

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE

2013



PREFEITURA  
BELO HORIZONTE

[www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)

# PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS PACIENTES COM SUSPEITA DE DENGUE

**Prefeito Municipal**

Marcio Araujo de Lacerda

**Secretário Municipal de Saúde**

Marcelo Gouvêa Teixeira

**Secretário Municipal Adjunto de Saúde**

Fabiano Pimenta Júnior

Belo Horizonte  
2013

# Sumário

1	Como identificar um caso suspeito de dengue? .....	4
2	Que etapas devem ser seguidas no atendimento inicial ao paciente com suspeita de dengue? .....	4
3	Quais são as situações especiais que podem aumentar o risco de evolução desfavorável de um paciente com dengue? .....	5
4	Quais são os sinais/sintomas de alarme? .....	6
5	Quais são os sinais/sintomas de choque? .....	6
6	Em quem realizar e qual a interpretação da Prova do Laço? .....	6
7	Como realizar a Prova do Laço? .....	7
8	Quando solicitar o hemograma e qual a sua finalidade? .....	7
9	Quais exames laboratoriais devem ser realizados para diagnóstico etiológico da dengue e quando solicitá-los? .....	8
10	Qual profissional deve solicitar os exames? .....	9
11	Como os casos suspeitos de dengue devem ser classificados? .....	9

12	Como conduzir os casos do grupo A?.....	10
13	Como conduzir pacientes do grupo B?.....	11
14	Como conduzir pacientes do grupo C? .....	12
15	Como conduzir pacientes do grupo D? .....	13
16	Quais as atribuições dos profissionais da ESF frente a um paciente com suspeita de dengue?.....	17
17	Como proceder no atendimento a um paciente com dengue em unidades de saúde que realizam acolhimento com classificação de risco de Manchester? .....	17
	<b>Anexo 1</b> - Particularidades no manejo clínico da gestante.....	18
	<b>Anexo 2</b> - Abordagem inicial da Síndrome do Choque do Dengue na sala de emergência .....	19
	<b>Anexo 3</b> - Telefones para notificação imediata .....	21
	Referências Bibliográficas .....	24

## **1. 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.

## **2. Que etapas devem ser seguidas no atendimento inicial ao paciente com suspeita de dengue?**

- Pesquisar situações que aumentam o risco de evolução desfavorável (vide item 3) e ficar atento ao diagnóstico diferencial (quadro 1).
- Pesquisar sinais e sintomas de alarme durante anamnese e exame físico (vide item 4).
- Pesquisar sinais de choque durante exame físico (vide item 5).
- Medir:
  - pressão arterial em duas posições (deitado/sentado e em pé);
  - frequência do pulso;
  - temperatura axilar.
- Realizar prova do laço (vide itens 6 e 7).
- Se indicado, coletar sangue para realização de hemograma 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 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.

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

- Gestantes
- Crianças (menores de 13 anos) e idosos (maiores de 65 anos)
- Portadores das seguintes comorbidades com potencial de descompensação clínica: hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, diabetes mellitus, asma, DPOC, doença hematológica (especialmente anemia falciforme) ou renal crônica, hepatopatia, doença cloridro-péptica ou doença auto-imune, uso de anti-coagulante ou anti-agregante plaquetário, imunossuppressores, anti-inflamatórios.
- Pacientes em risco social (as situações de risco social devem ser avaliadas individualmente e incluem aquelas que possam comprometer a adesão do paciente às recomendações de hidratação e/ou de acompanhamento clínico propostas para o caso em questão).

**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 geralmente máculo-papular, aparecendo 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, diarréia, 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 os sinais/sintomas de alarme?

- Dor abdominal intensa e contínua;
- Vômitos persistentes;
- 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);
- Lipotímia;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Sangramento de mucosas (epistaxe, gengivorragia, hematêmese, melena, metrorragia);
- Sonolência ou irritabilidade.
- Redução da diurese;
- Diminuição repentina da temperatura corporal ou hipotermia;
- Desconforto respiratório;
- Derrames cavitários (pleural, pericárdico, peritoneal, outros);
- Queda abrupta de plaquetas ou contagem de plaquetas abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup>
- Elevação repentina de hematócrito acima de 10% do valor basal ou do valor de referência (quadro 3).

