

Dengue

Roteiro para Capacitação de Profissionais Médicos no Diagnóstico e Tratamento de Dengue



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



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Dengue

Roteiro para Capacitação de Profissionais Médicos no Diagnóstico e Tratamento de Dengue

Brasília, novembro 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, 5º 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, 7º Andar - sala 715

Telefone: (61) 314.6290/255.0359 - Fax: (61) 226.4488

CEP: 70.070-040 – Brasília/DF

Tiragem: 5.000 exemplares.

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

Dengue: roteiro para capacitação de profissionais médicos no diagnóstico e tratamento de dengue. – Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

40 p.

1. Dengue – prevenção e controle. 2. Dengue capacitação. I. Título.

Apresentação do curso

A dengue é um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial de Saúde estima que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente, com cerca de 550 mil hospitalizações e 20 mil óbitos. No Brasil, o aumento da incidência da doença verificado entre 2000 e 2002 e a introdução de um novo sorotipo (DEN 3) acena para o elevado risco de epidemias de dengue e Febre Hemorrágica da Dengue (FHD). Nesse cenário, torna-se imperioso que o conjunto de ações para prevenção da doença sejam intensificadas, permitindo um melhor enfrentamento do problema e a redução do impacto da dengue no Brasil. A capacitação de profissionais de saúde no atendimento aos pacientes com dengue é um dos principais componentes do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) do Ministério da Saúde. Para atender a essa necessidade, o Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde, elaborou o presente material de treinamento para profissionais médicos, enfocando os principais problemas que têm sido observados na assistência ao doente.

Um dos problemas que têm acarretado retardo no reconhecimento de uma situação epidêmica, aumento nos gastos públicos e, indiretamente, diminuição da qualidade da atenção, é o uso inadequado das técnicas disponíveis para diagnóstico de dengue. Os exames específicos para diagnóstico de dengue têm, sobretudo, a finalidade de orientar ações de vigilância epidemiológica, uma vez que a conduta terapêutica raramente será alterada em função da confirmação diagnóstica de dengue. Desse modo, sua importância é capital em períodos não epidêmicos e menor em situações de epidemia, salvo algumas situações clínicas. Paradoxalmente, o uso dos testes diagnósticos em todos os estados do Brasil que apresentam circulação de vírus da dengue não tem sido racional, ocasionando baixa sensibilidade da vigilância epidemiológica nos períodos não epidêmicos e sobrecarga de trabalho para os laboratórios de saúde pública em períodos epidêmicos.

Outra preocupação e tema central deste curso refere-se à qualidade do atendimento ao doente com formas graves de dengue, expressa pela elevada taxa de letalidade observada para Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) – 5,33% (Cenepi, 2002). A circulação simultânea de pelo menos 2 sorotipos em 22 estados e a multiplicidade de formas clínicas observadas recentemente, incluindo formas graves de primo-infecção, são fatos que apontam para o risco de ocorrência de epidemias de FHD. Apesar da potencial gravidade da FHD, o impacto dessas epidemias pode ser minimizado com o reconhecimento e tratamento oportunos dos casos mais graves, já que a grande maioria dos casos não requer tratamento em unidades de terapia intensiva.

Finalmente, e não menos importante, todo esforço na melhoria da qualidade será de pouco valor se as condições adequadas de atendimento não forem observadas no planejamento de um plano de contingência para dengue. Por isso, uma parte deste material destina-se a instrumentalizar o profissional médico para que possa atuar em sua realidade, contribuindo para a organização do serviço no atendimento dos pacientes, seja em situação de epidemia, orientando e estabelecendo o fluxo de pacientes, seja em períodos não epidêmicos, realizando o diagnóstico de forma racional e trabalhando articuladamente à vigilância epidemiológica local.

O conteúdo programático, desta forma, encontra-se distribuído em três módulos: 1-Abordagem diagnóstica, 2-Manejo clínico e 3-Organização do serviço. Com eles, o presente material propõe-se a fornecer subsídios para capacitar profissionais médicos na atenção integral do paciente com dengue, sem perder de perspectiva as características epidemiológicas regionais e a realidade local.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior
Diretor do Centro Nacional de Epidemiologia

Objetivo

Capacitar profissionais médicos envolvidos na atenção aos pacientes com dengue, visando a melhoria da qualidade da assistência médica e redução da taxa de letalidade das formas graves dessa doença.

Público

Médicos(as) que prestam assistência aos pacientes com dengue em unidades básicas de saúde e em unidades de referência.

Metodologia

A metodologia utilizada é a da problematização, com atividades desenvolvidas a partir de situações-problema, adaptadas à realidade epidemiológica regional.

As atividades são desenvolvidas em grupos de 10 a 15 alunos, acompanhados por um facilitador.

Ao final das atividades em grupo os conteúdos são consolidados em aulas e/ou apresentação dos relatórios.

Carga horária

O curso tem carga horária de 16 horas.

Atividade		Capacidades a serem desenvolvidas		Duração
Apresentação e divisão em grupos				20 a 30 min
Pré teste		Sondagem do conhecimento prévio		30 min
Aula expositiva		Dengue, ciclo da doença, epidemiologia e diagnóstico específico		20 min
Módulo I – Abordagem diagnóstica	Atividade 1	Questões 1 a 6	Utilizar sorologia em situações epidemiológicas distintas	45 min – 1h
	Atividade 2	Questões 1 a 3	Utilizar apropriadamente os métodos diagnósticos disponíveis e interpretar os exames	30 min
Aula expositiva		Fisiopatogenia e quadro clínico da dengue		20 min
Módulo II – Manejo clínico (parte 1)	Atividade 1	Questões 1 a 8	Discutir diagnóstico diferencial de síndrome febril, exantemática e febril hemorrágica agudas	30 min – 40 min
	Leitura		Destacar elementos na anamnese e exame físico que possam ser indicativos de dengue	
	Leitura		Executar a prova do laço	Classificação de dengue
		Questões 9 a 28	Utilizar os elementos da anamnese e exame físico para classificar casos suspeitos de dengue	3 h
			Propor um protocolo mínimo necessário para abordagem diagnóstica de um caso suspeito de dengue	
			Identificar elementos na evolução clínica indicativos de gravidade (sinais de alerta)	
Leitura			Estadiamento evolutivo de dengue e tratamento	30 min
Módulo II – Manejo clínico (parte 2)	Atividade 2	Questões 1 a 17	Realizar estadiamento evolutivo dos casos de dengue	
	Atividade 3	Questões 1 a 7	Discutir e propor tratamento adequado para os diversos estádios da doença	3 a 4 h
	Atividade 1		Dar resposta a outras situações na prática clínica relacionadas à dengue	30 min
Módulo III – Organização de Serviço	Atividade 1		Elaborar um protocolo de atenção ao doente com dengue em sua realidade, considerando: uso racional do diagnóstico em períodos epidemiológicos distintos e atendimento em situação de epidemia	4 h

Pré-teste

A resposta é livre, o objetivo do pré-teste é resgatar conceitos prévios, não há preocupação em fazer correções neste momento.

Solicitar que alunos coloquem as experiências prévias, de suas práticas clínicas.

Discutir cada ponto, compondo os conceitos com as contribuições do grupo

1. O que é dengue?

Compor o conceito com as contribuições dos alunos.

2. Como se adquire dengue?

3. Qual é o quadro clínico da dengue clássica?

Solicitar que coloquem as experiências pessoais, da prática clínica.

Perguntas:

- manifestações hemorrágicas são parte do quadro clássico? Sim

- crianças apresentam quadro diferente dos adultos: Sim, crianças tendem a apresentar quadros mais brandos.

4. Como é feito o diagnóstico específico da dengue?

Perguntas:

- quais são as técnicas oferecidas pela rede de saúde?

Atividade 1 – Abordagem epidemiológica

Caso clínico 1

Identificação: E.G.M., feminino, 24 anos, do lar, branca, residente no município A, bairro de Nova Estação.

História da doença atual: procurou o serviço médico da Unidade Básica de Saúde (UBS) em 17/12/2000 com história de febre não aferida há dois dias, cefaléia, mialgia, náuseas, vômitos e prostração. No dia do atendimento notou vermelhidão no corpo.

Exame físico: *Geral:* Bom estado geral, temperatura axilar de 37,5°C, PA 120x75 mmHg, eupneica, anictérica.

Pele: exantema morbiliforme, sobretudo em face e troncos. *Segmento cefálico:* gânglios submandibulares pouco aumentados, de consistência fibro-elástica, indolores. *Tórax:* murmúrio vesicular simétrico, ausência de ruídos adventícios à ausculta pulmonar; bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopro à ausculta cardíaca. *Abdome:* normotenso, indolor, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e normais.

Neurológico: sem alterações.

