



Protocolo para atendimento
aos pacientes com suspeita
de dengue - 2009

1. Quem atende o paciente com suspeita de dengue?

A suspeita clínica e a notificação de dengue pode ser feita por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os critérios clínicos apresentados no item 2.

A classificação clínica inicial dos casos suspeitos (conforme item 11), a solicitação dos exames apresentados nos itens 8 e 9, e orientação do paciente em relação a sinais de alerta e importância da hidratação adequada podem ser feitas por profissional enfermeiro ou médico.

A interpretação de exames de hematócrito e plaquetas, quando estes forem necessários, a classificação clínica definitiva dos casos suspeitos e a prescrição de medicamentos deve ser feita por profissional médico.

2. Como identificar um caso suspeito de dengue ?

Paciente com febre há menos de 7 dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas:

- Cefaléia
- Dor retro-orbitária
- Mialgia
- Artralgia
- Prostração
- Exantema

3. Que etapas devem ser seguidas no atendimento ao paciente com suspeita de dengue?

- Pesquisar situações que aumentam o risco de evolução desfavorável (vide item 4) e ficar atento ao diagnóstico diferencial (quadro 1).
- Pesquisar sinais e sintomas de alerta durante anamnese e exame físico (vide item 5).
- Medir:
 - ✓ pressão arterial em duas posições (deitado ou sentado, e em pé);
 - ✓ frequência do pulso;
 - ✓ temperatura axilar.
- Realizar prova do laço (vide item 6).
- Quando necessário, coletar sangue para realização de hematócrito e plaquetas na urgência (vide item 8)
- Coletar sangue para sorologia e/ou isolamento viral no momento apropriado (vide item 9)
- Preencher o cartão da dengue.
- Notificar em Ficha de Investigação Epidemiológica, todo caso suspeito, em duas vias (uma para epidemiologia e uma para o laboratório/sorologia). Em caso de solicitação de isolamento viral preencher 3ª via para o laboratório.

Quadro 1. Considerações gerais sobre o quadro clínico e diagnóstico diferencial

- A febre é geralmente a primeira manifestação, com início repentino e temperatura superior a 38°C.
- O exantema é constituído por pequenas pápulas eritematosas e usualmente aparece simultaneamente em diversas regiões do corpo, não apresentando seqüência de distribuição e podendo ser pruriginoso. Pode atingir o corpo todo, inclusive as mãos e pode ter aspecto confluyente.
- Em crianças, a dengue pode se manifestar através de sintomas inespecíficos como dor abdominal, rubor facial, náuseas, vômitos, diarreia, anorexia e irritabilidade.
- Em relação ao diagnóstico diferencial, pesquisar história de contato recente com doenças exantemáticas comuns na infância e pesquisar situação vacinal para avaliar susceptibilidade a outras doenças exantemáticas imunopreveníveis. O diagnóstico diferencial de quadros febris exantemáticos deve sempre incluir rubéola, sarampo e escarlatina.
- Perguntar sobre viagem para regiões endêmicas para malária e febre maculosa, doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial e que podem ser fatais sem tratamento específico.
- O quadro inicial de infecções bacterianas pode também se assemelhar ao quadro de dengue e o exame clínico atento é importante para diferenciação das infecções e uso de antibiótico quando necessário.

4. Quais são as situações especiais que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com dengue?

Gestante, crianças (menores de 13 anos), idosos (maiores de 65 anos) e portadores das seguintes comorbidades: hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma brônquica, doença hematológica ou renal crônica, cardiopatia, doença cloridro-péptica ou doença auto-imune.

5. Quais são os sinais/sintomas de alerta ?

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos ou diarreia persistentes;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Hemorragias importantes (hematêmese e/ou melena);
- Derrames cavitários (pleural, pericárdico, peritoneal, outros);
- Hipotensão arterial;
- Pressão arterial convergente (diferença entre PA sistólica e diastólica < 20 mmHg);
- Hipotensão postural (queda maior que 20 mmHg na PA sistólica ou 10 mmHg na PA diastólica em um intervalo de até 3 minutos após o paciente se colocar de pé);
- Taquicardia com pulso fino;
- Lipotímia;
- Diminuição repentina da temperatura corporal ou hipotermia;
- Extremidades frias, cianóticas;
- Desconforto respiratório;
- Redução da diurese;
- Prostração intensa, sonolência ou irritabilidade.

