

## MANEJO DE PACIENTES COM DENGUE

### Elaboração:

Dra. Maria Paula Mourão  
Dr. Marcelo Cordeiro  
Dr. Antônio Magela Tavares  
Dra. Lúcia Alves  
Dr. Bernardino Albuquerque

### I. O QUE É UM CASO SUSPEITO DE DENGUE?

Deve-se considerar **suspeito** todo paciente que apresentar **quadro febril agudo**, com duração máxima de **7 dias** e, pelo menos, **dois** dos seguintes sintomas, associados ou não à hemorragias: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração e exantema.

### II. EVOLUÇÃO DA DOENÇA

**Fase Febril:** do 1º ao 3º dia de doença, podendo ir, as vezes, até o 7º dia de doença. Quando acontece a defervescência inicia a fase crítica da doença.

**Fase crítica:** vai do 3º ao 7º dia de doença. Nesta fase podem ocorrer hipotensão, derrames cavitários e hemorragias importantes.

**Fase de convalescência:** depois do 7º e até o 10º dia de doença. Nesta fase podem ocorrer a hiper-hidratação (dispneia, tosse, edema de membros) e as infecções bacterianas secundárias (principalmente em trato respiratório superior e inferior).

### III. COMO RECONHECER UM QUADRO DE DENGUE GRAVE?

A gravidade no dengue se traduz essencialmente pela presença de **um ou mais** dos **sinais de ALARME**. Esses sinais indicam a possibilidade de o paciente evoluir para GRAVIDADE.

São eles:

- a) Dor abdominal intensa e contínua;
- b) Vômitos persistentes;
- c) Hipotensão postural e/ou lipotímia;
- d) Hepatomegalia dolorosa;
- e) Hemorragias importantes (hematêmese, melena, metrorragia);
- f) Sangramento de mucosa
- g) Sonolência e/ou irritabilidade;
- h) Diminuição da diurese;
- i) Diminuição repentina da temperatura ou hipotermia (<35°C);
- j) Aumento repentino do hematócrito;
- k) Queda abrupta das plaquetas;
- l) Desconforto respiratório;
- m) Manifestações neurológicas (convulsão, parestia, alteração da consciência).

Os pacientes com suspeita clínica de dengue **sem manifestações hemorrágicas e sem sinais de alarme** devem ser atendidos pela **unidade básica de saúde** mais próxima da sua residência.

Todos os pacientes com suspeita de dengue e sem manifestações hemorrágicas espontâneas devem ser submetidos à prova do laço. Na **presença de manifestações hemorrágicas** (espontâneas ou prova do laço positiva), os pacientes devem ser referenciados à **rede de urgência/emergência** onde possam realizar **hemograma e contagem de plaquetas em caráter de urgência** e, quando possível, a dosagem de albumina.

