticas cabíveis. É importante lembrar que a dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente evolua de um estágio a outro rapidamente. O manejo adequado dos pacientes depende do reconhecimento precoce de sinais de alerta, do contínuo monitoramento e re-estadiamento dos casos e da pronta reposição hídrica. Com isso torna-se

necessária a revisão da história clínica, acompanhada do exame físico completo a cada reavaliação do paciente, com o devido registro em instrumentos pertinentes (prontuários, ficha de atendimento, cartão de acompanhamento).

Atenção: os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

Não há tratamento específico para a dengue, o que o torna eminentemente sintomático ou preventivo das possíveis complicações. As drogas antivirais, o interferon α e a gamaglobulina, testados até o momento, não apresentaram resultados satisfatórios que subsidiem sua indicação terapêutica.

5.1. Grupo A

5.1.1. Caracterização

a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgia, artralgia) e história epidemiológica compatível;
b) Ausência de manifestações hemorrágicas (espontâneas e induzidas, como a prova do laço);
c) Ausência de sinais de alerta.

5.1.2. Conduta

Esses pacientes devem ser atendidos preferencialmente nas unidades de atenção básica.

5.1.2.1 Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:
   - A confirmação laboratorial é orientada de acordo com a situação epidemiológica:

- Em períodos não epidêmicos: solicitar o exame em todos os casos suspeitos;
- Em períodos epidêmicos: solicitar o exame conforme a orientação da vigilância epidemiológica;

• Solicitar sempre nas seguintes situações:
- Gestantes (diagnóstico diferencial com rubéola);

b) Exames inespecíficos:

• Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma:
- Recomendado para pacientes que se enquadrem nas seguintes situações: gestantes; idosos (>65 anos); hipertensão arterial, diabete melito, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica e doenças auto-imunes;

• Coleta no mesmo dia e resultado em até 24 horas.

5.1.2.2 Conduta terapêutica

a) Hidratação oral

• Calcular o volume de líquidos de 60 a 80ml/kg/dia, sendo um terço com solução salina e iniciando com volume maior. Para os dois terços restantes, orientar a ingesta de líquidos caseiros (água, sucos de frutas, soro caseiro, chás, água de coco, etc.), utilizando-se os meios mais adequados à idade e aos hábitos do paciente. Especificar o volume a ser ingerido por dia. Por exemplo, para um adulto de 70kg, orientar:
- 1º dia: 80ml/kg/dia ≅ 6,0L:
  - Período da manhã: 1l de SRO e 2l de líquidos caseiros;
  - Período da tarde: 0,5l de SRO, 1,5l de líquidos caseiros e;
  - Período da noite: 0,5l de SRO e 0,5l de líquidos caseiros;
- 2º dia: 60ml/kg/dia ≅ 4,0l, distribuídos ao longo do dia, de forma semelhante:

- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente;
- Não existe contra-indicação formal para o aleitamento materno;

b) Sintomáticos em casa

b.1. Antitérmicos e analgésicos

O uso de antitérmicos é recomendado para todos os pacientes com febre, principalmente para crianças menores de dois anos que tenham risco de convulsões:

- Dipirona:
  - Crianças – 1 gota/kg até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
  - Adultos – 20 a 40 gotas ou 1 comprimido (500mg) até de 6/6 horas;
- Paracetamol:
  - Crianças – uma gota/kg até de 6/6 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
  - Adultos – 20 a 40 gotas ou um comprimido (500mg a 750mg) até de 6/6 horas;
- Em pacientes de risco (crianças com convulsão febril, adultos com ICC grave, etc.) em que não há resposta satisfatória à terapia antitérmica, com apenas um medicamento, pode-se utilizar dipirona e paracetamol alternadamente a cada quatro horas;
- Em situações excepcionais, para pacientes com dor intensa, pode-se utilizar, nos adultos, o ácido mefenâmico 500mg ou a associação de paracetamol e fosfato de codeína (7,5 a 30mg) até de 6/6 horas;
- Os salicilatos não devem ser administrados, pois podem causar sangramento e acidose metabólica;
- Não há subsídio científico que dê suporte clínico ao uso de antiinflamatórios não hormonais ou corticoesteróides. Além disso, essas drogas podem aumentar a tendência hemorrágica na dengue;