6. Quem deve realizar a Prova do Laço ?

A prova do laço pode ser realizada por profissional médico ou enfermeiro. O auxiliar de enfermagem pode realizar o procedimento desde que adequadamente treinado e supervisionado, mas a interpretação deve ser realizada por profissional médico ou enfermeiro.

7. Como realizar a Prova do Laço ?

- Medir a pressão arterial
- Insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima.
- Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças (< 13 anos).
- Soltar o ar do manguito, retirá-lo do braço do paciente e procurar por petéquias no antebraço, abaixo da prega do cotovelo.
- Escolher o local de maior concentração de petéquias e marcar um quadrado com 2,5 cm de lado.
- Contar o número de petéquias dentro do quadrado.
- Considerar positiva quando houver 20 ou mais petéquias em adultos e 10 ou mais em crianças.

8. Quais exames laboratoriais devem ser realizados para avaliação da gravidade da dengue e quando solicitá-los?

O exame de hematócrito e plaquetas deve ser realizado em pacientes com situações que aumentam o risco de evolução desfavorável (item 4), prova do laço positiva, com manifestações hemorrágicas ou com sinais de alerta.

9. Quais exames laboratoriais devem ser realizados para diagnóstico etiológico da dengue e quando solicitá-los?

Pacientes com suspeita clínica de dengue devem realizar exames para confirmação diagnóstica, de acordo com orientações abaixo:

- Todos os casos suspeitos de dengue: solicitar sorologia para dengue a partir do 6º dia de início dos sintomas.
- Casos suspeitos de dengue com prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas: solicitar isolamento viral nos primeiros 4 dias de início dos sintomas.

Observações:

- a) Os critérios de indicação de realização dos exames de diagnóstico etiológico podem variar de acordo com a situação epidemiológica da dengue.
- b) Para pacientes com exantema, a FUNED realizará também sorologia para rubéola e sarampo.

10. Qual profissional deve solicitar os exames?

Tanto o profissional médico quanto o enfermeiro podem solicitar exames de diagnóstico etiológico (sorologia e isolamento viral) e de avaliação da gravidade da doença (hematócrito e plaquetas), de acordo com as orientações deste protocolo. A interpretação dos resultados de hematócrito e plaquetas deve ser realizada por profissional médico.

11. Quais as principais situações clínicas possíveis?

Tabela. Classificação da gravidade da dengue

Manifestações	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C	Grupo D
Hemorragia leve*/ prova do laço	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Sinais de alerta	Não	Não	Não	Sim	Choque
Plaquetas	>100.000 ou não realizada	Entre 50.000 e 100.000	<50.000	Independente do valor	Independente do valor
Hematócrito	Normal ou não realizado	Normal ou elevação em até 10% do basal	Elevação maior que 10% do basal	Independente do valor	Independente do valor

* petéquias, epistaxe, gengivorragia.

OBS: Os valores de plaquetas estão apresentados em células/mm³

Quadro 2. Valores de referência para hematócrito

Valores normais de hematócrito:

- ▶ Homens: 44%
- ▶ Mulheres: 39%
- ▶ Crianças:
 - < 1 mês: 51%
 - 1 mês: 43%
 - 2 a 6 meses: 35%
 - 6 meses a 2 anos incompletos: 36%
 - 2 a 6 anos incompletos: 37%
 - 6 a 12 anos: 40%

Aumento de hematócrito em até 10% acima do valor basal:

- ▶ Homens: $\geq 45\%$ e $< 50\%$
- ▶ Mulheres: $\geq 40\%$ e $< 44\%$
- ▶ Crianças: calcular de acordo com os valores normais apresentados acima.

