

PROTOCOLO

DENGUE



ELABORAÇÃO – 2013

Equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH – HRLB

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista

Rita de Cássia Golim – Enfermeira

Robson Régio Pinto – Secretário

REVISÃO – 2017

Equipe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar – SCIH – HRLB

Arnaldo D'Amore Zardo – Médico Infectologista

Valdirene Cardoso Carneiro – Enfermeira

Junior Muniz – Auxiliar de Enfermagem

Robson Régio Pinto – Secretário

APROVAÇÃO – 2017

Membros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH – HRLB

Carlos Augusto Silva – Diretor de Serviços Administrativos

Edna Maria Mescyszyn – Enfermeira

Flávia Rascado Matos Muniz – Farmacêutica

Jacqueline Ramponi – Bioquímica

Marcelo George Pedroso de Oliveira – Enfermeiro

Márcio José Mendes Bazzo – Médico

Neusa Balbo de Almeida – Diretora de Enfermagem

Sandra Maria Assumpção – Médica da Vigilância Epidemiológica

DIRETORIA – HRLB – 2017

Márcio José Mendes Bazzo – Diretor Técnico

Fredy Amable Paredes Buitron – Diretor Clínico

CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO PARA DENGUE

A identificação precoce dos casos é de vital importância para tomar decisões e implementar medidas de maneira oportuna, visando principalmente o controle da doença.

Dengue clássica: a primeira manifestação é a febre, geralmente alta (39 °C a 40 °C), de início abrupto, associada à cefaleia, prostração, mialgia, artralgia, dor retro-orbitária, exantema maculopapular acompanhado ou não de prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia podem ser observadas.

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

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

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

SINAIS DE ALERTA

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

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PESQUISAR:

a) Cronologia dos sinais e sintomas;

Duração da febre, mialgia, artralgia e dor retro-orbital.

Sinais de gravidade geralmente iniciam do 3°-4° dia até o 7° dia.

b) Caracterização da curva febril; Início, fim.

A febre não ultrapassa 7 dias.

c) Pesquisa de sinais de alerta.

EPIDEMIOLOGIA:

a) Presença de casos semelhantes no local de moradia ou de trabalho;

b) História de deslocamento nos últimos 15 dias.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:

a) Doenças crônicas associadas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, DPOC, doenças hematológicas crônicas (principalmente anemia falciforme), doença renal crônica, doença severa do sistema cardiovascular, doença ácido péptica e doenças autoimunes;

b) Uso de medicamentos, sobretudo não usar antiagregantes plaquetários, anticoagulantes, anti-inflamatórios e imunossupressores.

EXAME FÍSICO GERAL:

a) Ectoscopia

b) PA e pulso

c) Temperatura

d) Ritmo respiratório

e) Hidratação.

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO:

a) Pele: manifestações hemorrágicas, turgor, coloração;

b) Segmento torácico: pesquisa de derrame pleural/pericárdico;

c) Segmento abdominal: pesquisa de hepatomegalia, dor e ascite;

d) Neurológico: orientado pela história clínica, nível de consciência, sinais de irritação meníngea.

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROVA DO LAÇO:

a) 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;

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

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

Não há contraindicações em doenças crônicas (DM, HAS, etc.).

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

ESTADIAMENTO: GRUPOS A-B-C-D

Grupo A

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

b) Ausência de manifestações hemorrágicas (espontâneas e induzidas, como a prova do laço);

c) Ausência de sinais de alerta.

Grupo B

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

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

c) Ausência de sinais de alerta.

Grupos C e D

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

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

b) Presença de algum sinal de alerta e/ou;

c) Choque(Grupo D);

Manifestações hemorrágicas presentes ou ausentes.

MANTER A CONDUTA TERAPÊUTICA, CONFORME DESCRITO NO MANUAL DE MANEJO CLÍNICO DA DENGUE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ACOMPANHANDO O ESTADIAMENTO CLÍNICO. (ANEXO)

***Sempre orientar o paciente sobre sinais e sintomas de alerta.**

CRITÉRIO DE INTERNAÇÃO:

- GRUPOS C e D

- GRUPO B e PLAQUETOPENIA INFERIOR A 60.000/uL

- GRUPO B e HEMORRAGIA IMPORTANTE

*Diminuição abrupta das plaquetas. Maior que 100.000/uL em 24 horas.

*Hemoconcentração refratária à hidratação

*Observar mudança de grupo durante período da doença.

HEMODERIVADOS:

Não está indicada a transfusão de hemoderivados na maioria dos casos.

- A Plaquetopenia inerente ao quadro clínico da dengue tem como causa uma coagulopatia de consumo, determinada pelo vírus, e a presença de anticorpos antiplaquetários. Por isso, a transfusão profilática de plaquetas **NÃO** tem indicação alguma.

- Indicação: na dengue quando houver plaquetopenia (<50.000) com sangramento ativo ou hemorragia cerebral (indícios, ainda que difusos).

- As plaquetas não aumentam após a transfusão, só auxiliam o tamponamento.

- Não são considerados como sangramento ativo as petéquias, sangramento gengival, epistaxe autolimitada, hipermenorreia e equimoses.

- Recomenda-se o concentrado de plaquetas, na dose de uma unidade para cada 10 kg de peso do paciente, se a contagem de plaquetas estiver inferior a 50.000/uL e houver sangramento ativo.

- A indicação de transfusão de concentrado de hemácias é rara e está restrita apenas a quadro hemorrágico volumoso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Influenza, Rubéola, Meningococemia, Febre Amarela, Leptospirose, Malária, Hepatite infecciosa, Hantavirose, Riquetsioses, Outras doenças exantemáticas.

HOSPITAL REGIONAL DR. LEOPOLDO BEVILACQUA

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

IMPORTANTE:

1. Em todas as situações, monitorar o aparecimento de sinais de alerta. O surgimento destes ou a resposta inadequada à hidratação, isto é, aumento ou manutenção dos níveis de hematócrito, caracterizam indicação de internação.
2. Pacientes com plaquetopenia $<20.000/\text{mm}^3$ sem repercussão clínica devem ser internados e reavaliados clínica e laboratorialmente a cada 12 horas.
3. Evitar punção ou drenagem de derrames serosos ou outros procedimentos invasivos.
4. A utilização de acesso venoso central é excepcional, indicada em alguns casos graves de choque que não revertam após as medidas recomendadas, para monitoramento da pressão venosa central.
5. A reposição de potássio deve ser iniciada uma vez observado o início de diurese acima de 500 ml ou 30 ml/hora.
6. Com a resolução do choque, há reabsorção do plasma extravasado que se manifesta por queda adicional do hematócrito após a suspensão da hidratação parenteral.
Essa reabsorção poderá causar hipervolemia, edema pulmonar ou insuficiência cardíaca, caso sejam administrados mais líquidos, requerendo vigilância clínica redobrada.

CRITÉRIOS PARA ALTA HOSPITALAR:

Os pacientes precisam preencher **TODOS** os seis critérios abaixo:

- a) Ausência de febre durante 24 horas, sem uso de terapia antitérmica;
- b) Melhora visível do quadro clínico;
- c) Hematócrito normal e estável por 24 horas;
- d) Plaquetas em elevação e acima de $60.000/\text{mm}^3$;
- e) Estabilização hemodinâmica durante 24 horas;
- f) Derrames cavitários em reabsorção e sem repercussão clínica.