Questões

1. Quais são as hipóteses diagnósticas que você faria para este caso?

1. Diagnóstico diferencial de síndrome febril aguda com exantema - rubéola, dengue, parvovirose, sarampo, escarlatina, mononucleose e outras viroses (mayaro, oropouche).

2. Farmacodermia.

2. Há alguma informação adicional da história clínica que você considera relevante e que não foi obtida? Se sim, diga qual(quais).

1. Rubéola e sarampo: história de contato, antecedentes vacinal e de infecção.

2. Dengue: epidemiologia, local provável de infecção, presença do vetor.

3. Outras viroses: história de deslocamentos.

4. Farmacodermia: história de uso de medicamentos.

Caso clínico 2

Identificação: J.J.M., feminino, 34 anos, do lar, parda, residente no município A, bairro de Nova Estação, procurou a UBS em 20/4/2001.

História da doença atual: refere que há sete dias teve início de febre (38°C), cefaléia, intensa mialgia, artralgia, dor retro-ocular, náuseas, prostração. Fez uso de dipirona com melhora discreta dos sintomas. Refere recrudescência da febre e dos outros sintomas há um dia.

Exame físico: *Geral:* Prostrada, anictérica, eupnéica, sem adenomegalias. PA 130x85 mmHg, temperatura axilar 38,5°C, FC: 116 bpm. *Pele:* sem lesões. *Segmento cefálico:* sem alterações. *Tórax:* pulmões livres, ausculta cardíaca normal. *Abdome:* normotenso, indolor, sem visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes e normais. *Neurológica:* sem alterações.

Questões

3. Quais são as hipóteses diagnósticas que você faria para este caso?

1. Diagnóstico diferencial de síndrome febril aguda – dengue, influenza, malária, leptospirose, febre tifóide, oropouche, outras viroses.

2. Discutir a duração da febre.

4. Há alguma informação adicional da história clínica que você considera relevante e que não foi obtida? Se sim, diga qual(quais).

1. Epidemiologia para dengue e outras viroses.

2. História de deslocamento, contato com matas.

3. Ocupação.

4. História de enchente – leptospirose.

5. História de ingestão hídricoalimentar – febre tifóide.

Leia a continuação dos casos clínicos 1 e 2 e responda às questões 5 e 6.

Caso clínico 1

Conduta diagnóstica: o médico fez as hipóteses diagnósticas de rubéola e de dengue. Solicitou sorologia para rubéola e sorologia para dengue, a serem coletadas em 23/12/2000.

Conduta terapêutica: foi prescrito paracetamol e outros sintomáticos e a paciente foi orientada a retornar se necessário.

Evolução: desaparecimento do exantema em dois dias e melhora dos outros sintomas.

Os fatos: O resultado da sorologia para rubéola foi negativo e para dengue, positivo. O resultado da sorologia para dengue levou três meses para ser enviado à UBS, porque o Lacen estava processando amostras acumuladas dos meses de janeiro e fevereiro de 2001. Por causa do atraso no processamento das amostras dos meses subsequentes, a vigilância epidemiológica não foi capaz de detectar o início da epidemia de dengue.

Caso clínico 2

Conduta diagnóstica: o médico suspeitou de dengue e solicitou isolamento viral e sorologia para dengue, os quais foram coletados no mesmo dia do atendimento. Solicitou ainda hemograma completo e exame de urina que resultaram normais.

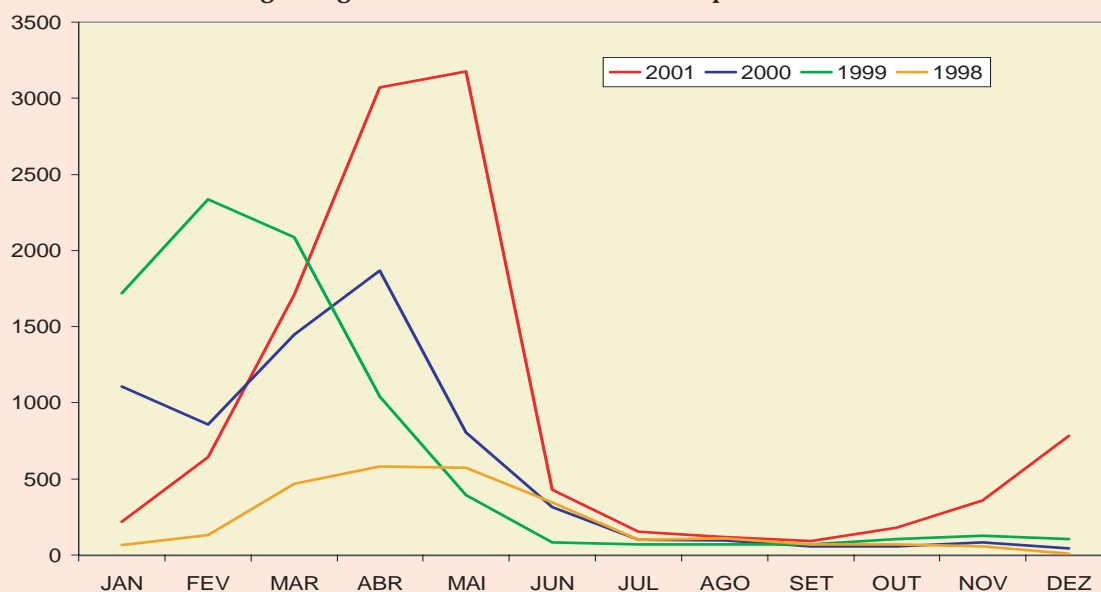
Conduta terapêutica: foi prescrito paracetamol, a paciente foi orientada a ingerir líquidos e a retornar em 72 horas.

Evolução: melhora clínica e desaparecimento dos sintomas.

Os fatos: O isolamento resultou negativo e a sorologia, positiva. O resultado foi enviado três meses depois devido à sobrecarga de trabalho do Lacen, em razão da franca epidemia em curso no município.

Informações epidemiológicas do bairro Nova Estação

Casos notificados de dengue, segundo mês de ocorrência, município A, 1998 a 2001.



Pedir para observarem o gráfico, perguntar como se deve utilizar a sorologia, em vista do que ocorreu ao Lacen.

Questões

5. Em sua opinião, em qual dos casos a solicitação da sorologia para dengue foi mais útil, sob o aspecto da vigilância epidemiológica?

Perguntar qual a importância de se notificar casos de dengue.

No caso 1, assim a VE poderia ter detectado o início da epidemia.

6. Como assessor da vigilância epidemiológica deste município, o que você sugere para resolver o problema da realização de sorologias pelo Lacen? E quanto ao uso do isolamento viral?

Na situação de epidemia, não é necessário testar todas as amostras, pois isto não implicará em medidas de controle adicionais. Deve-se priorizar os casos que necessitam confirmação diagnóstica.