Aumento de hematócrito em mais de 10% acima do valor basal:

- ▶ Homens: $\geq 50\%$
- ▶ Mulheres: $\geq 44\%$
- ▶ Crianças: calcular de acordo com os valores normais apresentados

12. Como conduzir os casos do grupo A?

- Crianças (abaixo de 13 anos), idosos (acima de 65 anos), gestantes e pacientes que apresentem comorbidades (vide item 5) devem realizar exame de hematócrito e plaquetas. Os demais pacientes do grupo A não necessitam realizar exames hematológicos ou bioquímicos para avaliação da gravidade da dengue.
- Para pacientes que não necessitem realizar hematócrito e plaquetas ou nos quais estes exames não estejam alterados (hematócrito normal e contagem de plaquetas > 100.000 céls/mm³) proceder da seguinte forma:
 - ✓ Prescrever paracetamol e/ou dipirona;
 - ✓ Não utilizar salicilatos, anti-inflamatórios não-esteróides ou corticóides;
 - ✓ Orientar hidratação oral conforme quadro 3;
 - ✓ Orientar procura imediata de serviço de urgência em caso de manifestações hemorrágicas ou sinais/sintomas de alerta;
 - ✓ Orientar retorno no 1° dia de melhora da febre ou 5° dia de doença, devido ao risco de desenvolver FHD nesse período;
 - ✓ Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar para o domicílio;
 - ✓ Dar alta no 1° dia de melhora da febre ou 5° dia de doença se prova do laço negativa e ausência de sinais de alerta no momento do retorno.
- Pacientes que necessitem realizar hematócrito e plaquetas e nos quais estes exames estejam alterados (elevação de hematócrito e/ou contagem de plaquetas < 100.000 céls/mm³), estadiar como B1 ou B2 e conduzir conforme orientações abaixo para cada um destes grupos.

13. O que fazer com pacientes do grupo B?

- Todos os pacientes do grupo B (prova do laço positiva ou manifestações hemorrágicas leves (petéquias, epistaxe, gengivorragia)) devem realizar hematócrito e plaquetas e o resultado deve ser avaliado no mesmo dia.
- Enquanto o paciente aguarda o resultado de hematócrito e plaquetas, deve ser hidratado preferencialmente por via oral, de acordo com as recomendações da situação clínica A. Em caso de intolerância à hidratação oral, deve-se hidratar por via venosa, com soro fisiológico 0,9% com volume de 40-60 ml/kg em 4-6 horas (1/3 de SF0,9% e 2/3 de SGI5%), até a chegada do resultado de exames (hematócrito e contagem de plaquetas). Administrar paracetamol e/ou dipirona se houve necessidade.
- Se o paciente permanecer estável durante o período em que aguarda a realização de hematócrito e plaquetas, a classificação em B1 ou B2 será definida a partir da chegada do resultado destes exames. Caso o paciente apresentar sinais de alerta e/ou choque durante este período, conduzir como grupo C ou D.

Grupo B1

- Caso o hematócrito esteja normal ou até 10% acima do valor basal (vide quadro 2) e as plaquetas estejam acima de 50.000 céls/mm³, preencher “cartão da dengue”, liberar para o domicílio com prescrição de paracetamol (e/ou dipirona) e orientações sobre hidratação oral vigorosa conforme grupo A.
- Fornecer as seguintes orientações:
 - ✓ Procura imediata de serviço de urgência em caso de sinais de alerta
 - ✓ Retorno diário para avaliação médica até o 7° dia de doença
- Preencher ficha de notificação e avisar imediatamente a Vigilância Epidemiológica, por telefone.
- Repetir plaquetas e hematócrito nas consultas de retorno, de acordo com avaliação clínica.
- Dar alta após o 7° dia de doença se ausência de sinais de alerta.

Grupo B2

Caso o paciente apresente elevação do hematócrito acima de 10% do valor basal e/ou plaquetas abaixo de 50.000 céls/mm³, conduzir conforme grupo C.

14.O que fazer com pacientes no grupo C?

- Internar em leito de serviço de urgência ou hospitalar por no mínimo 24 horas.
- Iniciar hidratação parenteral conforme orientações do quadro 4.
- Prescrever dipirona e/ou paracetamol conforme necessário.
- Preencher ficha de notificação e avisar imediatamente a Vigilância Epidemiológica, por telefone.
- Reavaliar clinicamente a cada 2 horas, repetir hematócrito a cada 4-6 horas e plaquetas a cada 12 horas.
- Observar atentamente o surgimento ou piora dos sinais de alerta e/ou das alterações laboratoriais.
- Realizar estudos de imagem (radiografia de tórax em decúbito lateral ou ultrassom tóraco-abdominal) na suspeita de derrames cavitários.
- Caso haja melhora clínico-laboratorial após 24 horas (vide quadro 5), liberar para o domicílio com o cartão da dengue preenchido e com orientações em relação à hidratação vigorosa (vide quadro 3) e controle clínico diário no Centro de Saúde.