#### 5. Quais são os sinais/sintomas de choque?

- hipotensão arterial;
- pressão arterial convergente (PA diferencial < 20mmHg);
- extremidades frias, cianose;
- pulso rápido\* e fino;
- enchimento capilar lento (> 2 segundos).

\* Adultos e crianças acima de 10 anos: > 100 bpm; crianças entre 1 e 10 anos: > 120 bpm; recém-nascidos: > 160 bpm.

#### 6. Em quem realizar e qual a interpretação da Prova do Laço?

A prova do laço deve ser realizada em pacientes com suspeita clínica de dengue que não apresentem sinais clínicos de sangramento. A prova deverá ser repetida no acompanhamento clínico do paciente apenas se previamente negativa. A prova do laço positiva pode reforçar a hipótese de dengue e aponta para uma necessidade de maior atenção ao paciente. Entretanto, é importante ressaltar que a prova do laço não confirma e nem exclui o diagnóstico de dengue.

## ***7. Como realizar a Prova do Laço?***

- Medir a pressão arterial.
- Insuflar novamente 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.
- 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. Quando solicitar o hemograma e qual a sua finalidade?***

O exame de hemograma e plaquetas deve ser realizado em todos os pacientes com classificação clínica B, C ou D (vide item 11) e naqueles com risco aumentado (vide item 3) independentemente de sua classificação clínica. A periodicidade de repetição do exame ao longo do período de acompanhamento clínico do paciente irá depender da classificação clínica do paciente e está detalhada na abordagem específica de cada situação.

O hemograma tem como finalidade principal avaliar o hematócrito, para identificação de hemoconcentração. Hemoconcentração indica provável alteração de permeabilidade capilar (extravasamento plasmático), associado à gravidade. Queda de hematócrito pode sugerir hemorragias. A redução na contagem de plaquetas, principalmente quando associada à elevação concomitante do hematócrito, pode também indicar risco aumentado de evolução desfavorável.



## 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:

- **Sorologia para dengue:** deve ser solicitada para todos os casos suspeitos de dengue e a amostra deve ser coletada a partir do 6º dia do início dos sintomas.
- **Isolamento viral:** deve ser solicitado em pacientes com sinais de alarme ou choque, ou com história de viagem para outro estado ou país nos quinze dias antes do início dos sintomas. A amostra deve ser coletada nos primeiros 4 dias do início dos sintomas.
- **Teste rápido para detecção de antígeno viral:** é disponibilizado pela PBH para as Unidades de Pronto-Atendimento, Hospital Odilon Behrens e Hospital Infantil João Paulo II. O objetivo principal deste teste é o diagnóstico precoce para manejo oportuno de casos graves ou com potencial de complicação devendo ser indicado prioritariamente para pacientes com sinais de alarme ou choque. Está indicado apenas para pacientes atendidos nos primeiros 4 dias do início dos sintomas. **Apesar do teste NS1 apresentar boa sensibilidade e especificidade quando comparado a outras técnicas diagnósticas, a interpretação do resultado deve ser feita com cautela e resultados negativos não afastam a possibilidade de dengue.**

### **Observações:**

- a) Os critérios de indicação de realização dos exames de diagnóstico etiológico podem variar de acordo com a situação epidemiológica da dengue. A indicação de realização de sorologia para dengue pode ser limitada, em determinada região, por determinado período, quando existir uma situação epidêmica. **A realização de isolamento viral e teste rápido podem ser ampliada nos períodos inter-epidêmicas em função da necessidade de monitoramento da circulação viral, respeitando-se a cota estabelecida pela Vigilância Epidemiológica.**
- 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 (hemograma e plaquetas), de acordo com as orientações deste protocolo. A interpretação dos resultados de exames laboratoriais para fins de conduta clínica deve ser realizada por profissional médico.