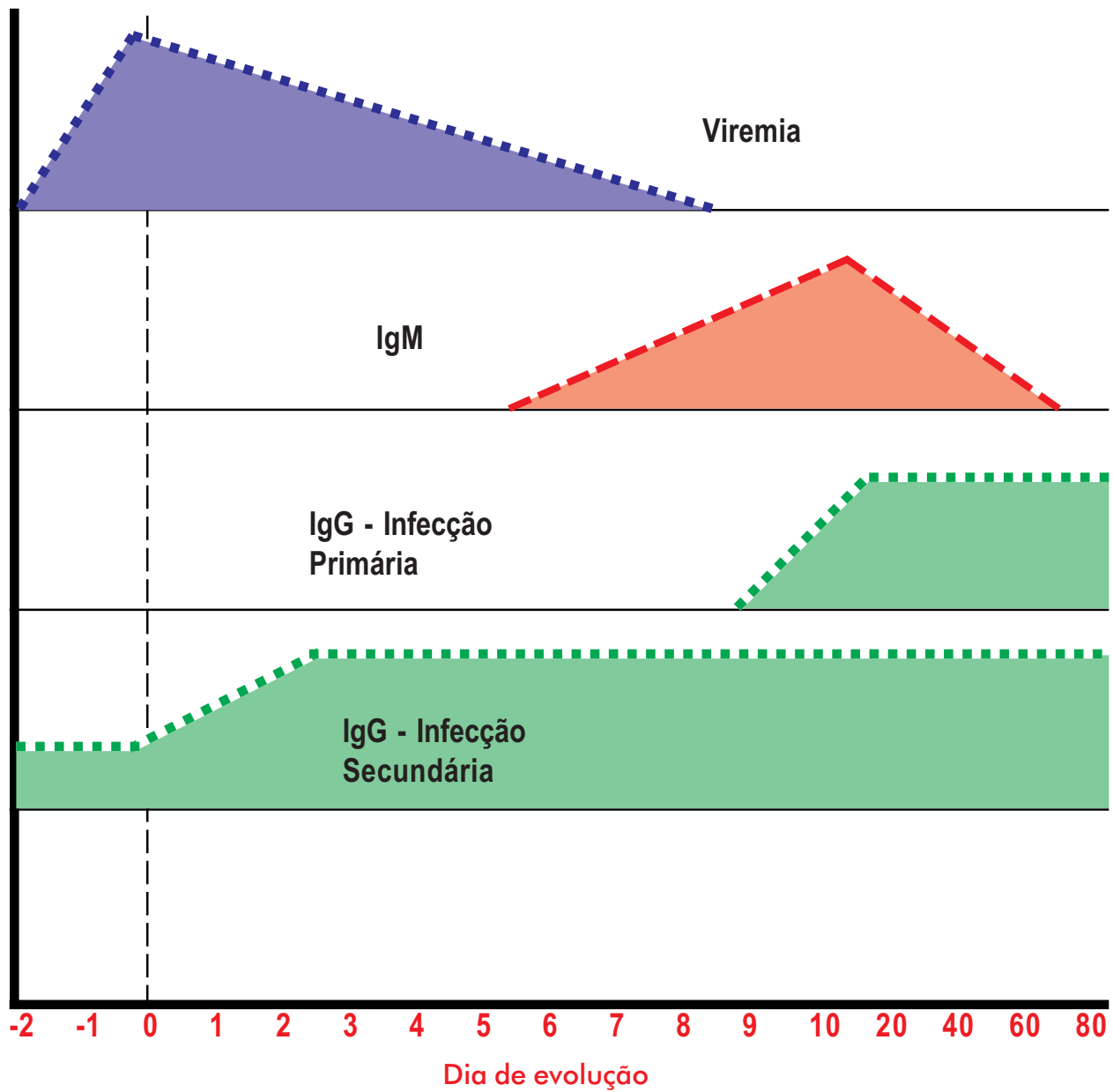
Na situação não epidêmica, porém, o diagnóstico de todos os casos é importante, para que um aumento no número de casos seja detectado precocemente e medidas de controle sejam oportunamente implementadas.

Isolamento viral: é importante para o conhecimento dos sorotipos circulantes, para os casos e óbitos suspeitos de FHD e para os casos suspeitos provenientes de áreas com circulação de sorotipos diferentes. A sugestão esperada é a implantação de unidades sentinela.

Outros aspectos que podem ser discutidos: a retroalimentação de informação entre laboratório, vigilância epidemiológica e a unidade que prestou atendimento.

Atividade 2 – Diagnóstico de dengue

Observe o gráfico abaixo, que mostra o comportamento da viremia e da resposta imune (primária e secundária) na infecção pelo vírus da dengue.



Questões

1. Explique os resultados dos exames diagnósticos nos casos 1 e 2.

No caso 1 o exame foi coletado em tempo adequado.

No caso 2, o isolamento viral resultou negativo devido ao momento da coleta.

Quanto à sorologia, o momento da coleta foi correto.

2. Como você procederia nos casos 1 e 2, em relação ao diagnóstico etiológico?

Sorologia para ambos os casos. Para o caso 2, conforme as orientações da vigilância epidemiológica para situações de epidemia.

3. Descreva as possíveis interpretações para os resultados de sorologia abaixo:

Paciente com IgM positiva sem dosagem de IgG:

Resposta: Infecção recente.

Paciente com IgM positiva e IgG negativa:

Resposta: Infecção primária.

Paciente com IgM positiva e IgG positiva:

Resposta: Infecção recente, primária ou secundária, dependendo do momento da coleta.

Exemplificar: no 6º - secundária; no 15º dia - não é possível distinguir entre primária e secundária.

Paciente com IgM negativa e IgG positiva:

Resposta: Infecção progressa ou fase aguda de uma infecção secundária sem IgM detectável.

Atividade 1 – Classificação de dengue

Caso clínico 3

Identificação: A.E.A., feminino, 26 anos, residente em Fortaleza, CE.

História da doença atual: em 17/3/2002 a paciente procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se de febre alta, de início abrupto, acompanhada de cefaléia intensa, mal-estar geral, dor retro-orbitária, náuseas, vômitos e dois episódios de evacuações líquidas, com início do quadro há três dias. Achava que estava com dengue. Gesta 1, Para 0, na 29ª semana de gestação. Negava perdas via vaginal.

Exame físico: *Geral:* Bom estado geral, corada, hidratada, anictérica. Temperatura axilar de 39°C, PA deitada: 120x80 mmHg; Pulso: 100ppm. *Pele:* sem lesões. *Segmento cefálico e tórax:* sem alterações. *Abdome:* gravídico, normotenso, indolor. *Neurológico:* sem alterações.

Feita a hipótese diagnóstica (HD) de dengue, o médico realizou a prova do laço da seguinte maneira: com a paciente deitada, insuflou o manguito do esfigmomanômetro até 150 mmHg por cinco minutos. A seguir, desinsuflou o manguito e, num quadrado de 2,5cm por 2,5cm, não contou nenhuma petéquia. A prova foi considerada negativa.

Questões

1. Cite pelo menos cinco hipóteses diagnósticas para o caso.

1. Dengue.

2. Influenza.

3. Infecção do trato urinário.

4. Meningite.

5. Sinusite; 6. Complicações obstétricas infecciosas; 7. Malária (região norte do Ceará).

8. Gastroenterocolite aguda; 9. Outras doenças infecciosas, conforme realidade epidemiológica regional.

2. Destaque três elementos no quadro clínico que sustentam cada hipótese diagnóstica.

1. Dengue e Influenza: febre, cefaléia, dor retro-orbitária.

2. Infecção do trato urinário: febre, mal-estar geral, evacuações líquidas.

3. Meningite: febre, cefaléia, vômitos.

4. Sinusite: febre cefaléia, dor retro-orbitária.

5. Complicações obstétricas infecciosas: febre, mal-estar geral, vômitos, evacuações líquidas; 6. Malária: febre, cefaléia, vômitos; 7. Gastroenterocolite aguda: febre, náuseas, vômitos, evacuações líquidas.

3. Você faria alguma outra avaliação clínica do caso?

Melhor avaliação obstétrica.

Pergunta: esta paciente tem maior risco de desenvolver formas complicadas de dengue?
PA sentada.

Prova do laço foi feita de forma incorreta.

Distribuir um esfigmomanômetro para o grupo e instruir como se faz o procedimento:

1. Desenhar um quadrado de 2,5 cm 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.

Lembrar que a PL + não é patognomônica de FHD e que pode ocorrer em outras situações clínicas que cursam com alteração da permeabilidade vascular ou trombocitopenia (idade avançada, coagulopatias).

Lembrar que, para a dengue, a PL é importante para triagem de pacientes com potencial alteração da permeabilidade vascular.

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

Caso clínico 4

Identificação: M.S.M., cinco anos, masculino, residente em bairro da periferia de Manaus, onde há transmissão de malária.

História da doença atual: criança encaminhada ao serviço de urgência pelo ambulatório da unidade de referência em 20/11/2001 com história de febre alta não aferida, contínua, acompanhada de cefaléia, calafrios, mialgia e artralgia há quatro dias. No dia do atendimento, além dos sintomas referidos, apresentou vômitos e gengivorragia após higiene dentária.

Exame físico: *Geral:* bom estado geral, desidratado +/-, descorado +/-, eupnéico, anictérico. Temperatura axilar de 39°C, PA: não aferida; FC: 96bpm; Peso: 24 kg. *Pele:* sem lesões. *Segmento cefálico e tórax:* sem alterações. *Abdome:* normotenso, fígado a 2 cm do rebordo costal direito, indolor. *Neurológico:* sem alterações.

Exames complementares: *hemograma:* Hb: 10,5g/dl; Ht: 34,1%; leucócitos totais: 3.800cels/mm³, com 40% de linfócitos, sendo 3% atípicos; plaquetas: 42.000/mm³.

Questões

4. Cite pelo menos cinco hipóteses diagnósticas para o caso.

1. Malária.

2. Dengue.

3. Febre Amarela.

4. Febre Tifóide.

5. Doença Meningocócica.

5. Destaque os elementos no quadro clínico e laboratorial que sustentam as suas duas principais hipóteses diagnósticas.

1. Malária: febre alta, calafrios, hepatomegalia, anemia.

2. Dengue: febre alta, cefaléia, mialgia, artralgia, gengivorragia, hepatomegalia, atipia linfocitária.

Pergunta: o que sugere a presença de atipia linfocitária? Doença viral.

Caso clínico 5

Identificação: J.J.S., masculino, 48 anos, caminhoneiro, negro, residente em Campo Grande, MS.