15.O que fazer com pacientes na situação D (choque circulatório) ?

- Internar em leito de terapia intermediária ou intensiva.
- Ofertar oxigenioterapia suplementar.
- Iniciar hidratação parenteral (conforme quadro 4) e abordagem do choque.
- Repetir plaquetas e hematócrito conforme necessidade.
- Realizar estudos de imagem (Raio X de tórax ou ultrassom tóraco-abdominal) na suspeita de derrames cavitários.
- Notificar imediatamente a Vigilância Epidemiológica, por telefone.
- Quando houver melhora clínico-laboratorial, conduzir como situação clínica C.

Quadro 3. Orientações para hidratação oral de pacientes com suspeita de dengue.

Importante: deve-se realizar hidratação oral dos pacientes com suspeita de dengue ainda na sala de espera enquanto aguardam consulta médica.

Volume da hidratação oral:

- Adultos: 60-80 ml/kg/dia
- Crianças (menores de 13 anos de idade): orientar paciente e o cuidador para hidratação, de preferência por via oral com volume de líquidos estimados de acordo com o peso (Regra de Holliday-Segar):
 - ✓ 100 ml/kg/dia até 10 Kg de peso corporal
 - ✓ 1.000 ml + 50 ml/kg para cada kg entre 10 e 20 kg e
 - ✓ 1.500 ml + 20 ml/kg para cada kg de peso corporal acima de 20 Kg
 - ✓ Observação: acrescentar 50 a 100 ml (crianças menores de 2 anos) ou 100 a 200 ml (crianças maiores de 2 anos de idade) para eventuais perdas por vômitos e diarreia.
- Oferecer 1/3 na forma de soro de rehidratação oral (SRO ou soro caseiro) e o restante através da oferta de água, sucos e chás.
- Especificar em receita médica ou no cartão da dengue o volume a ser ingerido por dia.
- Manter a hidratação durante todo o período febril e por até 24-48 horas após a defervescência da febre.
- A alimentação não deve ser interrompida durante a hidratação, mas administrada de acordo com a aceitação do paciente. O aleitamento materno dever ser mantido e estimulado.

Quadro 4. Orientações para hidratação parenteral de pacientes com suspeita de dengue.

Situação B2 e C:

- Adultos: Calcular o volume em 80ml/kg/24 horas, sendo um terço na forma de solução salina (NaCl 0,9%) e dois terços com solução glicosada a 5%. Administrar 25ml/kg nas primeiras 4 horas, repetindo até 3 vezes se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos. Após estas primeiras quatro horas, correr 25 ml/kg nas 8 horas seguintes e 30 ml/kg nas 12 horas subsequentes.
- Crianças: 20 ml/kg/h de soro fisiológico (NaCl 0,9%), podendo ser repetida até três vezes. Criança com melhora clínica, manter hidratação com a taxa hídrica de manutenção (Regra de Holliday-Segar – vide quadro 3). Se criança não apresentar melhora clínica, abordar como situação D.

Situação D:

- Adulto ou crianças: Iniciar imediatamente com soro fisiológico 20 ml/kg em até 20 minutos. Repetir até três vezes sob supervisão médica (a cada 15 – 30 minutos) . Após melhora, conduzir como situação B2 ou C (vide acima). Se piora, considerar uso de albumina ou outro expansor plasmático

Quadro 5. Critérios para alta da Unidade de Pronto-Atendimento ou hospitalar

Os pacientes precisam preencher todos os critérios abaixo:

- Melhora visível do quadro clínico;
- Estabilidade hemodinâmica;
- Hematócrito normal e estável;
- Plaquetas acima de 50.000 céls/mm³ ;
- Derrames cavitários, quando presentes, em regressão e sem repercussão clínica.

Anexo 1 – Abordagem inicial da Síndrome do Choque do Dengue na sala de emergência

O tratamento da Síndrome do Choque do Dengue não difere daquele dispensado a qualquer paciente chocado. A abordagem destes pacientes deve ser sistematizada, com atenção à adequada manutenção das funções respiratória e circulatória.