## 11. Como os casos suspeitos de dengue devem ser classificados?

A classificação da dengue seguirá a recomendada pelo Ministério de Saúde

**Tabela 1** - Classificação da gravidade da dengue

Manifestações	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Prova do laço + ou petéquias	Não	Sim	Sim ou Não	Sim ou Não
Sinais de alarme	Não	Não	Sim	Sim
Plaquetas (células/mm <sup>3</sup> )	> 50.000 ou não realizada	Independentemente do valor	Independentemente do valor	Independentemente do valor
Hematócrito	Normal ou não realizado	Normal ou elevação em até 10% do basal	Independentemente do valor	Independentemente do valor

**NOTA:** Para fins de manejo clínico, o paciente em situação especial (item 3) deve ser conduzido pelo menos como paciente B. Caso apresente alterações laboratoriais, sinais de alarme ou de choque, será manejado conforme a classificação clínica apropriada para cada situação (vide tabela acima)

**Quadro 2.** Valores de referência para hematócrito para utilização na ausência de hematócrito basal do paciente.

### Valores normais de hematócrito:

- Homens: 45%
- Mulheres 40%
- 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: 38%

**Aumento de hematócrito em até 10% acima do valor de referência:**

- Homens: > 45% e ≤ 50%
- Mulheres: > 40% e ≤ 44%
- Crianças: calcular de acordo com os valores normais apresentados acima.

**Aumento de hematócrito em mais de 10% acima do valor de referência:**

- Homens: > 50%
- Mulheres: > 44%
- Crianças: calcular de acordo com os valores normais apresentados acima.

## 12. Como conduzir os casos do grupo A?

- Os pacientes do grupo A não necessitam realizar exames hematólogicos ou bioquímicos para avaliação da gravidade da dengue. Os pacientes com risco aumentado (item 3) devem ser manejados pelo menos como aqueles do grupo B.
- Para pacientes que não necessitem realizar hemograma e plaquetas ou nos quais os valores destes exames estejam dentro da faixa compreendida como grupo A na tabela acima (hematócrito normal, contagem de plaquetas > 50.000 céls/mm<sup>3</sup>), proceder da seguinte forma:
  - Prescrever paracetamol e/ou dipirona;
  - **Não utilizar salicilatos, anti-inflamatórios não-esteróides ou corticóides;**
  - **Orientar repouso e hidratação oral conforme quadro 3;**
  - Notificar, preencher “cartão da dengue” e liberar paciente para o domicílio com orientações;
  - Orientar procura imediata de serviço de urgência em caso de manifestações hemorrágicas ou sinais/sintomas de alarme;
  - Orientar retorno para reavaliação no dia de melhora da febre devido ao risco de desenvolver FHD nesse período; se não houver defervescência, retornar no 5º dia de doença.
  - Solicitar ao ACS busca ativa de casos que não retornem ao Centro de Saúde.
  - Dar alta 24-48 após a defervescência se ausência de sinais de alarme.
  - Orientar sobre limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti*.

### 13. Como conduzir pacientes do grupo B?

- Todos os pacientes do grupo B (prova do laço positiva ou petéquias espongêneas) e aqueles em situação especial (item 3) devem realizar hemograma e contagem de plaquetas e o resultado deve ser avaliado no mesmo dia. Em gestantes, considerar as particularidades descritas no anexo 1.
- Enquanto o paciente aguarda o resultado de hemograma e plaquetas, deve ser hidratado por via oral, de maneira supervisionada, preferencialmente na unidade de saúde, de acordo com as recomendações da situação clínica A (quadro 3). Em caso de intolerância à hidratação oral, deve-se hidratar por via venosa, com soro fisiológico 0,9% com volume de 25 ml/kg em 6 horas (para pacientes idosos ou cardiopatas, iniciar com 250-500 ml, verificando atentamente a tolerância cardíaca), até a chegada do resultado de exames. Administrar paracetamol e/ou dipirona se houver necessidade.
- Caso o paciente apresente sinais de alarme e/ou choque durante este período, conduzir como grupo C ou D.
- Se o paciente permanecer estável durante o período em que aguarda a realização de hemograma e plaquetas, a conduta será definida de acordo com o resultado destes exames:
  - a) **Hematócrito com aumento acima de 10% do valor basal (na ausência de valor basal, utilizar valores de referência da quadro 2) e/ou plaquetas < 50.000 céls/mm<sup>3</sup> :**
    - Encaminhar para UPA ou maternidade de referência para **reavaliação clínica e do hematócrito após 4-6 horas** de hidratação (oral ou parenteral, conforme descrito acima).
    - Conduzir da seguinte forma, de acordo com as manifestações clínico-laboratoriais após esta fase de hidratação:
      - **Se houver redução do hematócrito e não houver sinais de alarme:**
        - preencher “cartão da dengue”, liberar para o domicílio com prescrição de paracetamol (e/ou dipirona) e orientações sobre hidratação oral vigorosa conforme grupo A (quadro 3).
        - Fornecer as seguintes orientações:
          - Retorno diário para avaliação médica até o 7º dia de doença.
          - Procura imediata de serviço de urgência em caso de sinais de alarme.
          - Orientar limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti*.
      - Preencher ficha de notificação e avisar imediatamente a Vi-

gilância Epidemiológica, por telefone.