História da doença atual: em 5/2/2002 procurou a UBS com quadro de febre não aferida, cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia e artralgia há 48 horas. Foi prescrito dipirona, com melhora parcial dos sintomas.

No quinto dia de doença, procurou o pronto-socorro, por persistirem os sintomas e pelo aparecimento de pequenas manchas no corpo. Referia viagem a Rondônia em 6/12/2001. Antecedentes: Diabetes Melitus II, tratado irregularmente.

Exame físico: *Geral:* Bom estado geral, corado, hidratado, anictérico. Temperatura axilar de 38°C, PA: 160x110 mmHg; FC: 94bpm; Peso: 105 kg; Estatura: 1,70m. *Pele:* exantema maculopapular difuso (?).

Segmento cefálico: sem alterações. *Tórax:* pulmões livres, coração: bulhas rítmicas, normofonéticas, sopro sistólico de ++/6 em foco mitral. *Abdome:* globoso, normotenso, indolor, sem visceromegalias.

Neurológico: sem alterações. Prova do laço: positiva.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 16g/dl; Ht: 48%; Plaquetas: 87.000/mm³; Leucócitos totais: 5.200cels/mm³.

Questões

6. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso, no quinto dia de doença?

Dengue, malária, sarampo, leptospirose, febre amarela, febre tifóide, rubéola, mononucleose infecciosa, farmacodermia, endocardite infecciosa, rickettsioses.

7. Destaque cinco elementos no quadro clínico e laboratorial que sustentam suas duas principais hipóteses diagnósticas.

Malária: epidemiologia, febre, cefaléia, plaquetopenia.

Dengue: epidemiologia, febre, cefaléia, artralgia, dor retro-orbitária, PL +, hemoconcentração (Ht esperado é até 45%), plaquetopenia.

8. Comente o atendimento clínico deste paciente, no quinto dia de doença.

Falta melhor avaliação epidemiológica.

A avaliação de PA em duas posições.

Abordagem do diabetes, fazer glicemia.

Abordagem da HAS.

Solicitar uma pesquisa de plasmodium.

Comentar a dificuldade de se visualizar o exantema em indivíduos de raça negra.

Pergunta: este paciente pode desenvolver formas complicadas de dengue?

Caso de dengue clássica (DC)

Paciente que tenha doença febril aguda com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração, exantema, confirmado laboratorialmente ou por critério clínico-epidemiológico.

É importante ressaltar que a DC pode ser acompanhada de manifestações hemorrágicas ou apresentar-se de forma atípica.

Caso de febre hemorrágica da dengue (FHD)

É todo caso suspeito de dengue clássica que apresente também manifestações hemorrágicas e todos os critérios abaixo:

- febre ou história recente de febre de sete dias ou menos;
- tendências hemorrágicas evidenciadas por pelo menos uma das seguintes manifestações: prova do laço positiva, petéquias, equimoses, púrpura, sangramento do trato gastrointestinal, de mucosas e outros;
- trombocitopenia, caracterizada por contagem de plaquetas menor ou igual a 100 mil por mm³;
- extravasamento plasmático por aumento de permeabilidade capilar, manifestado por aumento do hematócrito de 20% sobre o valor basal ou queda do hematócrito de 20% após tratamento; presença de derrames cavitários (derrame pleural, derrame pericárdico, ascite) ou hipoproteinemia;
- confirmação laboratorial.

Além de preencher os critérios acima, os casos de FHD são classificados em quatro categorias, segundo a Organização Mundial de Saúde:

- Grau I** febre acompanhada de sintomas inespecíficos, em que a única manifestação hemorrágica é a prova do laço positiva;
- Grau II** além das manifestações do Grau I, hemorragias espontâneas leves (sangramento de pele, epistaxe, gengivorragia e outros);
- Grau III** colapso circulatório com pulso fraco e rápido, estreitamento da pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria e inquietação;
- Grau IV** ou Síndrome do Choque da Dengue (SCD) – choque profundo com ausência de pressão arterial e pressão de pulso imperceptível.

Questões

9. Considerando que os casos de 1 a 5 são suspeitos de dengue, dê a classificação dos casos, conforme solicitado:

Caso 1, em 17/12/2000: Dengue Clássica.

Caso 2, em 20/4/2001: Dengue Clássica.

Caso 3, em 17/3/2002: Dengue Clássica.

Caso 4, em 20/11/2001: Dengue Clássica com manifestações hemorrágicas.

Caso 5, no 5º dia de doença: DC. Comentar que neste momento o caso não preenche os critérios da OMS para FHD.

10. Proponha um protocolo mínimo para o atendimento de um caso suspeito de dengue (anamnese e exame físico):

Anamnese:

Identificação: sexo, idade, raça, procedência, residência, profissão, local de trabalho ou estudo.

Gestação, se mulher.

História da doença atual: caracterização da febre (início, duração, temperatura), procurar outros sintomas de dengue, manifestações hemorrágicas (ciclo menstrual em mulheres, gengivorragia ao escovar os dentes), procurar por sinais de alerta.

História epidemiológica: casos similares na área.

História patológica pregressa: episódio anterior de dengue, diabetes, hipertensão, outras doenças.

História vacinal.

Exame físico:

Geral (somatoscopia): Estado geral, temperatura, hidratação, mucosas, lesões de pele, perfusão periférica, irritabilidade, sonolência, edemas.

Segmento cefálico: gânglios, orofaringe.

Ap respiratório: FR, ausculta, percussão.

Ap. circulatório: FC, amplitude de pulso, ausculta cardíaca, PA sentado e deitado.

Abdome: palpação, percussão.

Neurológico: irritação meníngea, sinais de comprometimento encefálico.

Extremidades: petéquias.

Prova do laço.

Caso clínico 6

Identificação: D.M.D., feminino, 23 anos, residente em Aparecida de Goiânia, GO.

História da doença atual: paciente procurou o pronto-socorro em 8/2/2001 referindo que há quatro dias teve início de febre, cefaléia, mal-estar geral, náuseas, um episódio de vômito e dor abdominal. Procurou a UBS e foi medicada com sintomáticos, com melhora do quadro. No dia do atendimento teve ressurgimento dos sintomas, com vários episódios de vômito e intensa dor abdominal. A avaliação, às 14h era a seguinte:

Exame físico: *Geral:* Bom estado geral, corada, desidratada +/4, anictérica. Temperatura axilar de 37,2°C, PA deitada: 110x70 mmHg; FC: 96 bpm, Peso: 55 kg. *Pele:* sem lesões. *Segmento cefálico e tórax:* sem alterações. *Abdome:* dor à palpação profunda, principalmente em FID, RHA presentes e diminuídos, ausência de visceromegalias, sem dor à descompressão brusca, submacicez à percussão de flanco (?). *Neurológico:* sem alterações.

Paciente referiu tontura ao se levantar para a coleta de exame de urina.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 12,8g/dl; Ht: 50%; Leucócitos totais: 3.900cels/mm³, Plaquetas: 51.000/mm³. *Exame de urina:* Densidade: 1035; piócitos: menos 5/campo (normal: menos que 5/campo) ; hemácias: 700.000; muco ++; células epiteliais: ++, proteínas: +; Hb: ++. *Ultrassonografia de abdome:* presença de grande quantidade de líquido em cavidade abdominal; vesícula biliar distendida, paredes grossas e conteúdo anecóico.

Questões

11. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso?

FHD, Sepse (foco abdominal), Colecistite acalculosa, ITU, Anexite,
Prenhez ectópica rota.

12. Se caso suspeito de dengue, classificação: FHD II ou III.

13. Comente o atendimento do caso. Você teria uma abordagem clínica diferente?

Aferir PA em duas posições.

Prova do laço.

Diagnóstico específico - poderia ser solicitado o isolamento viral.

Melhor avaliação para abdome agudo.

14. Destaque quatro elementos da história clínica e exame clínico que você considera potenciais indicadores de gravidade neste caso.

1. Dor abdominal.

2. Vômitos.

3. Lipotímia - tontura ao se levantar.

4. Ascite - submacicez à percussão de abdome.

Comentar que o achado ecográfico mais comum na FHD é o de pequenos derrames.

Caso clínico 7

Identificação: F.H.C., masculino, quatro anos, procedente da periferia de Manaus (AM).

História da doença atual: em 26/2/2001 iniciou quadro súbito de febre alta intermitente, cefaléia, mioartralgias, diarreia aquosa (cerca de seis episódios de fezes líquidas ao dia), astenia e anorexia.

No quarto dia de doença, evoluiu com remissão da febre, porém persistiu o quadro diarreico. Procurou a UBS, sendo diagnosticada gastroenterite viral e prescritos sintomáticos (hioscina e SRO).