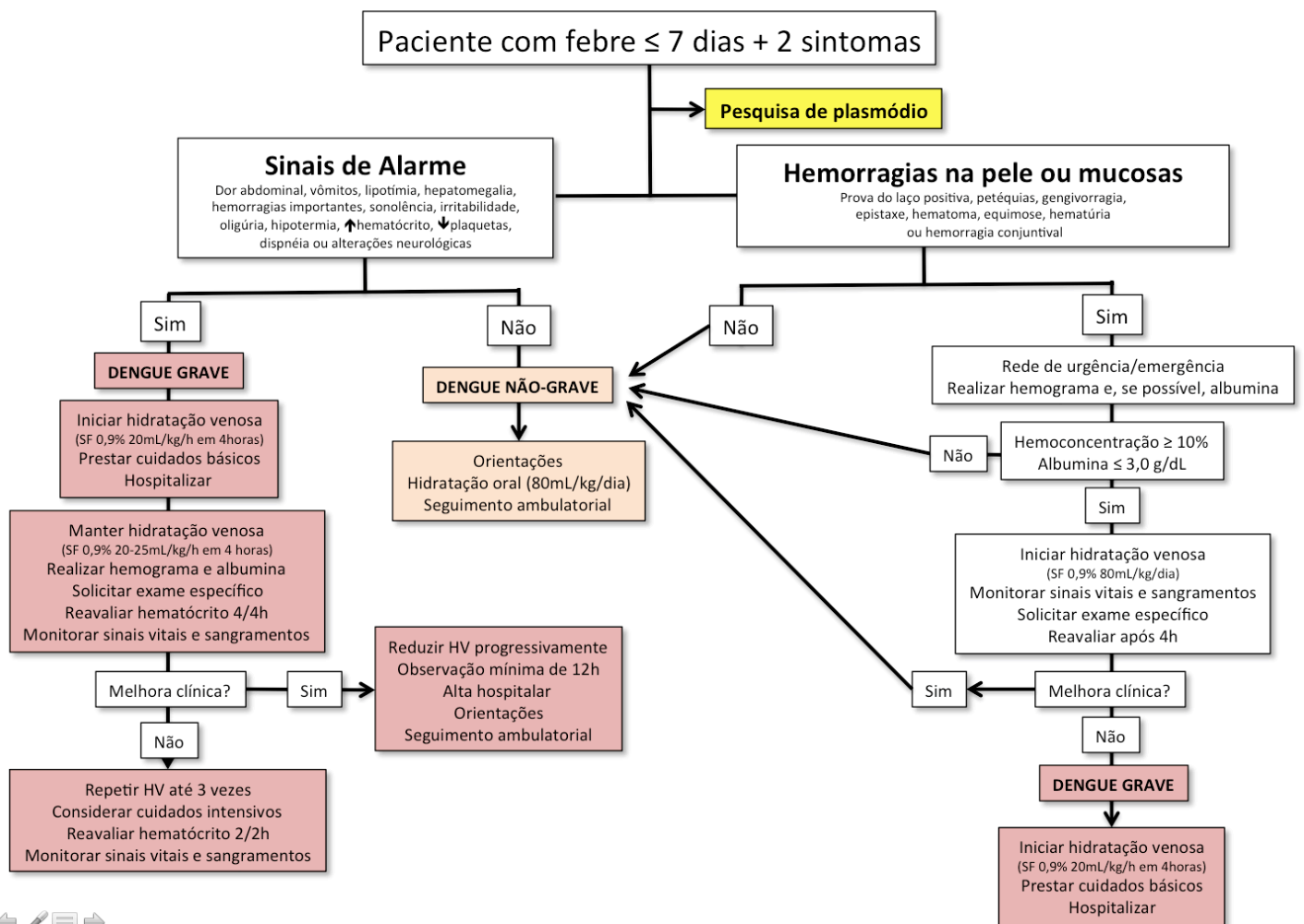
O Pronto-Atendimento da FMT-HVD é a unidade de referência para o atendimento dos casos graves e potencialmente graves em adultos, avaliados previamente pela rede e devidamente encaminhados. Da mesma forma, os **Prontos Socorros da Criança (Zona Sul, Zona Leste e Zona Oeste)** são as unidades de referência para crianças graves e potencialmente graves.

Lembrar sempre que **o dengue é uma doença sistêmica e muito dinâmica** e que pacientes inicialmente classificados como não-graves podem rapidamente evoluir para gravidade e óbito, principalmente as crianças. A **atenção médica continuada** e a **orientação cuidadosa do paciente e de seus familiares** a respeito dos sinais de alarme são decisivas para a identificação precoce das formas graves.

Alguns grupos de pacientes parecem ter **maior risco de desenvolver doença grave** e, portanto, merecem uma atenção mais cuidadosa, com reavaliação a cada 24 ou 48 horas, dependendo em que fase da doença o paciente se encontra. São eles: crianças menores de 2 anos, gestantes, adultos acima de 65 anos, hipertensos ou cardiopatas graves, diabéticos, pacientes com DPOC, com doenças hematológicas crônicas, com doença renal crônica, com doença acidopéptica e com doenças auto-imunes.

**IV. COMO MANEJAR UM PACIENTE COM DENGUE?**

Diante de um paciente com suspeita de dengue, deve-se seguir o seguinte algoritmo de cuidado:



## V. COMO MANEJAR UM PACIENTE COM DENGUE GRAVE?

Caracteriza-se por **dengue grave** todos os casos suspeitos de dengue que apresentarem pelo menos **um sinal de alarme**, ou ainda aqueles casos apenas com **manifestações hemorrágicas que não respondem à hidratação venosa inicial**. Nessas situações deve-se iniciar imediatamente:

### 1. NO ADULTO:

- Hidratação venosa (HV) com soro fisiológico (SF) a 0,9% e taxa de infusão de 25mL/kg por 4 horas;
- Encaminhar o paciente ao Pronto-Atendimento da FMT-HVD.

À admissão do paciente, deve-se solicitar pesquisa de plasmódio (para descartar infecção malárica), hemograma, dosagem de albumina e exame específico para dengue. Nos casos em que o exame físico indicar presença de derrames cavitários (derrame pleural, derrame pericárdico ou ascite), deve-se solicitar USG para confirmar o achado.

