

**casos clínicos**

**INTEGRANDO CONCEITOS À PRÁTICA DIÁRIA NA CONDUTA AO PACIENTE COM DENGUE**

Sônia Maris Oliveira Zagne\* / Maria das Graças Muniz\*\*

**RESUMO**

Este relato busca integrar conceitos fundamentais para a qualidade da assistência ao paciente com dengue, tais como, os sinais de alerta e o de estadiamento. Optou-se por trabalhá-los através de dois casos clínicos, em busca da aproximação da realidade dos médicos da prática clínica.

**CASO CLÍNICO Nº 1**

ALM, 43 anos, masculino, branco, natural e residente em Niterói, comerciário. Procurou o Centro de Saúde em 22/03/2001, no quarto dia de doença, com queixa de febre e dor no corpo. A febre teve início súbito, variando entre 38,5o e 40o C, apesar de utilizar paracetamol de 4/4 h. Apresentou também intensa cefaléia, dor retro-orbitária, artralguas, mialguas, muita dor nas costas, intensa prostração e anorexia. No terceiro dia, apresentou náuseas e dois episódios de diarreia. O paciente sente-se muito prostrado e, por não apresentar melhora, foi à unidade. Nega outros sintomas, doenças prévias ou viagem para outras áreas. Se refere a quadros semelhantes no bairro onde mora. Ao exame físico: Face abatida, febril, T.Ax 38,1°C, ausculta cardiopulmonar sem alterações, abdome flácido e indolor, fígado impalpável - PA 100 x 60 mmHg sentado e em pé. Pulso – 100 bpm. Prova do laço negativa. Feito o diagnóstico de DENGUE. Prescrição: hidratação oral, medicação sintomática e orientação de retorno em dois dias.

Retornou em 24/03. Informa intenso prurido, principalmente nas palmas das mãos e dos pés, iniciado na véspera. Passou a noite sem febre, sente-se melhor das dores no corpo, está mais ativo, sem sinais de alerta. Nega outras queixas. O exame físico mostrou, como única alteração, a presença de prova do laço positiva. Informa ter feito uso de dipirona e soro de hidratação oral, como prescrito. Solicitado hemograma e sorologia para DENGUE.

Em 25/03, regular estado geral, afebril, melhor do prurido. Sem alterações no exame físico. PA 110 x 60 mm Hg. Resultado dos exames: - hto - 48,5% plaqueta - 76.000/mm<sup>3</sup> leucócitos - 2.300 cels./mm<sup>3</sup>. Orientado: reidratação oral e retorno à unidade, no dia seguinte, para acompanhamento.

O paciente retornou em 26/3, sentindo-se melhor, sem novas queixas, nega sinais de alerta. Exame físico inexpressivo; prova do laço com +/- 10 petéquias. Exame de hoje: hto - 45%; plaqueta - 82.000/mm<sup>3</sup>; leucócitos - 4.200 cels./mm<sup>3</sup>. Mantida prescrição de hidratação oral, com dois litros de soro e três de outros líquidos. Solicitado exame em 28/03 e retorno.

Sentindo-se melhor, sem novas queixas, nega sinais de alerta. Exame físico inexpressivo; prova do laço negativa. Exame de hoje: hto - 38% plaqueta - 102.000/mm<sup>3</sup> leucócitos - 4.800 cels./mm<sup>3</sup>.

Paciente com quadro clínico sem evidência de gravidade, ou seja não é idoso, sem comorbidade, sem sinais de alerta com prova do laço positiva e plaquetopenia

Em qual das duas definições de caso suspeito ele melhor se encaixa?

▷ FEBRE DO DENGUE (FD);

Ø Doença febril aguda com duração máxima de sete dias

Ø Acompanhada de dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbital mialgias, artralgias, exantemas ou prostração,

Ø Além destes sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão do dengue.

Ø Desde que, não haja outra hipótese diagnosticada.

▷ FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE ( FHD)

Ø É todo o caso de febre do dengue que apresente também manifestações hemorrágicas e ou evidências de perda de plasma.

\*\*\* Relembrando que as hemorragias podem ser espontâneas ou provocadas e que o conceito não passa por intensidade. Então, na presença de uma prova do laço positiva, é obrigatório o acompanhamento do paciente e a procura dos outros parâmetro para definição de FHD.

Quais são os parâmetros para o diagnóstico de caso confirmado de FHD?

± Febre ou histórico recente de sete dias ou menos.

± Manifestações hemorrágicas. (podem ser provocadas ou espontâneas)

± Trombocitopenia. (Plaquetas < 100.000mm<sup>3</sup>.)

± Extravasamento de plasma manifestado por:

1) Variação do hematócrito

Ø Se houver um único exame: aumento do hematócrito em pelo menos 20% sobre a média para a idade, sexo e população. (criança 40%, mulher 44% e homem 48%)

Ø Se houver dois ou mais hematócritos, variação em 20% após o tratamento.