No sexto dia de doença apresentou piora significativa do estado geral, com vômitos repetidos, irritabilidade e oligúria. Procurou a unidade de referência, sendo internado.

Exame físico: *Geral:* mau estado geral, corado, desidratado ++/4, afebril, agitado porém lúcido, taquipnéico, anictérico, acianótico. PA deitado: 80x50 mmHg; FC: 124 bpm; FR: 32 mrm. *Pele:* petéquias em MMII. *Segmento cefálico:* sem alterações. *Tórax:* Ausculta pulmonar com MV diminuído em bases pulmonares; ausculta cardíaca com bulhas rítmicas, dois tempos, sem sopros. *Abdome:* fígado palpável a 2cm do RCD, doloroso; Traube livre, RHA aumentados. *Neurológico:* sem alterações.

Exames complementares: *Hemograma:* Ht: 53,1%; Plaquetas: 61.000/mm³; Leucócitos totais: 14.100cels/mm³, com diferencial normal. Albumina: 1,6mg/dl. AST(TGO): 527UI/L; ALT(TGP): 245UI/L.

Questões

19. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso?

Diagnóstico diferencial de síndrome febril hemorrágica aguda: FHD, malária algida (forma de malária grave, com choque e associação com quadro diarreico), sepsse (foco intestinal), leptospirose.

20. Se caso suspeito de dengue, classificação: **FHD II.**

21. Comente o atendimento do paciente. Você teria outra abordagem clínica?

PA em duas posições.

Solicitaria RX de tórax e USG.

22. Destaque pelo menos cinco elementos presentes na evolução deste caso que você considera indicadores potenciais de gravidade:

1. Hipotensão.

2. Derrame pleural.

3. Oligúria.

4. Irritabilidade.

Pergunta: o que significa o leucograma com leucocitose? em até 40% o leucograma de dengue pode se apresentar com leucocitose. Pode também indicar infecção secundária.

Caso clínico 8

Identificação: D.V.S., masculino, 55 anos, motorista, residente em Goiânia, GO.

História da doença atual: em 27/12/2001 deu entrada no pronto-socorro, trazido por familiares, referindo um episódio de fezes enegrecidas, dor abdominal intensa, sensação de desmaio e aparecimento de manchas roxas pelo corpo. Referia que há quatro dias iniciou febre não aferida, cefaléia frontal, mialgia generalizada, náuseas e vômitos. A esposa referia que o paciente era etilista crônico e portador de úlcera péptica, com episódios esporádicos de hematêmese. Negava viagens nos últimos dois meses e episódio anterior de dengue, relatava ser vacinado contra febre amarela em 2000. O paciente trabalhava como coveiro no cemitério da cidade. A esposa referia presença de ratos no domicílio.

Exame físico: *Geral:* mau estado geral, desidratado ++/4, agitado, anictérico, acianótico. Temperatura axilar de 37,5°C, PA deitado: 80x40 mmHg; PA sentado: 60x? mmHg; Pulso: 120ppm; Peso: 78 kg. *Pele:* petéquias e sufusões hemorrágicas difusas em tronco e em face. *Segmento cefálico:* hemorragia subconjuntival e gengivorragia. *Tórax:* MV diminuído à ausculta, frêmito tóraco-vocal diminuído à palpação e submacidez à percussão em base direita. Coração: bulhas taquicárdicas, dois tempos. *Abdome:* doloroso à palpação profunda, sem visceromegalias. *Neurológico:* rigidez de nuca presente ++/4. Prova do laço positiva.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 8,9g/dl; Ht: 32%; Plaquetas: 11.000/mm³; Leucócitos totais: 1.900cels/mm³, bastonetes: 2%, segmentados: 26%, linfócitos: 40%. *Líquor:* aspecto hemorrágico, xantocrômico com depósito de hemácias; citometria: 150 leucócitos/mm³, 32.000/mm³ hemácias/mm³, glicose: 62mg/dl, proteínas: 150mg/dl; bacterioscopia negativa. Coagulograma: TP: 21segs; Tempo de atividade de protrombina: 45%. AST(TGO): 59UI/L; ALT(TGP): 148UI/L; Sódio: 129mEq/L; Potássio: 3,0mEq/L; Cálcio: 9,0mg/dl.

Questões

23. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso?

Doença meningocócica, sepsé, Dengue (FHD ou dengue com comprometimento encefálico), leptospirose, hepatopatia crônica com reagudização, abdome agudo hemorrágico (úlcera péptica), pancreatite necro-hemorrágica.

24. Se caso suspeito de dengue, classificação: FHD III (comentar que o Ht está baixo devido ao sangramento). Considerar a semiologia de derrame pleural como indicativo de extravasamento plasmático.

25. Comente o atendimento do paciente. Você teria outra abordagem clínico-laboratorial?

RX de tórax para investigar derrame pleural.

Uréia e Creatinina.

Melhor abordagem para investigação de hepatopatia.

Discutir a realização da punção liquórica (paciente com plaquetopenia).

Comentar que o derrame pleural na FHD é geralmente de pequena monta.

Caso clínico 9

Identificação: Y.K.F., masculino, 58 anos, agricultor, residente em Belém, PA.

História da doença atual: em 18/1/2000 procurou atendimento médico de urgência com história de há três dias início de febre não aferida, acompanhada de sudorese, cefaléia, astenia, episódios de fezes líquidas. No dia anterior ao atendimento percebeu vermelhidão no corpo, acompanhado de prurido, sobretudo de extremidades. Apresentou ainda um leve episódio de gengivorragia e epistaxe poucas horas antes do atendimento.

História pregressa: havia informação de litíase renal, angina pectoris e acidente isquêmico transitório em 1995, toxoplasmose ocular e uso moderado de álcool.

Exame físico: *Geral:* bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico. Temperatura axilar de 38°C, PA deitado: 130x90 mmHg; PA sentado: 130x90 mmHg; Pulso: 80ppm; Peso: 72 kg. *Pele:* exantema maculopapular em membros superiores e petequial em membros inferiores. *Segmento cefálico:* sem alterações. *Tórax:* pulmões livres, bulhas rítmicas, dois tempos, sem sopro. *Abdome:* normotenso, indolor à palpação, sem visceromegalias. *Neurológica:* sem alterações.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 13,5g/dl; Ht: 43%; Plaquetas: 60.000/mm³; Leucócitos totais: 2.800cels/mm³, eosinófilos: 3%, monócitos 3%, neutrófilos: 69%, linfócitos: 25%. ALT: 66UI/L, AST: 99UI/L.

Questões

26. Quais são as hipóteses diagnósticas para o caso?

Diagnóstico diferencial de síndrome febril aguda exantemática: dengue, malária, outras arboviroses, febre tifóide, hantavirose.

27. Se caso suspeito de dengue, classificação: **Dengue clássica com manifestações hemorrágicas.**

28. Comente o atendimento do paciente. Você teria outra abordagem clínica?

História epidemiológica.

Atividade 2 – Estadiamento de dengue para tratamento

Caso clínico 3 (pág. 14)

Conduta: prescrito paracetamol 750 mg de 6/6 horas, hidratação com soro caseiro e retorno em 48 horas para reavaliação.

No quarto dia de doença a paciente retornou referindo melhora discreta dos sintomas e aparecimento de vermelhidão no corpo, acompanhado de prurido intenso. Referia picada de mosquitos em membros inferiores três dias antes do início dos sintomas, enquanto ministrava aulas. Não se recordava de ter tido rubéola e negava contato com pessoas doentes.

Exame físico: *Geral:* regular estado geral, corada, desidratada +/4, anictérica, acianótica. Temperatura axilar de 38,5°C, PA deitada: 110x65 mmHg; Pulso: 88; Peso: 58 kg. *Pele:* exantema maculopaular difuso, predominantemente em membros inferiores. *Segmento cefálico e tórax:* sem alterações. *Coração:* bulhas rítmicas, dois tempos, sem sopro. *Abdome:* gravídico, normotenso, indolor à palpação. *Extremidades:* edema de MMII +/4. *Neurológico:* sem alterações.

Conduta: orientada a ingerir líquidos à vontade, repouso e pasta d'água e calamina para aplicação local na pele. Solicitadas sorologias para dengue e rubéola.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 11,6g/dl; Ht: 35%; Leucócitos: 5.600cels/mm³; Plaquetas: 154.000/mm³; *Função hepática:* AST(TGO): 66UI/L; ALT(TGP): 72UI/L.

No sexto dia de evolução, a paciente apresentava melhora clínica, afebril, queixando-se apenas de prurido de leve intensidade. No décimo dia já se encontrava completamente assintomática. MAC-ELISA positivo para dengue.