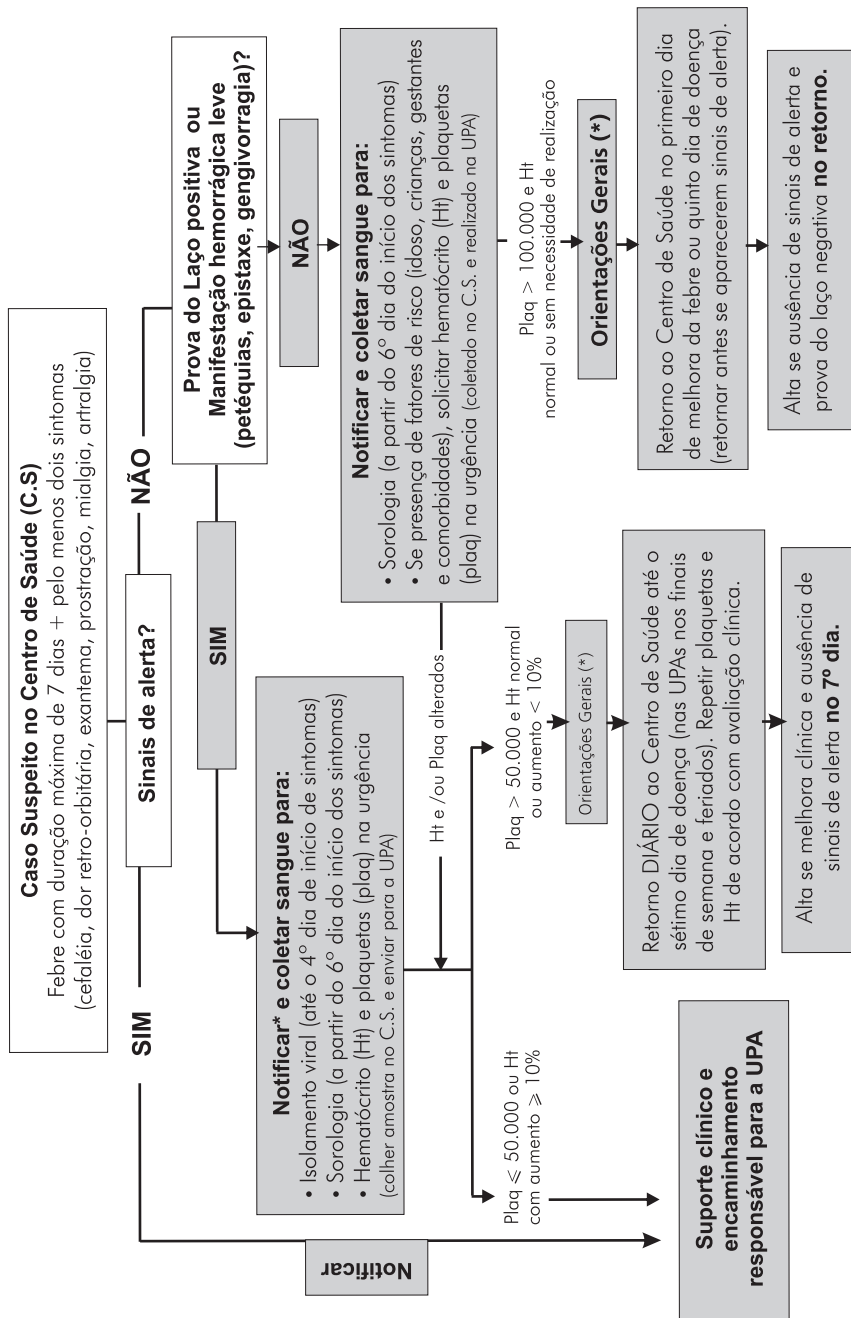
Manutenção da função respiratória

1. Suplementação de O₂ por máscara ou cateter nasal, no maior volume possível, até o limite de 10 l/min. Para crianças < 1 ano, usar Hood fechado com 8 litros por minuto.
2. Monitorização com oximetria de pulso, objetivando saturação de O₂ > 92%.
3. Em casos onde a oferta de O₂ não for suficiente, deve-se precocemente realizar entubação endotraqueal e ventilação mecânica.
4. Exame clínico dos campos pulmonares, com atenção à ventilação e ruídos adventícios.