- Drogas hepatotóxicas devem ser evitadas;

b.2. Antieméticos

- Metoclopramida:
  - Crianças – 1 gota/kg até de 8/8 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
  - Adultos – 1 comprimido de 10mg até de 8/8 horas;
- Bromoprida:
  - Crianças – 1 gota/kg até de 8/8 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
  - Adultos – 1 comprimido de 10mg até de 8/8 horas;
- Alizaprida:
  - Crianças – 4 gotas/kg até de 8/8 horas (respeitar dose máxima para peso e idade);
  - Adultos – 1 comprimido de 50mg até de 8/8 horas;

b.3. Antipruriginosos

O prurido na dengue pode ser extremamente incômodo mas é autolimitado, durando em torno de 36 a 48 horas. A resposta à terapêutica antipruriginosa usual nem sempre é satisfatória, mas podem ser utilizadas as medidas abaixo:

- Medidas tópicas: banhos frios, compressas com gelo, talcos mentolados, pasta d'água, etc.;
- Drogas de uso sistêmico:
  - Dexclorfeniramina:
    - Crianças – 0,15mg/kg/dia até de 6/6 horas;
    - Adultos – 2mg até de 6/6 horas;
  - Cetirizina:
    - Crianças (6 a 12 anos) – 5ml(5mg) pela manhã e 5ml a noite;
    - Adultos – 10mg 1 vez ao dia;
  - Loratadina:
    - Crianças – 5mg 1 vez ao dia para paciente com peso $\leq$30kg;
    - Adultos – 10mg 1 vez ao dia;

Diagnósti

A dengue é uma doença dinâmica, o que permite que o paciente possa evol

Caso suspeito de dengue: Paciente com doença febril aguda, com duração máxima de a

Grupo A*

Sintomatologia

- Ausência de manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas (prova do laço)
- Ausência de sinais de alerta

Exames complementares

Específico:

- Em período não epidêmico: para todos os casos
- Em período epidêmico: por amostragem (conforme orientação da Vigilância)

Inespecíficos(recomendado):

- Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma para pacientes em situações especiais[1]: gestante, idoso (>65 anos), hipertensão arterial, diabete melito, asma brônquica, doença hematológica ou renal crônicas, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido-péptica ou doença auto-imune

Normal ou não realizado

Alterado

Conduta

- Tratamento ambulatorial
- Hidratação oral: 60 a 80ml/kg/dia; um terço deste volume com SRO e o restante em líquidos caseiros (água, sucos naturais, chás, etc.)
- Analgésicos e antitérmicos: dipirona, paracetamol. Reavaliar medicamentos de uso contínuo
- Orientar sobre sinais de alerta[2]
- **NÃO UTILIZAR SALICILATOS**
- Não há subsídio científico que dê suporte clínico ao uso de antiinflamatórios não hormonais ou corticóides. Avaliar o risco de sangramentos
- Pacientes em situações especiais devem ser reavaliados no primeiro dia sem febre. Para os outros pacientes, reavaliar sempre que possível no mesmo período

1. Estes pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento clínico diferenciado.
2. Os sinais de alerta e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

Observações:

- **Em vigência de hemorragia visceral importante, sobretudo no Sistema Nervoso Central, associada à plaquet transfusão de plaquetas.**
- **Pacientes com plaquetopenia <20.000/mm³ sem repercussão clínica devem ser internados e reavaliados cl**
- **As manifestações não usuais (encefalite, hepatite, miocardite, entre outras) podem ocorrer em qualquer es**

*** Anteriormente classificado como leve (Grupo A), Moderado (Grupo B) e Grave (Grupos C e D).**

Conduta do Paciente com Suspeita de Dengue

e um estágio a outro, durante o curso da doença. *TODO CASO SUSPEITO (COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DE DENGUE) DEVE SER NOTIFICADO À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.*

e dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema associados a história epidemiológica compatível.