Uma vez iniciada a reposição volêmica, o hematócrito deverá ser repetido a cada 4 horas, para a reavaliação da hidratação venosa, conforme abaixo:

- |   |
|---|
| <p><b>1. Após 4 horas de HV → hematócrito inalterado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) manter mesma taxa de infusão;</li><li>b) reavaliar hematócrito a cada 4 horas e repetir HV até 3x, se necessário.</li></ul> <p><b>2. Após 4 horas de HV → hematócrito aumentou:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aumentar infusão para 25mL/kg por 2 horas;</li><li>b) reavaliar hematócrito a cada 2 horas e repetir HV até 3x, se necessário.</li></ul> <p><b>3. Após 4 horas de HV → hematócrito diminuiu:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) checar presença de sangramentos importantes;</li><li>b) reduzir progressivamente a taxa de infusão;</li></ul> |
|---|

Se a qualquer momento o paciente evoluir com **sinais de choque** (hipotensão arterial, taquisfigmia, extremidades frias, cianose ou enchimento capilar > 2 segundos), deve-se aumentar a taxa de infusão de SF a 0,9% para **20mL/kg/h, com reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e dosagem do hematócrito a cada 2 horas**. Nesse caso, a hidratação venosa pode ser repetida até 3 vezes e, se não houver resposta, deve-se transferir o paciente para a unidade de terapia intensiva e considerar o uso de expansores plasmáticos ou amins vasoativas.

Vale ressaltar que pacientes com suspeita de dengue grave devem permanecer no Pronto-Atendimento, ou na Unidade de Terapia Intensiva em caso de choque, devido à necessidade de monitoramento e reavaliação clínica e laboratorial contínua.

Uma vez que se observe a melhora clínica do paciente, pode-se indicar a **alta hospitalar** com a observação dos seguintes **critérios**: ausência de febre por 48h (sem uso de antitérmico), hematócrito estável por 24h, plaquetas em elevação e acima de 50.000/mm<sup>3</sup>, estabilização hemodinâmica e derrames cavitários em regressão e sem repercussão clínica.

### 2. NA CRIANÇA

2.1 Toda criança dentro da definição de caso suspeito que **apresente algum tipo de manifestação hemorrágica**, deve-se iniciar imediatamente:

- Expansão com SF a 0,9% - 20 mL/kg - correr em 2 horas;
- Solicitar hemograma com contagem de plaquetas e dosagem de albumina (a criança aguarda o resultado do exame já sendo hidratada);
- Hidratação de manutenção (NHD, segundo a regra de Holliday-Segar):
  - Até 10 kg: 100 mL/kg/dia
  - 10 a 20 kg: 1.000 mL + 50 mL/kg/dia para cada kg acima de 10Kg

- 20 a 30 kg: 1.500 mL + 20 mL/kg/dia para cada kg acima de 20 kg
- Acima de 30 Kg: 40 a 60 mL/Kg/dia
- Sódio: 3 mEq em 100mL de solução ou 2 a 3 mEq/kg/dia
- Potássio: 2 mEq em 100mL de solução ou 2 a 4 mEq/kg/dia.

2.2 Toda criança dentro da definição de suspeito de dengue que apresente pelo menos um dos **SINAIS DE ALARME**, deve-se iniciar imediatamente:

- **Fase de expansão:**  
Soro fisiológico: 20 mL/kg/h ou Ringer Lactato (podendo ser repetida até 3 vezes);  
Reavaliação clínica e laboratorial;  
Com melhora clínica passar para HV de manutenção.
- **Fase de manutenção:** Necessidade hídrica basal (regra de Holliday-Segar);
- **Fase de reposição de perdas estimadas** : SF 0,9% ou Ringer lactato - 50% das necessidades hídricas basais, em equipo com dupla via ou em dois diferentes acessos venosos.

2.3 Toda criança com **sinais de gravidade (sinais de choque, hemorragia maciça, derrames cavitários, com desconforto respiratório e comprometimento grave de órgãos)** devem ser obrigatoriamente monitoradas em Unidade de Terapia Intensiva:

- **Fase de expansão**  
SF a 0,9% ou Ringer lactato - 20 mL/kg em até 20 minutos, em bolus (podendo repetir até 3x).  
Sem melhora clínica após a fase de expansão, avaliar o grau de hemoconcentração:

#### **Hematócrito em ascensão e choque após hidratação adequada:**

Utilizar expansores plasmáticos: albumina 0,5 –1 g/kg

Preparar uma solução de albumina a 5%: 25 mL de albumina 20% + 75 mL de SF 0,9% = 100mL

Na falta de albumina humana, usar colóides sintéticos (dextran) – 10 mL/kg/ hora.

#### **Hematócrito em queda e choque**

***Na presença de hemorragias importantes:***

- ❖ Concentrado de hemácias - 10 a 15 mL/kg/dia

***Na presença de coagulopatia***

- ❖ Avaliar necessidade de uso de plasma fresco congelado - 10 mL/kg;
- ❖ Vitamina K (doses habituais);
- ❖ Crioprecipitado - 1U para cada 5 a 10 kg.