Manutenção da função circulatória

1. Pesquisar atentamente sinais de hipoperfusão.
2. Instalar dois acessos vasculares periféricos de grosso calibre
3. Iniciar reposição volêmica, em gotejamento livre, com 2 litros de Soro Fisiológico (ou Ringer Lactato) em adultos, ou 20 ml/Kg em crianças (correr no máximo em 20 minutos)
4. Repetir procedimento 3, em caso de persistência do choque
5. Se persistência do choque, após procedimento 4:
 - 5.1. Passar SVD, puncionar veia central e instalar medida de pressão venosa central (PVC)
 - 5.1.1. PVC baixa ou normal: manter infusão de volume até normalização de PA, sinais de congestão pulmonar, ou elevação importante da PVC
 - 5.1.2. PVC alta: Utilizar dopamina na dose inicial de 5 g/kg/min, aumentando progressivamente as doses até obter a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos
6. Providenciar vaga em Centro de Terapia Intensiva (CTI)
7. Colher sangue para exames laboratoriais:
 - ✓ prova cruzada para sangue e derivados
 - ✓ hemograma com plaquetas
 - ✓ coagulograma completo
 - ✓ gasometria arterial
 - ✓ hemoculturas (mesmo que essas não sejam processadas em sua unidade)
8. Avaliar necessidade de hemoderivados. Em caso de hemorragias ou queda significativa de hemoglobina, com coagulograma alterado, corrigir especificamente distúrbios da hemostasia, utilizando plasma fresco congelado (10 ml/Kg), plaquetas (1 unidade/7 Kg) e, se necessário, crioprecipitado (1 unidade/10Kg)
9. Iniciar ceftriaxona e reavaliar com 48 horas, pela dificuldade de diagnóstico diferencial com sepse bacteriana, em especial meningococcemia. A posologia preconizada para adultos é 2g EV de 12/12 horas e para crianças com mais de 3 meses de idade, 50mg/kg EV de 12/12 horas (até o limite de 2g de 12/12 horas). Em recém-nascidos e lactantes de até 3 meses de idade, deve-se utilizar o esquema antimicrobiana adequado, conforme avaliação médica.
10. Realizar transporte responsável, fazendo contato prévio com a unidade receptora.

