

SUSPEITA DE DENGUE

Relato de febre, usualmente entre dois e sete dias de duração, e duas ou mais das seguintes manifestações: náusea, vômitos; exantema; mialgia, artralgia; cefaleia, dor retro-orbital; petéquias; prova do laço positiva e leucopenia. Também pode ser considerado caso suspeito toda criança com quadro febril agudo, usualmente entre dois e sete dias de duração, e sem foco de infecção aparente.

NOTIFICAR TODO CASO SUSPEITO DE DENGUE

TEM SINAL DE ALARME OU GRAVIDADE?

NÃO

Pesquisar sangramento espontâneo de pele ou induzido (prova do laço, condição clínica especial, risco social ou comorbidades).

NÃO

GRUPO A

Dengue sem sinais de alarme, sem condição especial, sem risco social e sem comorbidades.

SIM

GRUPO B*

Dengue sem sinais de alarme, com condição especial, ou com risco social e com comorbidades.

GRUPO C
Sinais de alarme presentes e sinais de gravidade ausentes

- Dor abdominal intensa (referida ou à palpação) e contínua.
- Vômitos persistentes.
- Acúmulo de líquidos (ascite, derrame pleural, derrame pericárdico).
- Hipotensão postural e/ou lipotímia.
- Hepatomegalia maior do que 2 cm abaixo do rebordo costal.
- Sangramento de mucosa.
- Letargia e/ou irritabilidade.
- Aumento progressivo do hematócrito.

GRUPO D
Dengue grave

- Extravasamento grave de plasma, levando ao choque evidenciado por taquicardia; extremidades distais frias; pulso fraco e filiforme; enchimento capilar lento (>2 segundos); pressão arterial convergente (<20 mmHg); taquipneia; oligúria (<1,5 mL/kg/h); hipotensão arterial (fase tardia do choque); cianose (fase tardia do choque); acumulação de líquidos com insuficiência respiratória.
- Sangramento grave.
- Comprometimento grave de órgãos.

Iniciar hidratação dos pacientes de imediato de acordo com a classificação, enquanto aguardam exames laboratoriais. Hidratação oral para pacientes dos grupos A e B. Hidratação venosa para pacientes dos grupos C e D.

Acompanhamento Ambulatorial.

Exames complementares A critério médico.

Conduta

Hidratação oral

Adulto

60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com sais de reidratação oral e no início com volume maior. Para os 2/3 restantes, orientar a ingestão de líquidos caseiros (água, suco de frutas, soro caseiro, chás, água de coco etc.).

Crianças (<13 anos)

- Até 10 kg: 130 mL/kg/dia;
- Acima de 10 kg a 20 kg: 100 mL/kg/dia;
- Acima de 20 kg: 80 mL/kg/dia.

IMPORTANTE

Os sinais de alarme e agravamento do quadro costumam ocorrer na fase de remissão da febre.

Retorno imediato na presença de sinais de alarme ou no dia da melhora da febre (possível início da fase crítica); caso não haja defervescência, retornar no 5.º dia da doença.

Entregar cartão de acompanhamento de dengue.

Acompanhamento Em leito de observação até resultado de exames e reavaliação clínica.

Exames complementares Hemograma completo: obrigatório.

Conduta

Hidratação oral (conforme Grupo A) até o resultado dos exames.

Hematócrito normal

Tratamento ambulatorial.

Hemoconcentração ou sinais de alarme

Conduzir como grupo C.

Alta

Retorno diário para reavaliação clínica e laboratorial (até 48 horas após a remissão da febre). Manter hidratação oral.

*Condições clínicas especiais e/ou risco social ou comorbidades: lactentes (<24 meses), gestantes, adultos >65 anos, hipertensão arterial ou outras doenças cardiovasculares graves, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica (Dpoc), asma, obesidade, doenças hematológicas crônicas, doença renal crônica, doença ácido péptica, hepatopatias e doenças autoimunes.

Esses pacientes podem apresentar evolução desfavorável e devem ter acompanhamento diferenciado.

Acompanhamento Em leito de internação até estabilização – mínimo de 48h.

Exames complementares

- Obrigatórios: hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases.
- Recomendados: raio X de tórax (PA, perfil e incidência de Laurell) e USG de abdome.
- Outros exames conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, Tpa e ecocardiograma.
- Exames específicos para confirmação de dengue são obrigatórios, mas não são essenciais para conduta clínica.