Questões

1. Dê a classificação e o estadiamento evolutivo da paciente no quarto dia de doença:
Dengue clássica leve. (Grupo A)

2. Comente a abordagem clínica na ocasião do retorno da paciente:
Melhorou história epidemiológica, porém período de incubação provavelmente não corresponde à realidade (cinco a seis dias).

Faltou aferir PA sentada, realizar PL no retorno.

Faltou melhorar atendimento obstétrico.

Diagnóstico: é importante o diagnóstico específico neste caso.

3. Comente a conduta tomada na primeira consulta e no retorno:

Faltou orientar a paciente sobre os sinais de alerta.

Pergunta: o retorno foi corretamente indicado? Sim, desde que tenha sido bem orientada.

Caso clínico 4 (pág. 16)

Foi transferido para a unidade de internação, mantendo o quadro de febre e vômitos. Foi solicitada a pesquisa de plasmódio (gota espessa) que evidenciou infecção por *P. falciparum* 1/2 +. No mesmo dia foi iniciada a terapêutica específica.

Exames complementares: *Hemograma:* Ht: 32%; Plaquetas: 28.000/mm³; Leucócitos totais: 3.100/mm³.

Função hepática: AST(TGO): 41, ALT(TGP): 76UI/L.

A pesquisa de plasmódio no segundo dia de internação foi negativa, acompanhada de regressão da sintomatologia. No terceiro dia de internação a plaquetometria era de 164.000/mm³ e o paciente recebeu alta para seguimento ambulatorial.

Questões

4. Comente a evolução dos parâmetros laboratoriais. São compatíveis com suas hipóteses diagnósticas iniciais?

A evolução dos parâmetros laboratoriais foi compatível com a hipótese de malária.

Para FHD, era esperada a hemoconcentração.

Caso clínico 5 (pág. 17)

Conduta: Prescrito soro caseiro para reidratação em casa, paracetamol 750 mg de 6/6 horas e retorno em 48 horas para reavaliação. Como não houve melhora da mioartralgia, fez uso de diclofenaco, 100 mg de 6/6h, por conta própria.

No 6º dia de doença, o paciente retornou sem melhora dos sintomas, referindo vômitos e inapetência. Referiu vacina contra febre amarela há dois anos.

Exame físico: *Geral:* regular estado geral, desidratado +/4, anictérico, acianótico. Temperatura axilar de 37,5°C, PA deitado: 150x110 mmHg; Pulso: 100ppm. *Segmento cefálico, tórax e abdome:* inalterado em relação ao anterior. *Neurológico:* sem alterações.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 16,5g/dl; Ht: 50%; Plaquetas: 72.000/mm³; Leucócitos totais: 5.500/mm³. *Função hepática:* ALT: 95UI/L, AST: 86UI/L. Glicemia: 200mg/dl.

Conduta: internado para reidratação parenteral. Prescrito Soro Fisiológico 1.000 ml em duas horas, metoclopramida e dipirona, além de oferta de líquidos VO e dos medicamentos para HAS e DM II. Mantido SF nas próximas 24h, perfazendo um total de 5.000 mL.

No segundo dia de internação referia melhora dos sintomas.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 14,5g/dl; Ht: 44%; Plaquetas: 85.000/mm³.

No terceiro dia de internação, recebeu alta e foi orientado a manter reidratação em casa e a retornar em 24 horas, para nova coleta de Ht e plaquetas. No retorno referia melhora dos sintomas.

Exames complementares: *Hemograma:* Hb: 14,0g/dl; Ht: 42%; Plaquetas: 100.000/mm³.

Conduta: Colhida sorologia para dengue e alta. Resultado do MAC-ELISA: positivo para dengue.

Questões

5. Comente a conduta tomada no quinto dia de doença.

A abordagem da doença de base (DM II e HAS) foi inadequada.

O paciente não deveria ter sido enviado para casa.

Comentar o uso do antiérmicos: porque não utilizar salicilatos, outros antiérmicos podem ser utilizados (dipirona).

Comentar o uso de antiinflamatórios não hormonais.

6. Dê a classificação e o estadiamento evolutivo do caso no quinto dia e na internação:

FHD I moderada no quinto dia e FHD I grave (Grupo C) na internação.

7. Comente a conduta tomada para o caso, durante a internação. Você faria diferente?

Hidratação: volume, velocidade de infusão, tipo de cristalóide.

Cuidados com a hidratação em pacientes cardiopatas.

Monitoração dos dados vitais.

Caso clínico 6 (pág. 21)

A paciente foi internada para avaliação. Às 19h, com base no quadro clínico e laudo de USG, foi feita a HD de abdome agudo – apendicite aguda (?). Solicitados RX de tórax e de abdome, em pé e deitada.

Duas horas após a internação, durante a realização do RX, a paciente apresentou novo episódio de lipotímia e foi reavaliada pelo médico de plantão. Ao exame apresentava-se desidratada +/4, queixando-se de intesa dor abdominal, PA deitada: 90x60 mmHg; PA sentada: 70x40; Pulso: 110ppm. *RX de tórax e abdome*: nada digno de nota.

O plantonista inquiriu os familiares a respeito de casos de dengue no bairro ou na família. A mãe recordou que a paciente havia estado seis dias antes do início dos sintomas na casa da tia, onde três primos estavam com sintomas de dengue (SIC).

Conduta: Solicitados novos exames e prescrito Ringer Lactato 1.000 mL em 1 hora e, a seguir, 1.000 em 4 horas. Coletado sangue para isolamento viral de dengue. Ht: 55%; Plaquetas: 30.000/mm³.

Cinco horas após a internação o exame físico revelava: PA deitada: 100x60 mmHg; sentada: 95x60 mmHg; Pulso: 100 ppm. Apresentou diurese de 100 mL desde as 21h do dia anterior. Mantida hidratação EV com SF 1.000 mL em quatro horas.

Dez horas após a internação apresentava PA deitada: 110x65 mmHg, sentada: 110x65 mmHg, Pulso: 88ppm. Melhora da tontura e da dor abdominal.

Terceiro dia de internação: paciente evoluindo bem, afebril. Ht: 44%; Plaquetas: 40.000/mm³.

Quarto dia de internação: evoluindo afebril, boa diurese, melhora dos sintomas. Ht: 40 %. Plaquetas: 76.000/mm³. Alta hospitalar com seguimento no ambulatório. Resultado do isolamento viral: DEN 2.

Questões

8. Dê a classificação e o estadiamento evolutivo final do caso: **FHD III grave. (Grupo C)**

9. Comente a conduta terapêutica tomada neste caso. Você faria diferente?

Deveria estar com acesso venoso desde o início do atendimento.

Na suspeição de sepse, faltou solicitar a hemocultura e iniciar antibioticoterapia.

Hidratação adequada - ressaltar fases da hidratação.

Comentar a reposição de eletrólitos x diurese.

Ressaltar importância do monitoramento clínico constante.

Perguntar se indicariam transfusão de plaquetas. Não.

10. Você concorda com os critérios utilizados para dar alta a esta paciente?

Relembrar os critérios de alta.

Caso clínico 7 (pág. 22)

Conduta: o paciente foi internado e iniciada imediatamente a hidratação venosa com solução glico-fisiológica isotônica e hidratação oral com líquidos habituais (água e suco).

Três horas após o início da reposição volêmica, o paciente apresentou crise convulsiva tônico-clônica, sem febre, que cedeu após administração de benzodiazepínico. Neste momento, os sinais vitais eram: FC: 132 bpm; FR: 36 mrm; PA deitado: 60x40mmHg, diurese ausente.

Foi transferido para a UTI e solicitados exames.

Exames complementares: LCR: normal; Na: 124mEq/L; K:3,5mEq/L; Leucócitos totais: 12.000/mm³; Ht: 50%; Hb: 16,6g/dl; Plaquetas: 50.000/mm³; RX de tórax revelou velamento discreto de seio costofrênico D.

Seis horas após internação, o paciente evoluiu com hemorragia digestiva alta volumosa (aproximadamente 300ml por SNG em 40 min). Foi transfundido com concentrado de hemácias e mantida a hidratação venosa com cristalóide, sendo corrigida a hiponatremia. Os níveis pressóricos começaram a se estabilizar e o paciente apresentou 1 micção espontânea (100 ml).

Doze horas após a internação, o paciente apresentava-se hemodinamicamente estável, com persistência de eliminação de conteúdo gástrico tipo “borra de café” pela SNG. Optou-se pela administração de plasma fresco congelado e manutenção da terapêutica anterior.

Exames complementares: Ht: 47%; Plaquetas: 55.000/mm³.

Vinte e quatro horas após a internação, o paciente recebeu alta da UTI e seguiu em observação na enfermaria.

Exames complementares: Ht: 40%; Plaquetas: 75.000/mm³.