Ø Se houver dois ou mais hematócritos, onde o primeiro foi antes de hidratação venosa e o segundo após esta, sendo este último superior ao primeiro, indica uma resposta anti-fisiológica e deve ser interpretada como evidencia de extravasamento de líquidos para terceiro espaço.

2) Hipoproteinemia/hipoalbuminemia.

3) Derrames cavitários

Confirmação laboratorial por identificação viral/sorologia ou critério clínico-epidemiológica.

\*\*\* Vejamos: - paciente com DENGUE, com febre por seis dias, apresenta hemorragia representada por uma prova do laço positiva, plaquetometria de 76.000/mm<sup>3</sup> e variação entre o primeiro e terceiro hematócritos superior a 20%. O paciente tem sua confirmação no critério clínico epidemiológico e laboratorial, pois existem casos semelhantes no bairro e a sorologia para dengue foi positiva, ou seja, trata-se de um paciente com DH grau I.

CASO CLÍNICO Nº 2

BSV, masculino, branco, 23 anos, natural e residente no município de Niterói, estudante. Procurou o setor de emergência do hospital do convênio em 07/jan/2002, por apresentar, há três dias, febre elevada de início súbito, cefaléia, mialgia predominando nos membros inferiores, anorexia, episódio de vômito alimentar pós-prandial e diarreia. Foi diagnosticado DENGUE e solicitado hemograma que mostrou: hematócrito - de 38,1%; hemoglobina - 12,6 g; leucometria global - 2.400 cel/mm<sup>3</sup>, diferencial sem grandes anormalidades e plaquetas de 90 000 por mm<sup>3</sup>. Recebeu alta hospitalar com orientação de usar paracetamol de 750mg de 6/6h e retornar, no dia seguinte, à emergência para controle de novo exame.

Retornou ao hospital em 08/01. Queixava-se de tonteira, relatava que ainda teve febre, extremamente anorético. Somente há relato da PA de 90x 60 mmHg deitado, sem outros dados do exame físico na ficha de atendimento.

O exame laboratorial do dia mostrou: Hto - 47,2%, Hb - 14,8g. leuc - 2 100 cél/mm<sup>3</sup>, plaquetas de. 59.000 mm<sup>3</sup>.

O paciente foi internado e recebeu 3 000 ml de ringer lactato em 24h, omeprazol EV, paracetamol de 6/6h e bromoprida. Neste dia, notou-se a presença de exantema na face e tronco e, à tarde, apresentou relato no prontuário de PA- 100x70mmHg deitado e 90x 60 mmHg de pé, após a infusão de soro, Tax - 37,8o. C, eupneico, hipercorado, peso estimado de 80 quilos. Demais dados do exame físico normais.

Em 09/01, houve piora do exantema, que se tornou mais avermelhado e difuso. Queixava-se de forte anorexia e náuseas, porém, sem vômitos. Continuava tonto ao levantar-se. A PA descrita na visita é de 100x 60 mmHg deitado, sem outras alterações. Não há relato de PA ou pulso em outra posição. Mantida a mesma conduta, com infusão de 3.000 ml de solução salina com dieta livre. Apresentou variação da temperatura entre 36,5o. e 38o.C. Exames: Hto - 50,4%, Hb - 15,7 g. leuc - 1 160 cel/mm<sup>3</sup>, plaq.- 37 000 mm<sup>3</sup>, creatinina - 1,0 mg/dl, uréia - 15 mg/dl, glicose - 77 mg/dl, Na+ - 142 mEq/l, K+ - 4,2 mEq/l, At PT - 92%, INR - 1,04, PTT - 2,13.

Em 10/01, queixava-se de náuseas, prostração, prurido e do exantema. Negou a ocorrência de manifestações hemorrágicas e dor abdominal. Informou que tem dermatite seborreica e acne com tratamento tópico. Permaneceu apirético, PA - 100x60 mmHg e P - 72 bpm deitado e PA - 85x50 mmHg e P - 92 bpm de pé com sensação de mal estar. Prova do laço positiva. Outros dados do exame físico foram normais. Conduta: hidratação venosa com 4.500 ml de soro, suspenso o paracetamol; iniciado dipirona (se necessário) e Polaramine 2mg de 8/8h. Exames: Hto - 47,4%, Hb - 14,9 g. leuc - 2 000 cél/mm<sup>3</sup>; plaq. - 35.000 mm<sup>3</sup>.

Em 11/1, estava menos prostrado, sem febre, ainda com anorexia e náuseas. Exame físico: melhora do exantema sem outras anormalidades. Exames: Hto - 44,8%, Hb - 14,9 g. leuc - 4 000 cél/mm<sup>3</sup>, plaq. - 51 000 mm<sup>3</sup>, TGO - 822 UI; TGP - 373 UI, Bb- 0,3 mg%; proteínas totais - 5,2 mg%; albumina - 3,0mg%, fosfatase alcalina 58 UI; Conduta mantida.