- Repetir hemograma com plaquetas nas consultas de retorno, de acordo com avaliação clínica.
- Dar alta após o 7º dia de doença se ausência de sinais de alarme.
- **Se não houver redução do hematócrito ou houver sinais de alarme:**
  - conduzir conforme grupo C (vide item 14).

**b) Hematócrito normal ou com aumento de até 10% do valor basal (na ausência de valor basal, utilizar valores de referência da quadro 2) e plaquetas > 50.000 céls/mm<sup>3</sup>:**

- Preencher “cartão da dengue”, liberar para o domicílio com prescrição de paracetamol (e/ou dipirona) e orientações sobre hidratação oral vigorosa conforme grupo A (quadro 3).
- Fornecer as seguintes orientações:
  - Procura imediata de serviço de urgência em caso de sinais de alarme.
  - Retorno diário para avaliação médica até o 7º dia de doença
  - Orientar sobre limpeza domiciliar de criadouros do *Aedes aegypti*.
- Preencher ficha de notificação e avisar imediatamente a Vigilância Epidemiológica, por telefone.
- Repetir hemograma com plaquetas nas consultas de retorno, de acordo com avaliação clínica.
- Dar alta após o 7º dia de doença se ausência de sinais de alarme. Em gestantes, considerar as particularidades descritas no anexo 1.

## 14. Como conduzir pacientes do 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 leucograma/plaquetas a cada 12 horas. Realizar exames de

- perfil hepático (AST, ALT, bilirrubinas, albumina), coagulação (AP/RNI, PTT), glicemia, eletrólitos e função renal (uréia, creatinina).
- Observar atentamente o surgimento ou piora dos sinais de alarme e/ou das alterações laboratoriais.
  - Realizar estudos de imagem (radiografia de tórax em decúbito lateral ou ultra-som tóraco-abdominal) na suspeita de derrames cavitários.
  - Avaliar diurese e monitorar o balanço hídrico.
  - Caso haja melhora clínico-laboratorial após 24 horas (vide quadro 6), liberar para o domicílio com o cartão da dengue preenchido e com orientações em relação à hidratação oral vigorosa (vide quadro 3) e controle clínico diário no Centro de Saúde.
  - Em gestantes, seguir recomendações do anexo 1.

## **15. Como conduzir pacientes do grupo D?**

- Iniciar imediatamente hidratação parenteral (conforme quadro 5) e abordagem do choque (anexo 2).
- Ofertar oxigenioterapia suplementar.
- Internar em leito de terapia intermediária ou intensiva.
- Realizar exames de perfil hepático (AST, ALT, bilirrubinas, albumina), coagulação (AP/RNI, PTT), glicemia, eletrólitos e função renal (uréia, creatinina).
- Repetir hemograma e demais exames conforme necessidade clínica.
- Realizar estudos de imagem (radiografia de tórax ou ultrassom tóraco-abdominal) na suspeita de derrames cavitários.
- Avaliar diurese e monitorar o balanço hídrico.
- Notificar imediatamente a Vigilância Epidemiológica, por telefone (anexo 3).
- 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 diário da hidratação oral:**
- **Adultos:** 60-80 ml/kg/dia
- **Crianças (< 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/d para cada kg entre 10 e 20 kg e
  - 1.500 ml + 20 ml/kg/d 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 reidratação oral (SRO) 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.
- 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 deve ser mantido e estimulado.

**Quadro 4** - Orientações para hidratação parenteral do grupo C.

- **Fase de expansão:** hidratação IV imediata: 20 ml/kg/h em duas horas, com soro fisiológico ou ringer lactato.
- Reavaliação clínica e de hematócrito em 2 horas (após a etapa de hidratação).
- Avaliar diurese e monitorar o balanço hídrico.
- Repetir fase de expansão até três vezes se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos.
- **Se resposta inadequada após as três fases de expansão, conduzir como Grupo D.**
- Se houver melhora clínica e laboratorial após fase de expansão, iniciar fase de manutenção (com soro fisiológico ou ringer lactato):  
Adultos:
  - Primeira fase: 25 ml/kg em 6 horas.
  - Segunda fase (se melhora com primeira fase): 25 ml/kg em 8 horas.Obs: nestas fases, utilizar soro fisiológico no volume de 1/3 do total calculado e soro glicosado em 2/3 do total.

