



## Novos Casos

### Dengue – E agora, o que fazer?

Infelizmente aconteceu o que se previa, ou seja, um grande número de casos de dengue em Belo Horizonte e outros municípios. Para termos uma ideia do problema, em todo o ano de 2012 foram registrados 560 casos de dengue na capital e, agora, em 2013 até meados de março, temos 4.215 casos.<sup>1</sup> Outras cidades de Minas Gerais apresentam situação tão ou mais preocupante, sendo registrados até o momento 28 óbitos no estado.<sup>2</sup> Como as estratégias para se evitar a epidemia não surtiram o efeito esperado, a consequência imediata foi um brusco aumento dos atendimentos nas unidades de urgência, colocando os profissionais da linha de frente numa situação ainda mais crítica que a habitual. Em poucos minutos, algumas questões devem ser definidas: trata-se realmente de um caso de dengue? Há possibilidade de evolução desfavorável? Como realizar a abordagem terapêutica?

Normalmente, nos casos de dengue, espera-se que o paciente apresente febre com duração menor que sete dias e pelo menos dois dos seguintes sintomas/sinais: cefaleia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração e exantema, este normalmente maculopapular podendo ser pruriginoso e não responsivo à terapêutica com anti-histamínicos. Exceto pela dor retro-orbitária, que tem certa especificidade, as outras manifestações podem ser atribuídas a qualquer vírus (ex.: rubéola, sarampo), ou mesmo a algumas infecções bacterianas (ex.: febre maculosa, malária, escarlatina, meningococemia). Para dificultar ainda mais o diagnóstico clínico, tem sido aventada a possibilidade de casos de dengue sem febre; no entanto, segundo o Dr. Eric Torres, a febre sempre está presente, porém, pode ser de baixa intensidade, assim como fugaz, com duração de apenas poucas horas.<sup>3</sup> Em relação aos exames complementares tem-se o hemograma, que pode revelar alterações como leucopenia, plaquetopenia e hemoconcentração, os dois últimos com possíveis correlações com gravidade, ou seja, plaquetas abaixo de 50.000/mm<sup>3</sup> e hematócrito acima de 10% do valor basal.<sup>4</sup> O teste rápido, que detecta um antígeno viral (NS1), com resultado disponível em 30 minutos, sem dúvida foi um grande avanço; apresenta sensibilidade de 73,5-86,5% e especificidade de 98,5%,<sup>5</sup> podendo ser solicitado a partir de 24h do início das manifestações clínicas até o quarto dia. Os anticorpos do tipo IgM, que tem boa sensibilidade (96,4%) e especificidade (98,9%),<sup>6</sup> são detectados através da sorologia após o quinto dia dos sintomas; no entanto, o

resultado pode demorar dias para ser disponibilizado, auxiliando pouco naqueles pacientes com evolução mais grave. O isolamento viral, apesar de pouco disponível, pode ser requerido até o quarto dia do início dos sintomas, auxiliando no diagnóstico dos casos mais agudos e graves, de maneira semelhante ao teste rápido.

Alguns grupos pediátricos merecem maior atenção, pois têm possibilidade de evoluírem desfavoravelmente. Destacam-se as adolescentes grávidas, crianças menores de 13 anos, pacientes que possuem comorbidades como: diabetes, asma, doenças hematológicas, nefropatas, hepatopatas, usuários de anticoagulantes ou antiagregante plaquetário, imunossuppressores e anti-inflamatórios. Sinais e sintomas de alarme podem ser detectados na anamnese ou posteriormente no exame físico. Destacam-se dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, sangramentos, hipotensão postural, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários, desconforto respiratório, hipotermia, redução da diurese, sonolência ou irritabilidade. Serão considerados graves aqueles pacientes que manifestarem sinais de choque (hipotensão arterial, extremidades frias e cianóticas, pulsos rápidos e finos, enchimento capilar lentificado).

A terapêutica varia de acordo com a gravidade do quadro clínico. Este definirá onde o paciente receberá os cuidados, quais exames deverão ser solicitados e a forma de se conduzir a hidratação e demais medidas de suporte (Quadro 1). Paracetamol e dipirona são os antitérmicos de eleição, estando proscritos os salicilatos, anti-inflamatórios não esteróides (inclusive o ibuprofeno) ou corticóides. Orientar aos responsáveis ou pacientes que casos graves podem ocorrer justamente após o período da defervescência. Aqueles que necessitarem de internação terão sua alta condicionada a melhora importante do quadro clínico (com ênfase na estabilidade hemodinâmica), hematócrito normal ou estável, plaquetas normais ou acima de 50.000/mm<sup>3</sup> e preferencialmente ausência de derrames cavitários. Estes se presentes devem estar em regressão ou não causarem repercussão clínica.