Grupo B*

Sintomatologia

- Manifestações hemorrágicas induzidas (prova do laço) ou espontâneas sem repercussão hemodinâmica
- Ausência de sinais de alerta

Normal

Hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, as seguintes faixas de valores:
crianças: ≥38% e ≤42%
mulheres: ≥40% e ≤44%
homens: ≥45% e ≤50%
e/ou
Plaquetopenia entre 50 e 100.000 céls/mm³ e/ou
Leucopenia < 1.000 céls/mm³

Conduta

- Tratamento ambulatorial
- Hidratação oral rigorosa (80ml/kg/dia), como orientado para o grupo A
- Analgésicos e antitérmicos
- Orientar sobre sinais de alerta
- Retorno para reavaliação clínico laboratorial em 24 horas e re-estadiamento.

Alterado

Hematócrito aumentado em mais de 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, os seguintes valores:
crianças: > 42%
mulheres: > 44%
homens: > 50%
e/ou
Plaquetopenia <50.000 céls/mm³

Conduta

- Leito de observação
- Hidratação oral supervisionada ou parenteral: 80ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume infundido nas primeiras 4 a 6 horas e na forma de solução salina isotônica
- Reavaliação clínica e de hematócrito após a etapa de hidratação

Melhora?

SIM — NÃO

ia <50.000/mm³, avaliar a indicação de

e laboratorialmente a cada 12 horas.
da doença, e terão abordagens específicas.

Grupo C e D*

Sintomatologia

- Presença de algum sinal de alerta e/ou
- Choque
- Manifestações hemorrágicas ausentes ou presentes

OBS: iniciar a hidratação imediatamente independente do local de atendimento

Exames complementares

Específico: Obrigatório
Inespecíficos: Hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma e outros, conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, albumina, Rx de tórax, ultra-sonografia)

Sem hipotensão (grupo C)

Conduta

- Leito de observação ou hospitalar
- Hidratação EV imediata: 25ml/kg em 4 horas, sendo 1/3 deste volume na forma de solução salina isotônica
- Reavaliação clínica e de hematócrito após 4 horas e de plaquetas após 12 horas.
- Sintomáticos

Melhora clínica e laboratorial?

SIM — NÃO

Etapa de manutenção, com 25ml/kg em 8 e 12 horas

Melhora clínica e laboratorial?

SIM — NÃO

Re-estadiar

Tratamento ambulatorial Retorno em 24 horas

Repetir conduta (até 3 vezes)

Melhora?

SIM — NÃO

Com hipotensão ou choque (grupo D)

Conduta

- Hidratação EV imediata (fase de expansão): 20ml/kg/hora com solução salina isotônica sob supervisão médica (até 3 vezes)
- Leito de observação ou hospitalar
- Reavaliação clínica (cada 15-30 minutos) e hematócrito após 2 horas
- Sintomáticos

Melhora?

SIM — NÃO

Avaliar hemoconcentração

Hematócrito em ascensão ou hipoalbuminemia

Em queda

Avaliar sangramentos e coagulopatias de consumo

Expansor plasmático

- Albumina: 3ml/kg/hora
- Substitutos artificiais

SIM — NÃO

Concentrado de hemácias e avaliação de especialista

Hiperidratação? Verificar sinais de ICC

Melhora?

SIM — NÃO

Diuréticos

SIM — NÃO

Unidade de cuidados intensivos

c) Orientar sobre os sinais de alerta;

d) Retornar no primeiro dia sem febre sempre que possível para a população geral e obrigatoriamente para os pacientes nas situações especiais mencionadas acima.

Importante:

1. Todo paciente com dengue (e sua família) deve ser orientado sobre a possibilidade do aparecimento dos sinais de alerta e a procurar imediatamente atendimento médico no caso de apresentá-los.
2. Para seguimento do paciente, recomenda-se a adoção do "Cartão de Identificação do Paciente com Dengue", que é entregue após a consulta e onde constam as seguintes informações: dados de identificação, unidade de atendimento, data de início dos sintomas, PA em duas posições, prova do laço, hematócrito, plaquetas, sorologia, orientações sobre sinais de alerta e local de referência para atendimento de casos graves na região.

5.2. Grupo B

5.2.1. Caracterização

a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgia, artralgia) e história epidemiológica compatível;

b) Manifestações hemorrágicas (espontâneas e induzidas, como a prova do laço) sem repercussão hemodinâmica;

c) Ausência de sinais de alerta.