**Crianças:**

- Calcular necessidade hídrica basal, segundo a regra de Holliday-Segar (vide quadro 3) e acrescentar 50% do volume para reposição de perdas estimadas (causadas pela fuga capilar)
- Manter a hidratação em volume mínimo para manter boa perfusão e volume de diurese > 0,5 ml/kg/h;
- Reiniciar hidratação oral tão logo seja possível. A hidratação venosa é geralmente necessária por apenas 24-48 horas.
- Em idosos, cardiopatas ou com outras comorbidades que requeiram restrição hídrica, iniciar com volumes menores e monitorar atentamente a tolerância.



**Quadro 5** - Orientações para hidratação parenteral de pacientes com suspeita de dengue na situação D.

**Iniciar imediatamente de fase de expansão rápida com soro fisiológico (NaCl 0,9%) 20 ml/kg nos primeiros 15-30 minutos.** Se necessário, repetir por até três vezes, de acordo com avaliação clínica. Reavaliação clínica a cada 15-30 minutos e de hematócrito em 2 horas. Avaliar diurese e monitorar o balanço hídrico.

- **Se houver melhora clínica e laboratorial após fases de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada para o grupo.**
  
- **Se a resposta for inadequada, avaliar a hemoconcentração:**
  - a) Hematócrito em ascensão e choque:**
    - Utilizar expansores plasmáticos: albumina 0,5-1 g/kg ou, na falta desta, usar colóides sintéticos – 10 ml/kg/hora.
  
  - b) Hematócrito em queda e choque:**
    - Se hemorragias, transfundir o concentrado de hemácias (10 a 15 ml/kg/dia);
    - Se coagulopatia, investigar coagulopatias de consumo e avaliar necessidade de uso de plasma (10 ml/Kg), vitamina K e Crioprecipitado (1 U para cada 5-10 kg).
  
  - c) Hematócrito em queda, sem sangramentos:**
    - Se instável, investigar hiper-hidratação, insuficiência cardíaca congestiva e tratar com diminuição da infusão de líquido, diuréticos e inotrópicos, quando necessário;
    - Se estável ou com melhora clínica, manter a reavaliação clínica e laboratorial contínua.

**Os pacientes precisam preencher todos os critérios abaixo:**

- Melhora visível do quadro clínico;
- Estabilidade hemodinâmica;
- Hematócrito normal e estável;
- Plaquetas normais ou em ascensão, acima de 50.000 céls/mm<sup>3</sup>;
- Derrames cavitários, quando presentes, em regressão e sem repercussão clínica.

## ***16. Quais as atribuições dos profissionais da ESF frente a um paciente com suspeita de dengue?***

A suspeita clínica e a notificação de dengue podem ser feitas por profissional médico, enfermeiro ou auxiliar/técnico de enfermagem, de acordo com os critérios clínicos apresentados no item 1.

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

A interpretação de exames de hemograma e plaquetas, quando estes forem necessários, a classificação clínica final dos casos suspeitos e a prescrição de medicamentos devem ser feitas por profissional médico.

A busca ativa de casos para acompanhamento clínico e coleta de exames laboratoriais deve ser feita pelo agente comunitário de saúde, sob coordenação do médico ou enfermeiro da equipe.

## ***17. Como proceder no atendimento a um paciente com dengue em unidades de saúde que realizam acolhimento com classificação de risco de Manchester?***

Usuários com suspeita de dengue classificados como vermelho ou laranja serão encaminhados imediatamente para atendimento médico.

Usuários com suspeita de dengue classificados como amarelo ou verde

deverão ser encaminhados pelo enfermeiro classificador para o enfermeiro/ auxiliar de enfermagem responsável pela sala de observação para aferição de dados clínicos adicionais (ex: prova do laço, PA em duas posições), preenchimento do cartão da dengue e início da hidratação oral até o atendimento pelo médico que conduzirá o caso conforme a classificação de dengue apresentada neste protocolo. Os casos suspeitos de dengue serão definidos como prioritários dentro da prioridade clínica estabelecida na classificação de risco de Manchester.