No terceiro dia de internação, apresentou um pico febril, acompanhado de tosse produtiva. O exame físico apresentava crepitações finas em terço médio e base de pulmão direito. O RX de tórax revelou condensação lobar inferior direita com broncograma aéreo e o paciente foi tratado com ceftriaxone por sete dias.

Recebeu alta hospitalar no décimo dia de internação em bom estado geral.

Exames complementares: Ht: 38%; Plaquetas: 157.000/mm³; Leucócitos: 8.600/mm³.

O MAC-ELISA coletado no sétimo dia de doença foi positivo para dengue. A cultura do LCR e as hemoculturas foram negativas para bactérias aeróbias.

Questões

13. Dê a classificação e estadiamento evolutivo no sexto dia de evolução:

FHD III grave. (Grupo C)

14. Comente a conduta terapêutica adotada neste caso. Você faria diferente?

Discutir reposição volêmica.

Perguntar por que o paciente apresentou convulsão. Resposta: hiponatremia por diarreia e vômitos.

Discutir transfusão sangüínea - comparar com casos anteriores.

Comentar as complicações pós-dengue: amidalite, otite, pneumonia.

Discutir critérios de alta.

Caso clínico 8 (pág. 23)

Conduta: o paciente foi internado com as hipóteses diagnósticas de Sd. Hemorrágica aguda a esclarecer e Meningite meningocócica. Foi iniciada a reposição volêmica com Soro Ringer Lactato - 500mL, NaCl 20% - 10mL, KCl 10% - 10 mL EV, 40 gotas por minuto em quatro fases; dexametasona 4mg de 6/6 horas, ceftriaxone 2g de 12/12 horas; dipirona, metoclopramida e cimetidina. Foram ainda solicitados 14 U de concentrado de plaquetas e 2 U de concentrado de hemácias.

Com 4 horas de evolução, apresentava-se, ao exame físico: torporoso, afebril, má perfusão periférica. PA deitado: 70 x 40 mmHg; FC: 120 bpm. Foi entubado e colocado em ventilação mecânica. Não foi possível realizar a transfusão, devido à falta de acesso venoso.

Com seis horas de evolução, apresentou parada cardiorrespiratória, sem resposta às manobras de ressuscitação. Resultado da imuno-histoquímica no dia 22/2/2001: positiva para dengue.

Questões

15. Dê o estadiamento evolutivo do caso à internação: FHD IV grave. (Grupo D)

16. Comente a conduta terapêutica deste caso. Faça uma proposta para a condução deste caso, considerando os seguintes aspectos:

- Reposição volêmica
- Reposição eletrolítica
- Indicação de transfusão
- Acesso venoso
- Monitorização clínico-laboratorial

Caso clínico 9 (pág. 24)

Conduta: o paciente ficou em observação por algumas horas e recebeu hidratação venosa.

Evoluiu bem, sem queixas, recebendo alta para seguimento ambulatorial.

No quinto dia de doença, retornou ao Pronto-Socorro queixando-se de piora da astenia e anorexia.

Exame físico: Temperatura axilar de 36,8°C, PA deitado: 120x80mmHg e exantema petequeial um pouco mais exacerbado em relação ao atendimento anterior.

O paciente foi internado e passou a receber hidratação parenteral.

No primeiro dia de internação, apresentou retenção urinária aguda. O exame urológico revelou apenas ligeira hipertrofia prostática. Apresentou um pico febril de 38°C.

No segundo dia de internação, o paciente mantinha a retenção urinária, requerendo o uso da sonda vesical. Referia melhora do apetite e apresentou um pico febril de 38,5°C.

No quarto dia de internação, começou a apresentar sonolência e dificuldade de deambulação.

Exames complementares: Ht: 42%, Leucócitos totais: 9.500/mm³, plaquetas: 116.000/mm³. RX de tórax normal.

No quinto dia de internação, passou a apresentar soluços e períodos de agitação intercalados com períodos de sonolência. Precisava de ajuda para se alimentar.

No sétimo dia de internação, o exame neurológico revelou paralisia flácida sensitivo-motora de membros inferiores. O paciente voltou a apresentar febre elevada.

Exames complementares: Leucócitos: 18.000/mm³, com 84% de neutrófilos, Ht: 45% e Plaquetas: 160.000/mm³; LCR: 21 células/mm³ com 100% de mononucleares, proteínas: 89 mg/dL; glicose e cloretos normais. A tomografia de crânio e a ressonância magnética de crânio e coluna foram normais. A tomografia de tórax revelou processo pneumônico bilateral.

O paciente foi tratado com ceftriaxone EV 2g/dia, por sete dias, com desaparecimento da febre e posterior regressão das imagens radiológicas de pulmão.

Do 8º ao 11º dia de internação o quadro não se alterou.

No 12º dia de internação, queixou-se de diminuição da acuidade visual esquerda. O exame oftalmológico revelou coriorretinite cicatricial, compatível com toxoplasmose ocular antiga sem sinais de reativação.

O vírus da dengue (sorotipo 2) foi isolado do sangue colhido em 19/1/2000 (quarto dia de doença). A sorologia pareada para dengue mostrou conversão sorológica significativa (quadruplicação dos títulos). As hemoculturas e uroculturas foram negativas. Exames para outros arbovírus mais prevalentes na região amazônica foram negativos, assim como exames realizados no sangue e/ou LCR para sífilis, cisticercose, toxoplasmose, micoses, EBV, HIV, hepatites e lupus eritematoso sistêmico.

A avaliação cardiológica não confirmou o diagnóstico de miocardite e o diagnóstico neurológico foi de mielite transversa.

O paciente usou sonda vesical durante todo o período de internação, tendo recebido alta no 28º dia e

Questões

17. Comente a evolução deste caso. Que outras apresentações atípicas de dengue você conhece?

Evolução atípica. Hepatite, miocardite, encefalite, Guillain Barré, púrpura trombocitopênica.

Comentar atendimento, conduta tomada, complicações pós-dengue.

Atividade 3

Na sua prática clínica, você pode se deparar com estas situações:

1. Como tratar do prurido?

Evitar ao máximo o uso de drogas sistêmicas, pois o prurido é passageiro. Utilizar preferencialmente medidas conservadoras. Em casos onde o prurido é importante, pode-se indicar anti-histamínicos (dexclorfeniramina, hidroxizine, loratadina), tomando-se o cuidado com a sedação demasiada.



2. Devo tomar vitaminas?

Não é necessário.



3. E a queda de cabelos, o que fazer?

Orientar que é reversível.

4. E na segunda vez que tiver dengue? Terei uma dengue hemorrágica?

Não necessariamente.

5. Vou transmitir dengue ao meu bebê?

Há alguns relatos de casos descritos na literatura com comprovação deste tipo de transmissão, porém é extremamente rara, portanto de baixo impacto epidemiológico. Ref. 1) Chye JK, Lim CT, Vertical transmission of dengue. Clin Infect Dis, 25(6):1374-7. 1997. 2) Kerdpanich A; Watanaveeradej V. Perinatal dengue infection. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 32(3):488-93. 2001.3).Boussemart T; Babe P. Prenatal transmission of dengue: two new cases. J Perinatol. 21(4):225-7.

6. Como deverá ser o calendário vacinal do meu filho?

Não se altera.

7. Quando poderei voltar a tomar a minha aspirina?

Com a normalização das plaquetas.



8. E o anticoncepcional?

Não é preciso suspender.

9. Quanto tempo devo afastar-me do trabalho?

7 a 10 dias, conforme evolução e atividade laboral.

Anexo 1 - Uso de concentrado de plaquetas na Febre Hemorrágica da Dengue

Circular informativa sobre a transfusão de concentrado de plaquetas na Dengue Hemorrágica

(Nota técnica divulgada pelo Hemorio, para esclarecimento sobre uso de plaquetas, durante epidemia de 2001).

A trombocitopenia que freqüentemente aparece no quadro clínico da dengue hemorrágica tem como causa uma coagulopatia de consumo, determinada pelo vírus, e a presença de anticorpos antiplaquetários. Estes anticorpos surgem provavelmente como resultado de reação cruzada entre antígenos virais e antígenos presentes nas plaquetas.

Sendo assim, a transfusão profilática de plaquetas não tem nenhuma indicação nas dengues hemorrágicas. Logo após a transfusão, as plaquetas serão rapidamente destruídas pelos anticorpos antiplaquetários e/ou consumidas em processo semelhante ao que ocorre nas CID. Não circularão, não aumentarão a contagem de plaquetas e, por conseguinte, não conseguirão cumprir o objetivo de prevenir sangramentos.

A transfusão de plaquetas só está indicada na dengue hemorrágica quando houver trombocitopenia e presença de sangramento ativo, ou indícios, ainda que difusos, de hemorragia cerebral. Nestes casos, a contagem de plaquetas também não aumentará depois da transfusão, mas as plaquetas irão auxiliar no tamponamento da(s) brecha(s) vascular(es), contribuindo assim para deter a hemorragia. .