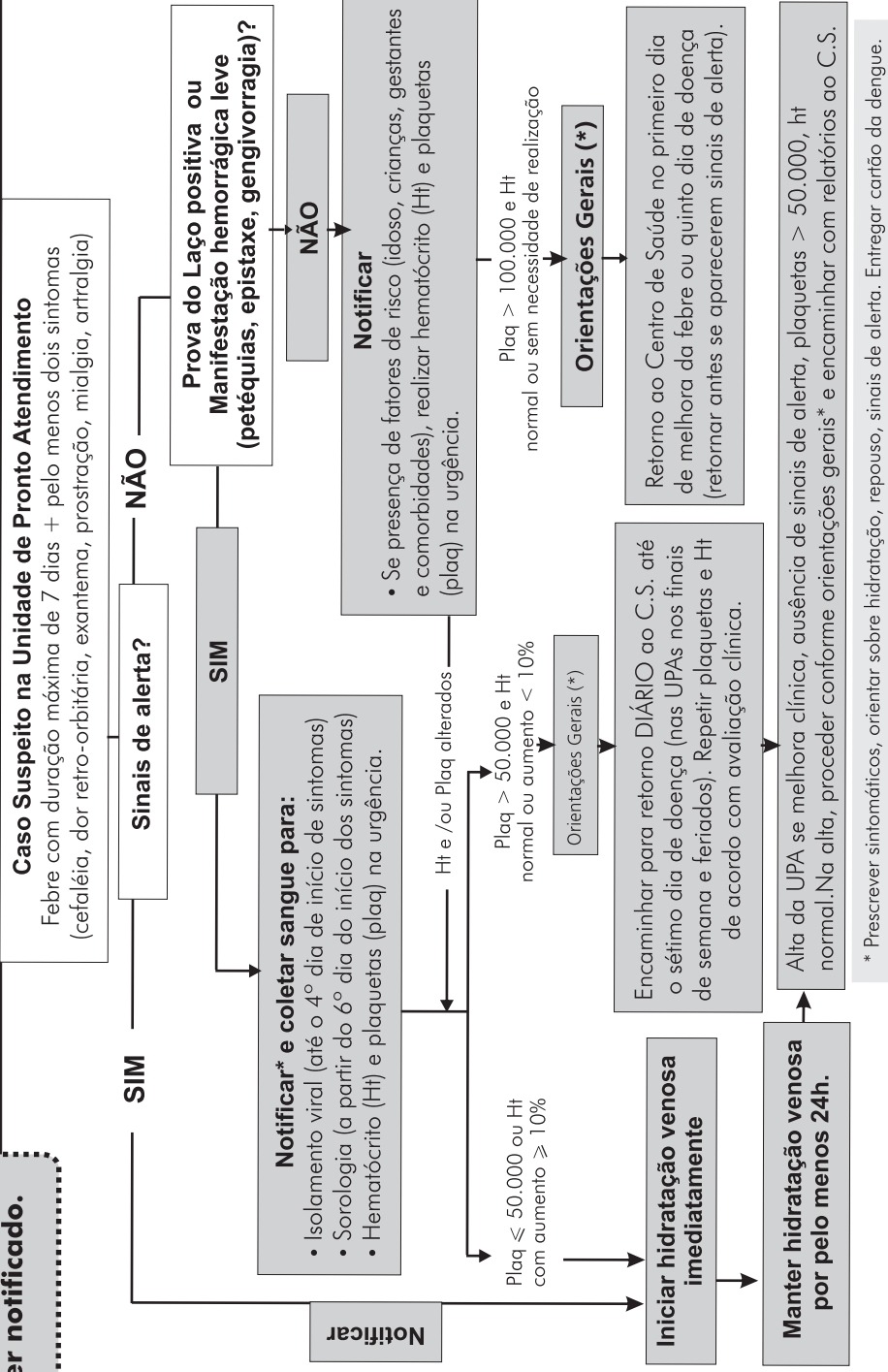
MANEJO DA DENGUE NO CENTRO DE SAÚDE



* Prescrever sintomáticos, orientar sobre hidratação, repouso, sinais de alerta. Entregar cartão da dengue.

Todo caso de Dengue tem que ser notificado.

MANEJO DA DENGUE NAS UNIDADES DE URGÊNCIA



Anexo 3 – Telefones para notificação imediata

Dias úteis, de 8 às 18 horas: Gerência de Epidemiologia dos Distritos Sanitários.

Barreiro: 3277-5897

Centro-Sul: 3277-4331

Leste: 3277-4477

Nordeste: 3277-6241/6242

Noroeste: 3277-7645

Norte: 3277-7853

Oeste: 3277-7082

Pampulha: 3277-7938

Venda Nova: 3277-5413

Outros horários:

TELEFONE DO PLANTÃO DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
(Plantão 24h: 8835-3120)

Bibliografia:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico - adulto e criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2007
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
3. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde de Adultos - Serviço de Atividades Assistenciais. Protocolo para atendimento dos casos de dengue numa epidemia - janeiro de 1998
4. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde de Adultos - Serviço de Atividades Assistenciais. Protocolo para atendimento dos casos de dengue numa epidemia - setembro de 1998
5. Moura AD. Choque em paciente com dengue – Abordagem inicial. Curso de treinamento dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Abordagem clínica da febre hemorrágica do dengue e síndrome do choque.
6. Pinto CAG, Melo V, Carvalhais LMQ, Ferrari JGO, Andrade MNB, Antunes Jr. JS, Freire JM, Pereira ID. Protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue. In: HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS. Comissão de Controle de Infecções Hospitalares. Textos selecionados de epidemiologia hospitalar e infectologia. Novembro, 1998, atualizado em março de 2005.
7. Prata A, Rosa APAT, Teixeira G, Coelho ICB, Tavares-Neto J, Dias J, Figueiredo LTM, Dietze R, Valls R, Maris S, Alecrim W. Condutas terapêuticas e de suporte no paciente com dengue hemorrágico. IESUS, VI(2), Abr/Jun, 1997.
8. Setiawan MW, Samsi TK, Wulur H, Sugianto D, Pool TN. Dengue haemorrhagic fever: ultrasound as an aid to predict the severity of the disease. Pediatric Radiology (1998) 28: 1-4.