## **Anexo 1. Particularidades no manejo clínico da gestante.**

Em gestantes, a dengue pode aumentar o risco de trabalho de parto prematuro, de óbito fetal intra-uterino, de sofrimento fetal agudo e, quando a infecção na gestante ocorre na última semana de gestação, pode ocorrer a transmissão do vírus da dengue para o feto (dengue congênita). Quando a infecção ocorre próxima ao parto, é maior o risco de hemorragias materna e fetal. As manifestações hemorrágicas da dengue em gestantes podem se manifestar já no primeiro dia da doença.

O profissional de saúde deve estar mais atento à avaliação clínica inicial e ao acompanhamento, devido às alterações fisiológicas da gravidez, que, apesar de não interferirem na doença, podem interferir na sua apresentação clínica. Quando ocorre o extravasamento plasmático na grávida com dengue, suas manifestações tais como taquicardia, hipotensão postural e hemoconcentração podem demorar mais tempo para aparecer ou, se aparecerem, podem ser confundidas com alterações fisiológicas da gravidez. Pacientes gestantes devem ser manejadas clinicamente de acordo com o estadiamento clínico da dengue apresentado no item 11. Toda gestante deve realizar hemograma e plaquetas na avaliação inicial e os demais exames devem seguir as mesmas orientações para os demais pacientes.

Como o comportamento fisiopatológico é semelhante àquele visto nos demais pacientes, o tratamento da dengue na gestante é semelhante, sendo fundamental o acompanhamento clínico atento e a vigilância das pacientes. Conforme recomendação do protocolo do Ministério da Saúde, a gestante que apresentar qualquer sinal de alarme ou de choque e que tiver indicação de reposição volêmica, deverá receber volume igual àquele prescrito aos demais pacientes, de acordo com o estadiamento clínico. **Em gestantes, deve-se ter atenção redobrada para evitar a hiper-hidratação quando da reposição volêmica.**

Lembrar que o aumento do volume uterino, a partir da 20ª semana de gestação, leva a compressão da veia cava; toda gestante, quando deitada, deve ficar em decúbito lateral preferencialmente esquerdo. O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, inclui pré-eclampsia, síndrome HELLP e sepse, lembrando que eles não só pode mimetizar seu quadro clínico, como podem também estar concomitantemente presentes.

As gestantes com estadiamento B que apresentem elevação de hematócrito ou queda de plaquetas, e C ou D, independentemente dos resultados de exame laboratorial, devem ser encaminhadas e manejadas clinicamente nas maternidades de referência.

## **Anexo 2. 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 O<sub>2</sub> 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 O<sub>2</sub> > 92%.
3. Em casos onde a oferta de O<sub>2</sub> não for suficiente, deve-se precocemente realizar intubação 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, conforme apresentado no quadro 5.
4. Persistência do choque, após início da hidratação:
  - 4.1. Passar SVD, puncionar veia central e instalar medida de pressão

venosa central (PVC)

4.1.1. PVC baixa ou normal: manter infusão de volume até normalização de PA, sinais de congestão pulmonar, ou elevação importante da PVC

4.1.2. PVC alta: Utilizar dopamina na dose inicial de 5 µg/kg/min, aumentando progressivamente as doses até obter a estabilização dos parâmetros hemodinâmicos

5. Providenciar vaga em Centro de Terapia Intensiva (CTI)

6. 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.