A conduta que recomendamos seja adotada para indicar a transfusão de plaquetas nesta situação clínica seria a de transfundir concentrados de plaquetas, na dose **de 1 unidade para cada 7 kg de peso do paciente, sempre que a contagem de plaquetas estiver inferior a 50.000/mL com sangramento ativo.**

Esta transfusão pode ser repetida a cada 8 ou 12 horas, até que a hemorragia seja controlada. Só excepcionalmente haverá indicação de transfundir plaquetas durante mais de um dia; em geral uma ou no máximo duas doses são suficientes.

Não há necessidade de efetuar contagem de plaquetas pós-transfusional para avaliar a eficácia da transfusão; esta eficácia é medida, na dengue hemorrágica, pela resposta clínica, ou seja, pela diminuição ou parada do sangramento.

Anexo 2 - Organização de serviço em Manaus

Epidemia de Febre Hemorrágica da Dengue em Manaus: Estratégia de assistência e impacto sobre a sensibilidade e letalidade.

Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT/IMT -AM), Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas, Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

(trabalho apresentado durante a 1ª Mostra de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia - EXPO-EPI, 2001)

INTRODUÇÃO: A dengue representa, na atualidade, a arbovirose humana de maior importância, com espectro clínico que abrange desde as formas assintomáticas até a síndrome do choque por dengue. No Brasil, a partir da reintrodução da dengue em 1986 no estado do Rio de Janeiro, houve dispersão da doença para quase todos os estados, com surtos epidêmicos de dengue clássica e também de febre hemorrágica da dengue (FHD). Ocorre hoje no Brasil a circulação dos vírus DEN-1, 2 e 3, com circulação concomitante de mais de um destes vírus. No Amazonas, em março/1998 foram identificados os primeiros casos autóctones de dengue clássica pelo vírus DEN-1 e, posteriormente, DEN-2 na cidade de Manaus, culminando com uma grande epidemia na qual se notificou 29.088 casos. Nos anos subsequentes, 1999 e 2000, ocorreram novas alças epidêmicas, com a circulação dos mesmos sorotipos virais, com notificação de 10.959 e 5.209 casos, respectivamente. Ao final do ano 2000 (novembro/dezembro), observou-se aumento significativo dos casos de dengue clássico e em janeiro/2001 se identificam os primeiros casos de FHD em Manaus. A partir deste momento, coordenado pela Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT/IMT-AM), desenvolveu-se um importante processo de sistematização da assistência aos casos de dengue, visando a minimizar as conseqüências desta epidemia.

OBJETIVOS: Descrever as estratégias de assistência à saúde desenvolvidas pela FMT/IMT-AM e o impacto sobre a sensibilidade e letalidade, durante a epidemia de FHD na cidade de Manaus (AM), no período de janeiro-março/2001.

MÉTODOS: No período de novembro-dezembro/2000, foi realizada capacitação de 550 profissionais de saúde da rede básica de Manaus (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, bioquímicos e outros), quanto ao diagnóstico precoce, manejo clínico e triagem dos pacientes potencialmente graves, de acordo com os critérios definidos pela OPAS/1995. Em janeiro/2001, foram desenvolvidos e implantados protocolos para a padronização da atenção médica em toda a rede básica de Manaus, orientação do paciente atendido e seus familiares e seguimento hospitalar dos pacientes internados com manifestações hemorrágicas e/ou sinais de alerta. Na FMT/IMT-AM, os pacientes referenciados e a demanda espontânea eram avaliados clínica e laboratorialmente na sua Unidade de Pronto Atendimento. Em se identificando um ou mais critérios de gravidade, estes indivíduos eram transferidos para uma unidade de internação com disponibilidade de 20 leitos e submetidos ao protocolo de seguimento hospitalar, baseado na monitorização intensiva, clínica, laboratorial, terapêutica e, ainda, suporte de terapia intensiva nos casos mais graves. Após a estabilização clínico-laboratorial, os pacientes receberam alta para seguimento ambulatorial.

RESULTADOS: No período de janeiro-março/2001, foram notificados em Manaus 15.959 casos suspeitos de dengue. Na FMT/IMT-AM foram atendidos 7.269 (45,5 %) pacientes e internados 293 (4,03%) destes. Dentre os pacientes internados, 44,4% foi referenciado por outro serviço de saúde, 49,3% correspondeu à demanda espontânea e 88,9% apresentava alguma manifestação hemorrágica. Foram diagnosticados 55 (18,8%) casos de FHD, 196 (66,9%) de dengue clássica com manifestações hemorrágicas e 30 (10,2%) de dengue clássica. Nenhum óbito foi observado. Identificamos 03 (5,4%) casos de FHD grau I, 51 (92,7%) de FHD grau II e 01 (1,8%) de FHD grau III. A FHD acometeu principalmente adultos (72,7%) do sexo masculino (60%). Apenas 11 (20%) pacientes com FHD referiram infecção prévia pela dengue. Os sorotipos virais responsáveis por esta epidemia foram DEN-1 e DEN-2.

CONCLUSÕES: Ainda que a febre hemorrágica da dengue seja uma entidade clínica de extrema gravidade, demonstramos que o planejamento racional e multidisciplinar da assistência à saúde é capaz de atenuar as conseqüências de uma epidemia. Na epidemia de Manaus, constatamos que a metodologia aplicada foi bastante sensível para a detecção precoce dos casos compatíveis com FHD, o que se traduz pela ausência de letalidade, logrando resultados inéditos no contexto nacional.

Leitura recomendada

1. Teixeira MG, Barreto ML, Guerra Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8(4):5-33.
2. Prata A, Rosa APAT, Teixeira G, Coelho ICB, Tavares-Neto J, Dias J, Figueiredo LTM, Dietze R, Valls R, Maris S, Alecrim WD. Condutas terapêuticas e de suporte no paciente com dengue hemorrágico. Informe Epidemiológico do SUS 1997; 6(2):87-101.
3. Martins FSV, Setúbal S, Castiñeiras TMPP. Dengue. In: Schechter M, Marangoni D (ed) Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.157-64.
4. Rosa APAT, Vasconcelos PFC, Pinheiro FP, Rosa JFST, Rodrigues S. Dengue. In: Leão RNQ (ed) Doenças infecciosas e parasitárias: um enfoque amazônico. 1ª edição. Pará: CEJUP, 1997. p.227-241.
5. Figueiredo LTM, Fonseca BAL. Dengue. In: Veronesi R, Focaccia R (ed). Tratado de Infectologia. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2002. p.204-17.
6. Guzman MG, Kouri G. Dengue: an update. The Lancet Infectious Diseases 2002; 2(1):33-42.
7. Martinez Torres E. Dengue y dengue hemorrágico. 1ª edição. Buenos Aires: Ed.Univ. Nac. de Quilmes, 1998.
8. Gubler DJ, Kuno G. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever. 1ª edição. New York: CABI Publishing, 2001.
9. Halstead SB. Dengue. Current Opinion in Infectious Diseases 2002; 15:471-476.

Sites na internet

1. www.funasa.gov.br - Em www.funasa.gov.br/pub/GVE/GVE0504B.htm, o capítulo de dengue do Guia de Vigilância Epidemiológica.
2. www.paho.org - Em www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/VBD/arias-dengue.htm, o texto completo em pdf do livro "Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control".
3. www.cdc.gov - Em www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dengue/index.htm, a homepage da dengue, da Divisão de doenças transmitidas por vetores do CDC, Porto Rico.

Coordenação do Programa Nacional de Controle de Dengue

Giovanini Evelin Coelho

Assessoria de Descentralização

Fabiano Geraldo Pimenta Jr

Gerência Técnica de Dengue

Haroldo da Silva Bezerra

Organização

Suely Hiromi Tuboi

Ana Cristina da Rocha Simplício

João Bosco Siqueira Junior

Cristiane Penaforte do Nascimento

Colaboradores

Bernardino Cláudio Albuquerque - Universidade Federal do Amazonas

Maria Paula Mourão - Fundação de Medicina Tropical do Amazonas

Ivo Castelo Branco - Universidade Federal do Ceará

Elizabeth Silva de O. Araújo - FUNASA

Kleber Giovanni Luz - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Raimundo Nonato Q. de Leão - Universidade do Estado do Pará

Rivaldo Venâncio da Cunha - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

Demócrito de Barros M. Filho - Universidade Estadual de Pernambuco

Carlos Alexandre Brito - Universidade Federal de Pernambuco

Diagramação, Normalização Bibliográfica, Revisão Ortográfica e Capa

Ascom/PRE/FUNASA