Então, o que fazer? Em relação aos aspectos médicos, apesar da complexidade de alguns casos, temos diretrizes relativamente bem estabelecidas que nos auxiliam na tomada de decisões. Do outro lado, quando avaliamos os aspectos epidemiológicos, observamos um cenário crítico e desanimador, pois, enquanto comunidade, falhamos na implantação das

medidas que poderiam impedir a disseminação do *Aedes aegypti*, apesar da exaustiva propagação da informação pelos vários meios de comunicação. O que esperar? Quem sabe um dia uma vacina eficaz para não presenciarmos outras epidemias!

\*\* A cargo do médico assistente – Exemplo: AST, ALT, bilirrubinas, albumina, coagulação (AP/RNI, PTT), glicemia, eletrólitos, ureia, creatinina. Se houver suspeita de derrames cavitários, solicitar RX de tórax e/ou ultrassom toraco-abdominal.

1 – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Combate à dengue 2012 e 2013.

2 – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Situação atual da dengue em Minas Gerais. Resumo Informativo - 21/03/2013

3 – Torres, EM. Dengue y Dengue Hemorrágico. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes, 1998.

4 – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Protocolo de Atendimento dos Pacientes com suspeita de Dengue, 2013. Disponível em [Manuais e Protocolos](#).

5 – Chaterji, S. *et al.* Evaluation of the NS1 Rapid Test and the WHO Dengue Classification Schemes for Use as Bedside Diagnosis of Acute Dengue Fever in Adults. *Am J Trop Med Hyg*, 84(2), 2011, pp. 224–228.

6 – Blacksell, SD *et al.* Comparison of Seven Commercial Antigen and Antibody Enzyme-Linked Immunosorbent Assays for Detection of Acute Dengue Infection. *Clin Vaccine Immuno* 2012, 19(5):804-10.

7 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: criança, 2011.

Disponível [aqui](#).

#### Alexandre Sérgio da Costa Braga

Presidente do Comitê de Infectologia da SMP

Membro do Grupo de Infectologia Pediátrica do Hospital das Clínicas - UFMG

Mestre Saúde da Criança e do Adolescente - UFMG

Coordenador do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital da Polícia Militar MG

Membro da Comissão de Controle de Infecção de Unidades de Urgência – PBH

Quadro 1 - Manifestações clínicas e laboratoriais para classificação dos casos de dengue e condutas

Manifestações	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C	Grupo D
	LEVE		MODERADO		GRAVE
Prova do laço (+) ou petéquias	Negativa	Positiva	Positiva	Indiferente	Indiferente
Sinais de alarme	Ausentes	Ausentes	Ausentes	Presentes	Choque
Plaquetas	Não realizar	50.000-100.000	< 50.000	Indiferente	Indiferente
Hematócrito	Não realizar	Normal ou elevação < 10%	Elevação > 10%	Indiferente	Indiferente
Condutas	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C	Grupo D
	LEVE		MODERADO		GRAVE
Hidratação <sup>4</sup>	Oral	Oral ou venosa se necessário	Venosa	Expansão de volume	Expansão de volume
Nível de atenção	Ambulatorial	Unidade de urgência	Unidade de urgência	Unidade de Urgência ou internação	UTI
Hemograma	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Teste rápido	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Isolamento viral	Não	Não	Possível	Sim	Sim
Sorologia dengue	Não	Não	Sim	Protocolo febres hemorrágicas	Protocolo febres hemorrágicas
Acompanhamento	Ambulatorial com atenção à defervescência que pode ocorrer entre 3 <sup>o</sup> ao 7 <sup>o</sup> dia de doença <sup>7</sup>	Queda do Ht* após hidratação e ausência de sinais de alerta. Acompanhamento diário ambulatorial até 7 <sup>o</sup> dia de doença	Ausência de queda do Ht* e/ou presença de sinais de alerta e/ou gravidade conduzir como "C". Melhora conduzir como B1.	Internar por pelo menos 24h. Avaliar clinicamente de 2/2h, Ht* de 6/6h e leucograma com plaquetas de 12/12h. Outros exames**	Monitorizar em CTI. Exames semelhantes ao grupo "C"

\*Ht – Hematócrito.