Conduta

Iniciar reposição volêmica imediata (10 mL/kg de soro fisiológico na primeira hora), em qualquer ponto de atenção, independente do nível e complexidade, mesmo na ausência de exames complementares.

Reavaliação clínica após 1 hora.

Conduta – adulto e crianças

Após uma hora: reavaliar o paciente (sinais vitais, PA, avaliar diurese – desejável 1 mL/kg/h). Manter hidratação IV 10 mL/kg/h (soro fisiológico a 0,9%) na segunda hora. Até avaliação do hematócrito (que deverá ocorrer em até duas horas da reposição volêmica).

Reavaliação clínica e laboratorial após 2 horas.

Melhora clínica e laboratorial. Sinais vitais e PA estável, diurese normal e queda do hematócrito.

SIM

Sem melhora do hematócrito ou dos sinais de hemodinâmicos

- Repetir fase de expansão até três vezes.
- Manter reavaliação clínica (sinais vitais, PA, avaliar diurese) após 1 hora e de hematócrito em 2 horas (após conclusão de cada etapa).
- Sem melhora clínica e laboratorial, conduzir como grupo D.

Melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão

- Iniciar a fase de manutenção com soro fisiológico.
- Primeira fase: 25 mL/kg em 6 horas. Se houver melhora, iniciar segunda fase.
- Segunda fase: 25 mL/kg em 8 horas.

Critério de alta

Paciente precisa preencher todos os seis critérios a seguir:

- Estabilização hemodinâmica durante 48 horas.
- Ausência de febre por 24 horas.
- Melhora visível do quadro clínico.
- Hematócrito normal e estável por 24 horas.
- Plaquetas em elevação.

Retorno

Após preencher critérios de alta, o retorno para reavaliação clínica e laboratorial segue orientação, conforme grupo B. Preencher e entregar cartão de acompanhamento.

Acompanhamento Em leito de UTI até estabilização – mínimo de 48h.

Conduta

Reposição volêmica (adulto e criança). Iniciar imediatamente fase de expansão rápida parenteral, com soro fisiológico a 0,9%: 20 mL/kg em até 20 minutos, em qualquer nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência, mesmo na ausência de exames complementares.

Reavaliação

- Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas.
- A reavaliação deve acontecer após cada etapa de expansão. Esses pacientes precisam ser continuamente monitorados.

Melhora clínica e de hematócrito.

Retornar para fase de expansão do grupo C.

Resposta inadequada caracterizada pela persistência do choque. Avaliar hematócrito.

Hematócrito em elevação.

Utilizar expansores plasmáticos (albumina 0,5-1 g/kg); preparar solução de albumina a 5% (para cada 100 mL desta solução, usar 25 mL de albumina a 20% e 75 mL de SF a 0,9%); na falta desta, usar colóides sintéticos, a 10 mL/kg/hora.

Com resolução do choque, ausência de sangramento, mas com surgimento de outros sinais de gravidade, observar:

- Sinais de desconforto respiratório, sinais de ICC e investigar hiperhidratação.
- Tratar com diminuição importante da infusão de líquido, uso de diuréticos e drogas inotrópicas, quando necessário.

Hematócrito em queda.

Persistência do choque.

NÃO

SIM

Investigar hemorragia e coagulopatia de consumo

Se hemorragia, transfundir concentrado de hemácias (10 a 15 mL/kg/dia).

Se coagulopatia, avaliar a necessidade de uso de plasma fresco (10 mL/kg). Vitamina K endovenosa e criopecipitado (1 U para cada 5-10 kg).

Transfusão de plaquetas apenas nas seguintes condições: sangramento persistente não controlado, depois de corrigidos os fatores de coagulação e do choque, e com trombocitopenia e INR > que 1,5 vez o valor normal.

Se resposta adequada, tratar como grupo C.

Interromper ou reduzir a infusão de líquidos à velocidade mínima necessária se:

- Houver término do extravasamento plasmático.
- Normalização da PA, do pulso e da perfusão periférica.
- Diminuição do hematócrito, na ausência de sangramento.
- Diurese normalizada.
- Resolução dos sintomas abdominais.

ATENÇÃO: consultar o manual do Ministério da Saúde para conduta em condições clínicas especiais (cardiopatas e hipertensos, usuários de antiagregantes e anticoagulantes).

ATENÇÃO: pacientes idosos ou na presença de comorbidades, como as cardiopatias e insuficiência renal, precisam adequar os volumes de hidratação caso a caso, evitando sobrecargas de volume.