## **VI. COMO FAZER O DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE DENGUE?**

Para pacientes que se encontram **até o 5º dia de doença** solicitar o **teste anti-NS1 e/ou o isolamento viral e/ou a RT-PCR para dengue**, de acordo com a disponibilidade da rede. Para pacientes com **mais de 7 dias de doença** deve ser solicitada a sorologia (ELISA IgM). Sempre que possível, recomenda-se que se faça uma coleta para exames específicos antes de 7 dias de doença e outra após 7 dias de doença.

Nos casos de óbito, recomenda-se a coleta de sangue imediatamente após o óbito para a realização dos exames específicos e a solicitação de necropsia, onde deverão ser coletadas amostras de fígado, coração e cérebro, conservadas em soro fisiológico e transportadas imediatamente para freezer -70°C para a realização de RT-PCR.

## **VII. TERAPIAS ADJUVANTES**

O tratamento sintomático deve ser feito com dipirona ou paracetamol nas doses habituais. O **prurido** intenso desencadeado pelo exantema em pacientes com maior sensibilidade, pode ser aliviado por soluções

caseiras a base de amido (“papa de maisena”), pasta d’ água ou, em último caso, por anti-histamínicos (preferencialmente loratadina, cetirizina ou fexofenadina). Na criança recomenda-se apenas o banho frio para alívio do prurido.

A plaquetopenia observada no dengue deve-se predominantemente a mecanismos imunológicos. **A transfusão de concentrado de plaquetas deve ser realizada somente em caso de sangramento que comprometa a hemodinâmica**, devendo-se utilizar 1 unidade de concentrado de plaquetas para cada 10kg, a cada 8 ou 12 horas. Sangramentos leves de mucosa ou de pele tem conduta conservadora como uso de compressas frias, drogas protetoras da mucosa gástrica e repouso. Os pacientes com plaquetimetria abaixo de  $50.000/\text{mm}^3$  não deverão fazer uso de quaisquer medicações de administração intramuscular. O uso de concentrado de hemácias está indicado em caso de hemorragias importantes, com descompensação hemodinâmica, na dose de 10mL/Kg, podendo ser repetido a critério médico.

O uso de outros hemocomponentes (plasma fresco, crioprecipitado) e de expansores plasmáticos (albumina humana, dextran) devem ser **restritos aos casos de choque refratário** à reposição volêmica com cristalóides.

Diante da suspeita de dengue, os **derrames cavitários** (ascite, derrame pleural e derrame pericárdico) **não devem ser puncionados** devido ao grande risco de precipitar hemorragias, assim como o espessamento da parede da vesícula biliar (**colecistite alitiásica**) deve também ter conduta expectante.

Pacientes cardiopatas em uso profilático de derivados do ácido acetil-salicílico ou outros anti-agregantes plaquetários devem ser orientados a suspender suas medicações **apenas se** apresentarem **plaquetopenia acentuada** ( $<50.000$  céls/ $\text{mm}^3$ ) ou **fenômenos hemorrágicos de grande magnitude**. A reintrodução dos mesmos poderá ser efetuada quando da normalização das plaquetas.

## VIII. COMPLICAÇÕES

Pacientes com dengue podem experimentar complicações de naturezas diversas no curso da doença. Em algumas situações o vírus pode apresentar maior tropismo para determinado sistema, originando o que se chama de “dengue visceral”. Nesses casos, a presença de um dos achados a seguir caracteriza o quadro: alterações graves do sistema nervoso; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepática; púrpura trombocitopênica; hemorragia digestiva; rabdomiólise; miocardite. Manifestações clínicas do sistema nervoso incluem: delírio, sonolência, coma, depressão, irritabilidade, psicose, demência, amnésia, sinais meníngeos, paresias, paralisias, polineuropatias, síndrome de Reye, síndrome de Guillain-Barré e encefalite.

Em outros casos, infecções bacterianas podem aparecer ao final da fase de viremia, originando persistência da febre além de 7 dias. São relativamente comuns quadros de otite, sinusite, faringite e pneumonia após infecção por dengue, e devem ser conduzidos da maneira habitual.

Qualquer intercorrência ou situação não contemplada nesta rotina em relação aos pacientes com dengue pode ser discutida com os profissionais da FMT-HVD, nos seguintes telefones:

**Dr. Marcus Guerra:** ☎ (92) 9983-4796

**Dr. Antônio Magela:** ☎ (92) 8844-1448

**Dr. Sílvio Fragoso:** ☎ (92) 9902-7048

**Dra. Lúcia Alves Rocha:** ☎ (92) 9272-6898

**Dra. Maria Paula Mourão:** ☎ (92) 9142-2474

**Dr. Marcelo Cordeiro:** ☎ (92) 9119-9199

**Dr. Victor Oliveira:** ☎ (92) 8151-7989