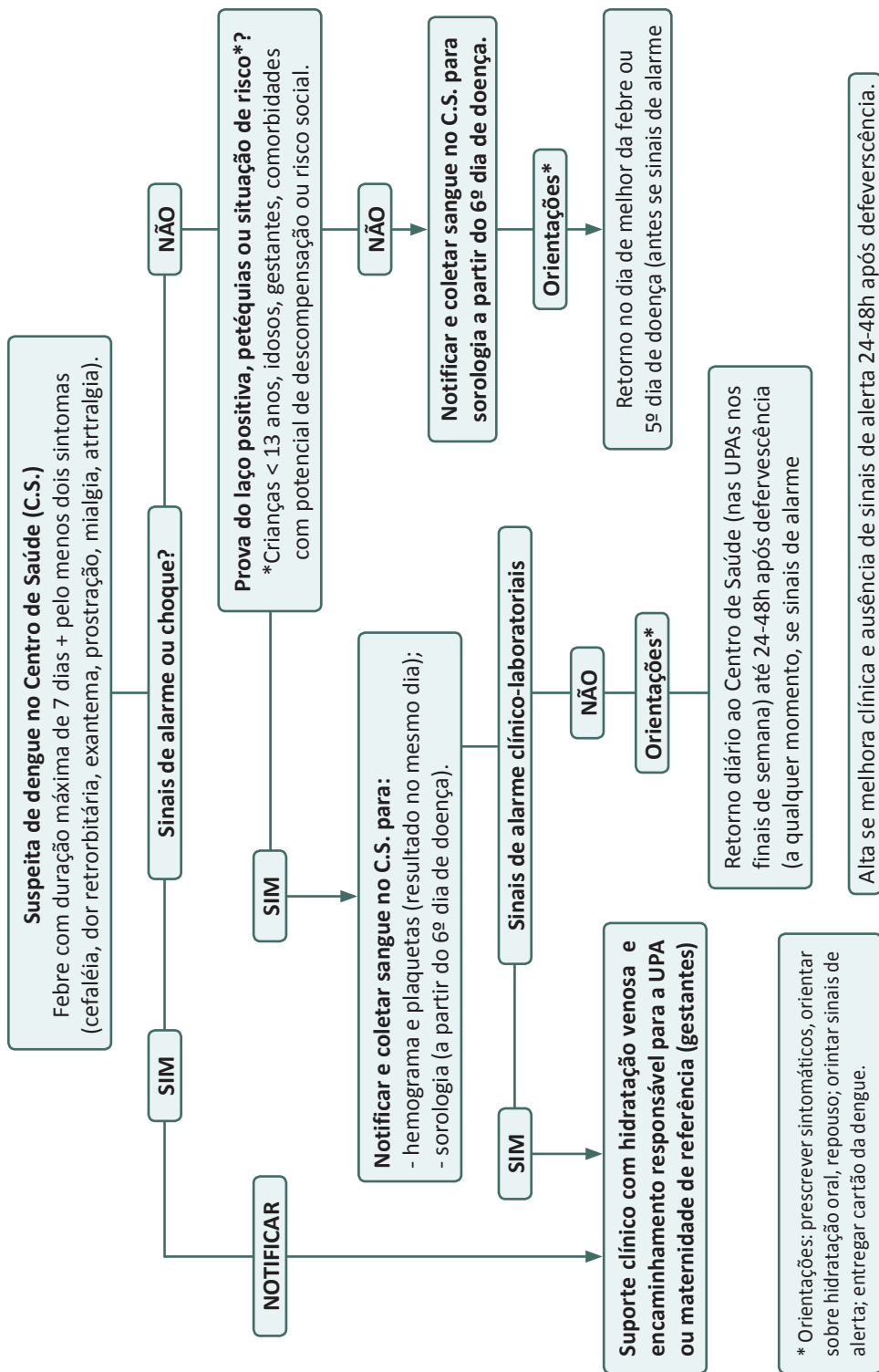
10. Realizar transporte responsável, fazendo contato prévio com a unidade receptora.