5.2.2. Conduta

Esses pacientes devem ser atendidos inicialmente nas unidades de atenção básica, podendo necessitar de leito de observação, na dependência da evolução.

5.2.2.1. Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:
   - Obrigatório;

b) Exames inespecíficos:
   - Hematócrito, hemoglobina, plaquetas e leucograma;
   - Obrigatório para todos os pacientes do grupo;
   - Coleta e resultado no mesmo dia.

5.2.2.2. Conduta terapêutica

a) Hidratação oral conforme recomendado para o grupo A, até o resultado do exame;
b) Sintomáticos (analgésicos, antitérmicos);
c) Seguir conduta conforme resultados dos exames inespecíficos:
   - Paciente com hemograma normal:
     – Tratamento em regime ambulatorial, como grupo A;
   - Paciente com hematócrito aumentado em até 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, as seguintes faixas de valores: crianças: $\geq$38% e $\leq$42%; mulheres: $\geq$40% e $\leq$44%; homens: $\geq$45% e $\leq$50%;

     e/ou plaquetopenia entre 50 e 100.000céls/mm^3 e/ou leucopenia <1.000 céls/mm^3:
     – Tratamento ambulatorial;
     – Hidratação oral rigorosa (80ml/kg/dia), conforme orientado no grupo A;
     – Sintomáticos;

FARP

- Orientar sobre sinais de alerta;
- Retorno para reavaliação clínico laboratorial em 24 horas e re-estadiamento;

• Paciente com hematócrito aumentado em mais de 10% acima do valor basal ou, na ausência deste, os seguintes valores: crianças: >42%; mulheres: >44%; homens: >50%; e/ou plaquetopenia <50.000 céls/mm^3:

- Leito de observação em unidade de emergência ou unidade hospitalar ou unidade ambulatorial com capacidade de realizar hidratação venosa sob supervisão médica por período mínimo de seis horas;
- Hidratação oral supervisionada ou parenteral: 80ml/kg/dia, sendo 1/3 do volume infundido nas primeiras quatro a seis horas e na forma de solução salina isotônica. Veja na página 18.
- Sintomáticos;
- Reavaliação clínica e de hematócrito após a etapa de hidratação;
- Se normal, tratamento ambulatorial com hidratação rigorosa e retorno para reavaliação clínico-laboratorial em 24 horas;
- Se resposta inadequada, repetir a conduta se a unidade tiver condições. Se não, manter hidratação parenteral até transferência para unidade de referência.

Importante

1. Em todas as situações, monitorar o aparecimento de sinais de alerta. O surgimento destes ou a resposta inadequada à hidratação, isto é, aumento ou manutenção dos níveis de hematócrito, caracterizam indicação de internação.
2. Pacientes com plaquetopenia <20.000/mm^3 sem repercussão clínica devem ser internados e reavaliados clínica e laboratorialmente a cada 12 horas.

Hidratação Parenteral

1. Calcular o volume de líquidos em 80ml/kg/dia, sendo um terço na forma de solução salina e dois com solução glicosada a 5%;
2. Por exemplo, para um adulto de 55kg, prescrever:

   Volume: 80ml x 55kg = 4.400ml. Volume a ser prescrito: 4.500ml em 24 horas, sendo 1.500ml de Soro Fisiológico e 3.000 de Soro Glicosado a 5%.

   a) Primeira fase (4 horas):
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

   b) Segunda fase (8 horas):
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

   c) Terceira fase (12 horas):
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

3. Outra forma de calcular o volume de hidratação é utilizar a fórmula 25ml/kg para cada fase a ser administrada. Por exemplo, para o mesmo paciente:

   a) Primeira fase: 25ml x 55kg=1.375ml. Volume prescrito: 1.500ml em 4 horas:
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

   b) Segunda fase: 25ml x 55kg = 1.375ml. Volume prescrito: 1.500ml em oito horas:
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

   c) Terceira fase: 25ml x 55kg = 1.375ml. Volume prescrito: 1.500ml em 12 horas:
      - Soro Fisiológico – 500ml;
      - Soro Glicosado a 5% – 1.000ml;