Em 12/1, apresentou melhora da prostração e das náuseas, o Hto - 41,8%, Hb - 13,9 g. leuc - 4 800 mm<sup>3</sup>, plaq.- 81 000. Solicitado sorologia para hepatite e obteve alta hospitalar para controle ambulatorial.

Ø Outros conceitos importantes são os de sinal de alerta e de estadiamento, pois dão-nos uma visão do potencial de gravidade e orienta a conduta.

Ø Quanto ao estadiamento, utilizamos uma variação do existente nos manuais do MS.

## ESTADIAMENTO DOS CASOS

Com base na história e no exame físico realizados a cada consulta, deve-se procurar o estadiamento que melhor se adequou à situação apresentada pelo paciente no momento. Estágio A: Doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de, pelo menos, dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração e exantema, mais a história epidemiológica. Sem manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas ou sinais de alerta.

Estágio B: Manifestações de A acrescidas de manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas presentes sem sinais de alerta.

Estágio C: Dados de identificação do A ou B, acrescidos de, pelo menos, um dos Sinais de Alerta: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, hepatomegalia dolorosa, derrames cavitários (pulmão e pericárdio), sangramento importante, hipotensão arterial, hipotensão postural, pulso filiforme, agitação e/ou letargia, queda brusca da temperatura, taquicardia e lipotímia, aumento repentino do hematócrito.

Estágio D: Dados de identificação do A ou B, acrescidos de choque: PA sistólica em: Criança < 80 mmHg; Adulto < 90 mmHg e Hipertensos sem tratamento com PA  $\geq$  60 mmHg da média usual.

\*\*\* No momento da alta clínica, os pacientes que permanecerem no subgrupo A, serão classificados como DENGUE clássico, os que perpassarem o subgrupo B, poderão representar casos de febre do dengue com manifestação hemorrágica, dengue grave ou febre hemorrágica do dengue grau I ou II. Já os que auferirem os demais estágios, estarão classificados como febre hemorrágica do dengue ou dengue grave.

Retomando o caso clínico, temos a presença do sinal de alerta através da queixa do paciente de “estar com tonteira”, o que, provavelmente, reflete uma hipotensão postural, a qual não foi documentada por falha na rotina do exame físico.

O aumento brusco do hematócrito em 12h no dia de internação chama a atenção porque, apesar da hidratação venosa, houve aumento progressivo do hematócrito, evidenciando a perda de líquido para terceiro espaço, um dos pontos básicos da fisiopatologia do dengue hemorrágico. Deve também ser enfatizado que o agravamento do quadro clínico iniciou-se no último dia de febre e se caracteriza plenamente nas primeira 24h sem esta.

Outros pontos a serem revistos são o volume e a composição da hidratação, que deve ser de 80 ml/k dia, em condições normais no paciente com dengue, sendo 1/3 com solução salina e o restante com soro glicosado a 5%. No momento em que o paciente apresenta sinais de hipotensão postural, esta deve ser corrigida com 20ml/K/hora e depois, retomada a hidratação de rotina como já descrito. A presença de hepatite por DENGUE, a qual não é incomum com o vírus DEN-3, torna obrigatório repensar o uso do paracetamol nos pacientes com DENGUE, ainda mais agora que a OMS demitificou o risco da dipirona como indutora de agranulocitose e a Anvisa a considerou como droga segura para ser vendida sem receituário médico.

No atendimento de qualidade a um paciente com DENGUE, o conhecimento do profissional de saúde é fundamental. Mas isto não basta no enfrentamento às epidemias, onde o modelo assistencial é determinante na qualidade do atendimento integral ao paciente. Ele deve prever o fluxo de migração dos pacientes no sistema de saúde; a necessidade de exames com a devida urgência na coleta e na emissão de resultados e as reconsultas. É necessário enfatizar a importância de acompanhamento seriado desses pacientes, bem com a realização de histórico e exame físico acurado em todas as consultas.

Esperamos, com esta abordagem, contribuir para a melhor compreensão da dinâmica da doença e, assim, influir positivamente sobre a qualidade da assistência ao paciente com dengue.

#### BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

Manual de Dengue- Vigilância Epidemiológica e Atenção ao Doente. 2º ed,- Brasília DEOPE, 1996.

Dengue: diagnóstico e manejo clínico – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

Relação risco/benefício em drogas comercializadas: avaliando os sinais de segurança. Relatório do Grupo de Trabalho IV da CIOMS, 1998.

Painel Internacional de Avaliação de Segurança da Dipirona. Anvisa, 2001.

\*Mestre em Clínica Médica, Professora da Faculdade de Medicina da UFF, Chefe da Assessoria de Planejamento da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

\*\* Médica Pediatra, Assessora da Asplan da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.  
Correspondência: sonia\_maris@yahoo.com.br