### *Anexo 3 – Telefones para notificação imediata*

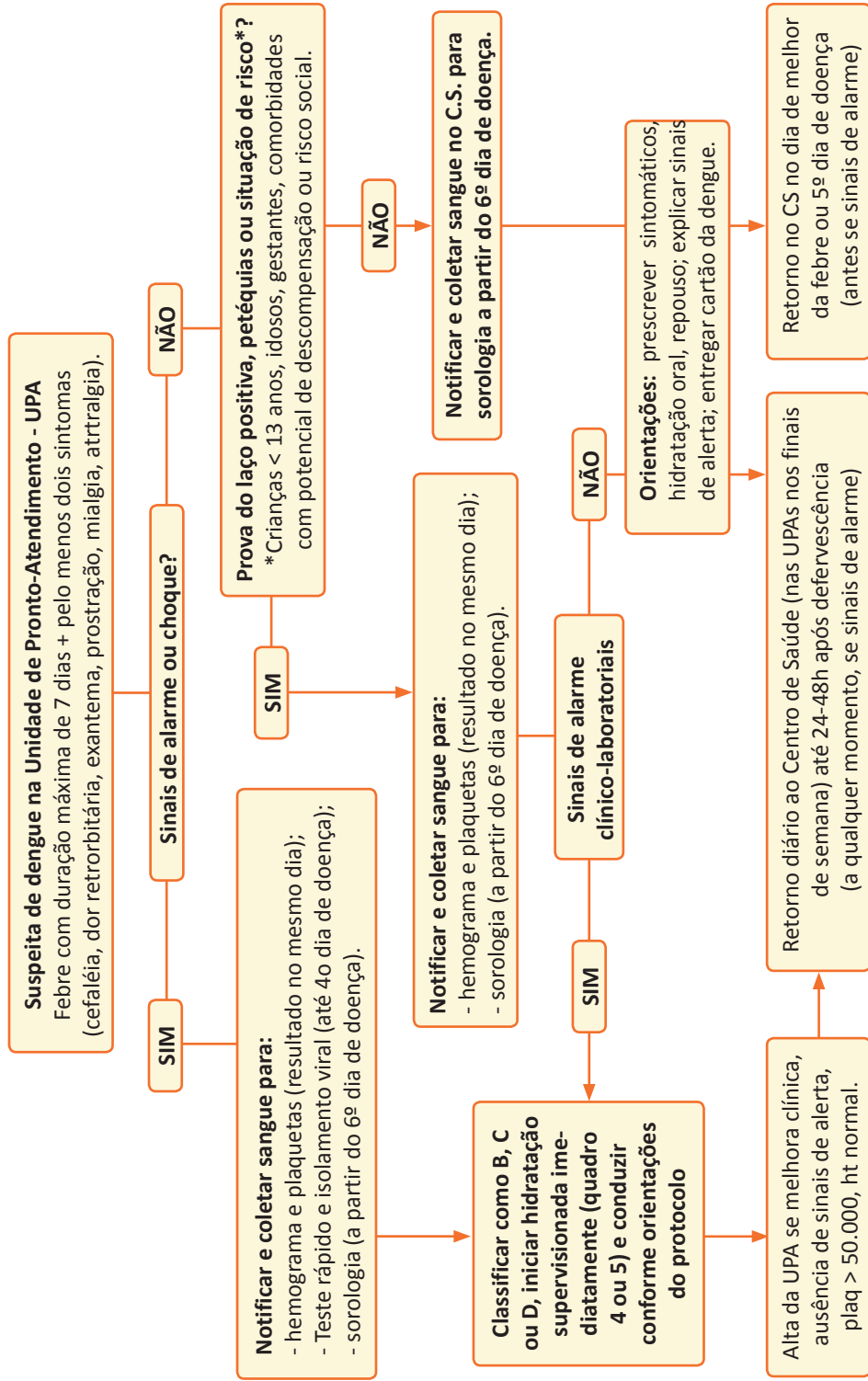
- Dias úteis, das 8 às 18 horas: Gerência de Epidemiologia dos Distritos Sanitários;
- Outros horários: 8835-3120 (Plantão da Epidemiologia).

TELEFONE DO PLANTÃO E DAS VIGILÂNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS Plantão 24h: 8835-3120		
Barreiro: 3277-5897	Nordeste: 3277-6241/6242	Oeste: 3277-7082
Centro-Sul: 3277-4331	Noroeste: 3277-7645	Pampulha: 3277-7938
Leste: 3277-4477	Norte: 3277-7853	Venda Nova: 3277-5413

## MANEJO DA DENGUE NO CENTRO DE SAÚDE



# MANEJO DA DENGUE NAS UNIDADES DE URGÊNCIA





## Referências Bibliográficas

- 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
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Organização Panamericana de Saúde. OPS/OMS. Guías de atención para enfermos de dengue em la región de las Américas. La Paz: OPS/OMS, 2010.
- Organização Mundial de Saúde. OMS. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Third edition. Geneva: WHO Press, 2009.
- Setiawan MW, Samsi TK, Wulur H, Sugianto D, Pool TN. Dengue haemorrhagic fever: ultrasound as na aid to predict the severity of the disease. In: Pediatric Radiology (1998) 28: 1-4.



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

[www.pbh.gov.br](http://www.pbh.gov.br)