4. A reposição de potássio deve ser iniciada uma vez observado o início de diurese acima de 500ml ou 30ml/hora.

5.3 Grupos C e D

5.3.1. Caracterização

a) Febre por até sete dias, acompanhada de pelo menos dois sinais e sintomas inespecíficos (cefaléia, prostração, dor retroorbitária, exantema, mialgia, artralgia) e história epidemiológica compatível;
b) Presença de algum sinal de alerta e/ou;
c) Choque;
d) Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

5.3.2. Conduta

Esses pacientes devem ser atendidos inicialmente em qualquer nível de complexidade, sendo obrigatório início da hidratação venosa até sua transferência para unidade de referência, se houver necessidade.

5.3.2.1. Conduta diagnóstica

a) Exames específicos:
   - Obrigatório;
b) Exames inespecíficos:
   - Hematócrito, hemoglobina, plaquetas, leucograma e outros, conforme necessidade (gasometria, eletrólitos, transaminases, albumina, Rx de tórax, ultra-sonografia de abdome);
   - Outros, orientados pela história e evolução clínica: uréia, creatinina, glicose, eletrólitos, provas de função hepática, líquor, urina, etc.

5.3.2.2. Conduta terapêutica

a) Grupo C – paciente sem hipotensão

- Leito de observação em unidade com capacidade de realizar hidratação venosa sob supervisão médica por período mínimo de 24 horas;
- Hidratação EV imediata: 25ml/kg em quatro horas, sendo um terço deste volume na forma de solução salina isotônica;
- Sintomáticos;
- Reavaliação clínica e de hematócrito após quatro horas e de plaquetas após 12 horas;
- Se melhora clínica e laboratorial, iniciar etapa de manutenção com 25ml/kg em cada uma das etapas seguintes (8 e 12 horas);
- Se resposta inadequada, repetir a conduta anterior, reavaliando ao fim da etapa. A prescrição pode ser repetida por até três vezes;
- Se melhora, passar para etapa de manutenção com 25ml/kg em cada uma das etapas seguintes (8 e 12 horas);
- Se resposta inadequada, tratar como paciente com hipotensão (ver abaixo).

b) Grupo D – paciente com hipotensão

- Iniciar a hidratação parenteral com solução salina isotônica (20ml/kg/hora) imediatamente, independente do local de atendimento. Se necessário, repetir por até três vezes;
- Leito de observação em unidade com capacidade de realizar hidratação venosa sob supervisão médica por período mínimo de 24 horas;
- Sintomáticos;
- Reavaliação clínica (cada 15-30 minutos) e hematócrito após duas horas;
- Se melhora, tratar como paciente sem hipotensão;
- Se resposta inadequada, avaliar hemoconcentração;

- Hematócrito em ascensão:
  - utilizar expansores plasmáticos (albumina – 3ml/kg/hora ou colóides artificiais);
- Hematócrito em queda:
  - investigar hemorragias e transfundir concentrado de hemácias se necessário;
  - investigar coagulopatias de consumo e discutir conduta com especialista se necessário;
  - investigar hiperidratação (sinais de insuficiência cardíaca congestiva) e tratar com diuréticos se necessário;
- Em ambos os casos, se a resposta for inadequada, encaminhar para a unidade de cuidados intensivos;
- Monitoramento laboratorial:
  - Hematócrito a cada duas horas, durante o período de instabilidade hemodinâmica e a cada quatro a seis horas nas primeiras 12 horas após estabilização do quadro;
  - Plaquetas a cada 12 horas.

Importante

1. Não efetuar punção ou drenagem de derrames serosos ou outros procedimentos invasivos.
2. A utilização de acesso venoso central é excepcional, indicada em alguns casos graves de choque que não revertam após as medidas recomendadas, para monitoramento da pressão venosa central.
3. A reposição de potássio deve ser iniciada uma vez observado o início de diurese acima de 500ml ou 30ml/hora.
4. Com a resolução do choque, há reabsorção do plasma extravasado que se manifesta por queda adicional do hematócrito após a suspensão da hidratação parenteral. Essa reabsorção poderá causar hipervolemia, edema pulmonar ou insuficiência cardíaca, caso sejam administrados mais líquidos, requerendo vigilância clínica redobrada.

5.4. Outros distúrbios eletrolíticos e metabólicos que podem exigir correção específica

Em pacientes chocados que não respondem conforme o esperado, deverão ser realizadas, periodicamente, gasometria arterial, dosagem de eletrólitos, uréia, creatinina. Desta forma, será possível estimar a magnitude do déficit de eletrólitos e determinar a presença e o grau de acidose. Geralmente, reposição precoce do volume de líquido perdido corrige a acidose metabólica.

Em pacientes chocados que não respondem a duas etapas de expansão e atendidos em unidades que não dispõem de gasometria, a acidose metabólica poderá ser minimizada com a infusão de 40ml de Bicarbonato de Sódio 8,4% durante a terceira tentativa de expansão.

5.5. Critérios de alta hospitalar

Os pacientes precisam preencher todos os seis critérios abaixo:

a) Ausência de febre durante 24 horas, sem uso de terapia antitérmica;
b) Melhora visível do quadro clínico;
c) Hematócrito normal e estável por 24 horas;
d) Plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm^3;
e) Estabilização hemodinâmica durante 24 horas;
f) Derrames cavitários em reabsorção e sem repercussão clínica.

6. Confirmação laboratorial

6.1. Diagnóstico sorológico

a) Método de escolha para o diagnóstico da dengue;
b) Detecta anticorpos antidengue;
c) Coleta **a partir do sexto dia** do início dos sintomas;
d) A técnica disponível nos laboratórios centrais do país é o **ELISA;**

FARN

e) Outras técnicas como Inibição de hemaglutinação, teste neutralização não são utilizadas na rotina.

6.2. Diagnóstico por detecção de vírus ou antígenos virais

a) Isolamento viral: seu uso deve ser orientado pela vigilância epidemiológica com o objetivo de monitorar os sorotipos circulantes;
b) Coleta até o quinto dia de início dos sintomas;
c) Detecção de antígenos virais pela imuno-histoquímica de tecidos;
d) Diagnóstico molecular feito pelo RT-PCR.

6.3 Diagnóstico laboratorial nos óbitos suspeitos

a) Todo óbito deve ser investigado;
b) Deve-se coletar sangue para isolamento viral e/ou sorologia e tecidos para estudo anatomopatológico e isolamento viral;
c) O procedimento deve ser feito tão logo seja constatado o óbito e fragmentos de fígado, pulmão, baço, gânglios, timo e cérebro devem ser retirados;
d) Para isolamento viral o material deve ser colado em recipiente estéril, enviado imediatamente para o laboratório, acondicionado em nitrogênio líquido ou gelo seco. Caso não seja possível o envio imediato, acondicionar em geladeira (+4°C) por até seis horas;
e) Para a histopalogia o material deve ser colocado em frasco com formalina tamponada, mantendo e transportando em temperatura ambiente.

7. Classificação final do caso

A padronização da classificação de casos permite a comparação da situação epidemiológica entre diferentes regiões. A classificação é retrospectiva e para sua realização deve-se reunir todas as informações clínicas e laboratoriais do paciente, conforme descrito abaixo:

7.1. Caso confirmado de dengue clássica

É o caso suspeito confirmado laboratorialmente. Em curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita pelos critérios clínico-epidemiológicos, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter **confirmação laboratorial**.

7.2. Caso confirmado de febre hemorrágica da dengue

É o caso em que todos os critérios abaixo estão presentes:

a) febre ou história de febre recente de sete dias ou menos;

b) trombocitopenia (<=100.000/mm^3 ou menos);

c) tendências hemorrágicas evidenciadas por um ou mais dos seguintes sinais: prova do laço positiva, petéquias, equimoses ou púrpuras, e sangramentos de mucosas, do trato gastrointestinal e outros;

d) extravasamento de plasma devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito apresentando um aumento de 20% sobre o basal na admissão ou queda do hematócrito em 20%, após o tratamento; ou presença de derrame pleural, ascite e hipoproteinemia.

A dengue hemorrágica pode ser classificada, de acordo com a sua gravidade em:

a) Grau I – Febre acompanhada de sintomas inespecíficos e sem manifestações hemorrágicas espontâneas. A única manifestação

hemorrágica é a prova do laço positiva ou sangramento no local de punção venosa (manifestações hemorrágicas provocadas);

b) Grau II – Febre acompanhada de sintomas inespecíficos e com manifestações hemorrágicas espontâneas (petéquias, equimoses, sangramentos: gengival, tubo digestivo, mucosa conjuntival, vaginal e na urina);

c) Grau III – Febre acompanhada de sintomas inespecíficos, com manifestações hemorrágicas espontâneas e colapso circulatório. Surgem, subitamente, sinais de insuficiência circulatória tais como: pulso rápido e fraco, diminuição da pressão em 20 mmHG ou menos, hipotensão, pele pegajosa, pele fria, inquietação. Se o paciente não for tratado neste estágio inicial do choque, evoluirá para o choque profundo;

d) Grau IV – Choque profundo com pressão arterial e pulso imperceptíveis.

Organizadores
Suely Hiromi Tuboi
Ana Cristina da Rocha Simplício
João Bosco Siqueira Júnior
Cristiane Penaforte do Nascimento

Colaboradores
Bernardino Cláudio Albuquerque – Universidade Federal do Amazonas
Ivo Castelo Branco – Universidade Federal do Ceará
Carlos Alexandre Brito – Universidade Federal de Pernambuco
Sônia Maris Oliveira Zagne – Universidade Federal Fluminense
Cecília Carmen de Araujo Nicolai – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Diagramação, Normalização Bibliográfica, Revisão Ortográfica e Capa
Ascom/PRE/FUNASA

Agradecimentos
Agradecemos a todos os médicos que participaram da revisão crítica do material, presentes nos treinamentos realizados em Salvador e Vitória.

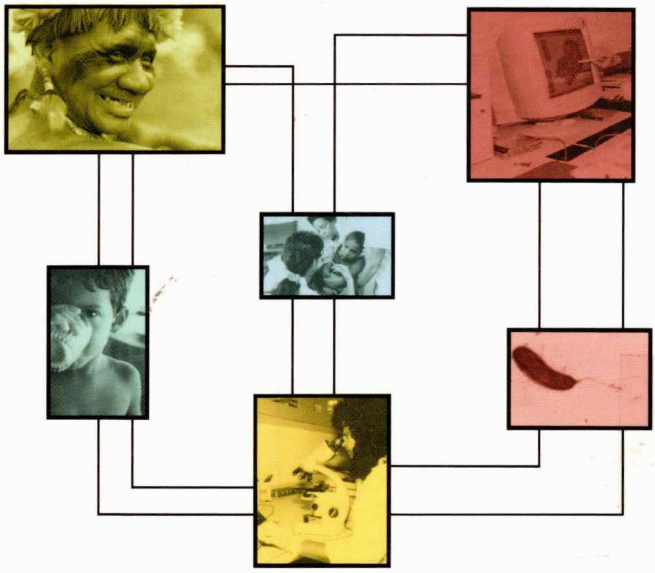
A Fundação Nacional de Saúde - **FUNASA**, é uma instituição que tem como missão a promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação, prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como o atendimento integral à saúde dos povos indígenas, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

O sistema descentralizado de Vigilância Epidemiológica permite que o Governo Federal, os estados e os municípios trabalhem de forma integrada. Em parceria com órgãos e entidades públicas e privadas, esse sistema visa a desenvolver e a fortalecer a capacidade de atuação da **FUNASA** nas áreas de "Inteligência Epidemiológica" e nas ações típicas da esfera federal. Uma das atividades desse sistema é consolidar a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, integrando-o aos Sistemas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental.

O objetivo é antever e agir para promover saúde, prevenir doenças e assegurar qualidade de vida aos brasileiros.

A **FUNASA** tem ainda o papel de coordenadora e normatizadora do processo de descentralização das ações de prevenção e controle das endemias que está sendo implementado de forma sustentável, com definição clara do papel de cada instância de governo.

Dessa forma as secretarias de saúde e municípios passam a ser responsáveis pela prevenção e combate às enfermidades, desenvolvendo infra-estrutura que vem permitindo o aperfeiçoamento do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no país.



www.funasa.gov.br

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE