



HCFAMEMA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília HCFAMEMA

PLANO DE CONTINGÊNCIA ATENDIMENTO ÀS ARBOVIROSES (DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA)

Núcleo de Vigilância Epidemiológica

SUMÁRIO

OBJETIVO / APLICABILIDADE.....	3
INTRODUÇÃO / DEFINIÇÃO	4
ROTINAS DE ATENDIMENTO	6
DENGUE NA GESTAÇÃO.....	9
CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO.....	10
SUSPENSÃO DE ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES.....	19
REFERÊNCIAS	20
CONTROLE DE QUALIDADE.....	21

CÓDIGO: HCF-NVE-PLC-1

REVISÃO: 1

1. OBJETIVOS

Definir de forma clara e precisa os critérios para identificação de casos suspeitos de dengue, Chikungunya e Zika, garantindo uma abordagem consistente e eficaz. Estabelecer Plano de Contingência para rotina e fluxo de atendimento inicial aos pacientes com suspeitas das Arboviroses visando uma resposta rápida e organizada. Aprimorar a capacidade de resposta e manejo de saúde diante de surtos ou epidemias, promovendo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento adequado dos casos.

2. APLICABILIDADE

Este protocolo aplica-se ao atendimento nas Unidades de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção à Saúde em Alta complexidade e Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil.

3. SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

DASAC - Departamento de Atenção à Saúde em Alta complexidade;
DASMI - Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil;
DC - Débito Cardíaco;
FC - Frequência Cardíaca;
GAL - Gerenciador de ambiente laboratorial;
HCFAMEMA - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília;
IGG - Imunoglobulinas G;
IGM - Imunoglobulinas M;
INR - International Normalized Ratio;
NVE - Núcleo de Vigilância Epidemiológica;
OMS - Organização Mundial da Saúde;
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde;
PAM - Pressão Arterial Média;
PCR - Proteína C-reativa;
PS - Pronto-Socorro;
SINAM - Sistema de Informação de Agravos de Notificação;
SVO - Serviço de verificação de óbito;
TAP - Tempo de Atividade Protrombina;
UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

4. INTRODUÇÃO

A dengue é endêmica no Brasil – com a ocorrência de casos durante o ano todo – e tem um padrão sazonal, coincidente com períodos quentes e chuvosos, quando são observados o aumento do número de casos e um risco maior para epidemias.

Com o objetivo de aprimorar a assistência ao paciente com dengue, o Brasil adotou em 2014 a atual classificação de casos, revisada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Além de ser mais simples de ser aplicada, auxilia nas decisões médicas acerca de onde tratar o paciente e de como dimensionar o tratamento.

A dengue é uma doença febril aguda, sistêmica e dinâmica, que pode apresentar amplo espectro clínico, podendo parte de os pacientes evoluir para formas graves, e inclusive levar a óbito.

Uma medida importante para evitar a ocorrência de óbitos por dengue é a organização dos serviços de saúde, especialmente em epidemias. Além do acolhimento, a triagem com classificação de risco é de suma importância, para que o correto estadiamento ofereça tratamento prioritário e oportuno para os casos com sinais de alarme e para os casos graves.

5. DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE DENGUE

Qualquer indivíduo residente em áreas onde há registros de dengue, ou que tenham viajado para essas regiões nos últimos 14 dias, e que apresente febre (com duração de 2 a 7 dias) acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas:

- Náusea e vômitos;
- Diarreia;
- Exantema maculopapular;
- Mialgias;
- Artralgia;
- Cefaleia, dor retro-orbital;
- Petéquias;
- Prova do laço positiva;
- Leucopenia.

Além disso, crianças com quadro febril aguda com duração de 2 a 7 dias, sem foco de infecção aparente, que residam em áreas com transmissão de dengue ou tenham viajado nos últimos 14 dias, ou onde o mosquito *Aedes aegypti* esteja presente, também são consideradas casos suspeitos.

6. CASO SUSPEITO DE DENGUE COM SINAIS DE ALARME

Pacientes que no período de defervescência da febre, apresentem um ou mais dos seguintes sinais de alarme:

- Dor abdominal intensa;
- Vômitos persistentes;
- Hipotensão postural e/ ou lipotimia;
- Hepatomegalia dolorosa;
- Hemorragias importantes;
- Sonolência ou irritabilidade;
- Oligúria;
- Queda abrupta da temperatura;
- Aumento do hematócrito;
- Queda abrupta das plaquetas;
- Desconforto respiratório.

6.1 CASO SUSPEITO DE DENGUE GRAVE

Todo paciente que apresente:

- Choque ou;
- Sangramento grave (hematêmese, melena, metrorragia volumosa etc.);
- Comprometimento grave de órgãos (insuficiência hepática, miocardite, alterações do nível de consciência).

6.2 SINAIS DE CHOQUE

- Pulso rápido e fraco;
- Estreitamento de pressão;
- Hipotensão arterial;
- Extremidade fria e/ ou cianose;
- Tempo de enchimento capilar prolongado;
- Taquicardia ou bradicardia;
- Taquipneia;
- Oligúria;
- Agitação ou torpor;
- Estreitamento da pressão arterial: diferença entre a pressão arterial sistólica e a diastólica ≤ 20 mmHg. Conforme tabela 1 a seguir:

Tabela 1 Avaliação hemodinâmica: sequência de alterações

Parâmetros	Choque ausente	Choque compensado (fase inicial)	Choque com hipotensão (fase tardia)
Grau de consciência	Claro e lúcido	Claro e lúcido (se o paciente não for tocado, o choque pode não ser detectado)	Alteração do estado mental (agitação/ agressividade)
Enchimento capilar	Normal (≤ 2 segundos)	Prolongado (3 a 5 segundos)	Muito prolongado (> 5 segundos, pele mosqueada)
Extremidades	Temperatura normal e rosadas	Frias	Muito frias e úmidas, pálidas ou cianóticas
Intensidade do pulso periférico	Normal	Fraco e filiforme	Tênue ou ausente
Ritmo cardíaco	Normal para a idade	Taquicardia	Taquicardia no início e bradicardia no choque tardio
Pressão arterial	Normal para a idade	Pressão arterial sistólica (PAS normal, mas pressão arterial diastólica (PAD) crescente)	Hipotensão (ver a seguir)
Pressão arterial média (PAM em adultos)	Normal para a idade	Redução da pressão (≤ 20 mmHg), hipotensão postural	Gradiente de pressão < 10 mmHg Pressão não detectável
Frequência respiratória	Normal para a idade	Taquipneia	Acidose metabólica, polipneia ou respiração de Kussmaul

Fonte: Pan American Health Organization (2016) com adaptações.

Observação: Considera-se **hipotensão** pressão arterial sistólica menor que 90 mmHg ou pressão arterial média < de 70 mmHg em adultos, ou uma diminuição da pressão arterial sistólica maior que 40 mmHg ou menor que 2 desvio-padrão abaixo do intervalo normal para idade. Pressão de pulso ≤ 20 mm Hg. Em adultos é muito significativa a diminuição da PAM associada à taquicardia.

7. ROTINAS DE ATENDIMENTO

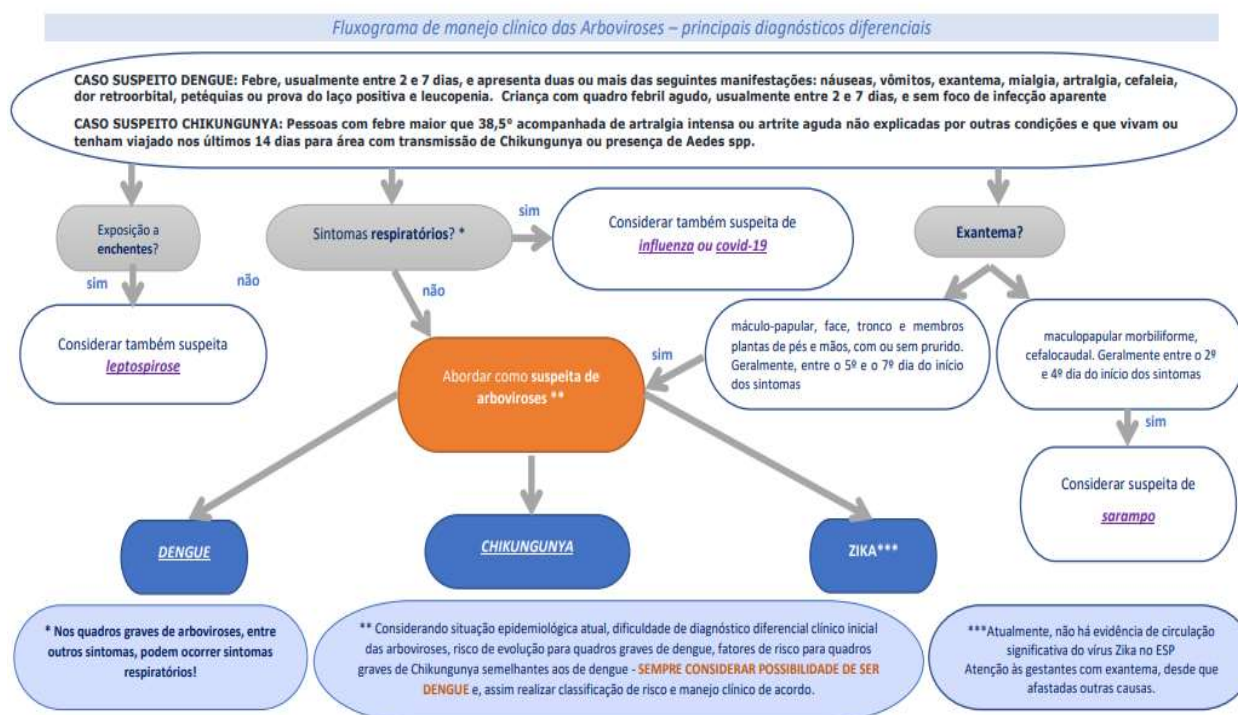
O mesmo realizará o atendimento de casos graves em adultos, gestantes e crianças pertencentes aos grupos C e D.

7.1 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE ACORDO COM OS SINAIS E SINTOMAS

AZUL	Grupo A	Atendimento conforme horário de chegada.
VERDE	Grupo B	Prioridade não urgente.
AMARELO	Grupo C	Urgência, atendimento o mais rápido possível.
VERMELHO	Grupo D	Emergência, paciente com necessidade de atendimento imediato.

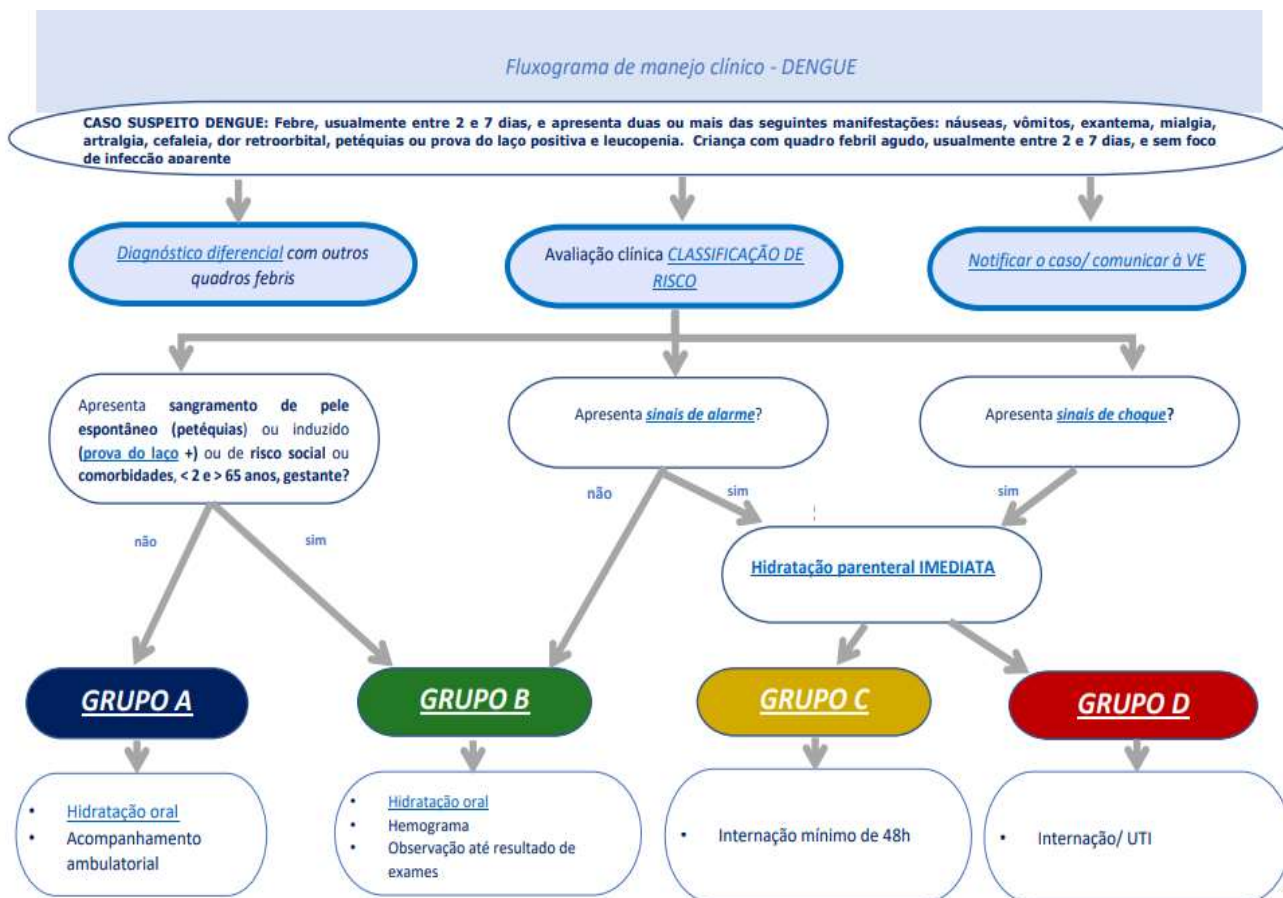
Fonte: Brasil (2009).

7.2 FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO DAS ARBOVIROSES – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS



Fonte: Governo do Estado de São Paulo (2023).

7.3 FLUXOGRAMA DE MANEJO CLÍNICO – DENGUE



Fonte: Governo do Estado de São Paulo (2023).

8. ANAMNESE

Investigar a presença de febre, tanto relatada pelo paciente, quanto aferida, incluindo o dia anterior à consulta. Importante obter informações sobre a data inicial da febre e outros sintomas;

Avaliar a presença de sinais de alarme;

Verificar se há alterações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gastrite, entre outras;

Investigar possíveis alterações do estado da consciência, como irritabilidade, sonolência, letargia, lipotimia, tontura, convulsão e vertigem;

Questionar sobre a diurese, incluindo a frequência nas últimas 24 horas, o volume e a hora da última micção;

Indagar se existem familiares com dengue ou casos na comunidade, assim como história de viagem recente para áreas endêmicas de dengue (14 dias antes do início dos sintomas);

Considerar condições preexistentes, tais como lactentes, idosos (65 anos ou mais), gestantes, obesidade, asma, diabetes mellitus, hipertensão, entre outras.

ATENÇÃO: Sempre que possível, realizar a prova do laço.

REALIZAÇÃO DA PROVA DO LAÇO

Verificar a pressão arterial e calcular o valor médio pela fórmula $(PAS+PAD) / 2$.

Exemplo: PA 100x 60 mmHg. É igual a $(100+60) / 2$, que resulta em $160/2 = 80$. Então a média da PA é 80 mmHg.

Insuflar o manguito até o valor médio e manter durante cinco minutos, em adultos, e três minutos em crianças.

Desenhar um quadrado com 2,5 cm de lado no antebraço e contar o número de petéquias formadas dentro dele.

PROVA POSITIVA:

- **Adultos:** se houver 20 ou mais petéquias.
- **Crianças:** se houver 10 ou mais petéquias.

Atentar para o surgimento de possíveis petéquias em todo o antebraço, dorso das mãos e nos dedos.

Fonte: Bethell *et al.* (2001)⁸.

8.1 GESTAÇÃO E DENGUE

O comportamento fisiopatológico da dengue na gravidez é semelhante ao observado em mulheres não gestantes. No entanto, há riscos específicos para o binômio materno-fetal, incluindo o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro se a infecção ocorrer no último trimestre. Além disso, bebês de mulheres que contraíram dengue durante a gravidez têm maior incidência de baixo peso ao nascer. Em relação à mãe, podem ocorrer hemorragias durante o abortamento, parto ou pós-parto.

Durante a gestação, o organismo materno passa por diversas modificações fisiológicas para se adaptar ao ciclo gestacional, como:

- Aumento do volume sanguíneo total em cerca de 40%, acompanhado de aumento da frequência cardíaca (FC) e do débito cardíaco (DC);
- Redução do hematócrito devido à hemodiluição, apesar do aumento do volume de glóbulos vermelhos;
- Diminuição da resistência vascular periférica e da pressão sanguínea;
- Hipoproteinemia devido à diminuição da albumina;
- Leucocitose, sem interferência na resposta às infecções;
- Aumento dos fatores de coagulação.

No caso de gestantes com sinais de alarme ou choque que necessitem de reposição volêmica, devem receber o mesmo volume indicado para os demais pacientes, conforme o estágio clínico. Durante a reposição volêmica, é importante evitar a hiper-hidratação.

O diagnóstico diferencial da dengue durante a gestação, especialmente nos casos graves, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP e sepse, que podem mimetizar o quadro clínico da dengue ou ocorrer concomitantemente.

9. OBSERVAÇÃO E INTERNAÇÃO

9.1 CRITÉRIOS DE INTERNAÇÃO

- Presença de sinais de alarme ou de choque, sangramento grave ou comprometimento grave de órgão (Grupos C e D);
- Recusa à ingestão de alimentos e líquidos;
- Comprometimento respiratório: dor torácica, dificuldade respiratória, diminuição do murmúrio vesicular ou outros sinais de gravidade;
- Incapacidade de comparecer ou retornar à unidade de saúde devido a condições clínicas ou sociais;
- Comorbidades descompensadas ou de difícil controle, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, uso de dicumarínicos, crise asmática e anemia falciforme;
- Outras situações a critério clínico.

10. ESTADIAMENTO CLÍNICO E CONDUTA

10.1 GRUPO C

Pacientes que apresentem algum sinal de alarme como:

- Dor abdominal intensa (referida ou a 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.

10.1.1 CONDUTA PARA OS PACIENTES DO GRUPO C

Para iniciar a reposição volêmica imediata, em qualquer ponto de atenção, independentemente do nível de complexidade, inclusive durante eventual transferência para uma unidade de referência (mesmo na ausência de exames complementares), siga as orientações abaixo:

Hidratação venosa imediata:

Iniciar a fase de expansão com SF 0,9% ou Ringer Lactato, administrando 20ml/kg em 2 horas (para crianças e adultos), conforme protocolo e prescrição médica.

Reavaliação laboratorial:

Realizar a dosagem do hematócrito em 2 horas, ao término da fase de expansão.

Além disso, é necessário realizar os seguintes exames complementares obrigatórios:

- Hemograma completo;
- Dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Os exames de imagem recomendados incluem radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Hjelm-Laurell) e ultrassonografia de abdômen. A ultrassonografia é especialmente sensível para diagnosticar derrames cavitários.

IMPORTANTE: Após a primeira hora, reavalie o paciente clinicamente, considerando os sinais vitais, a pressão arterial e avaliando a diurese (desejável 1 ml/kg/h).

Se não houver melhora do hematócrito ou dos sinais hemodinâmicos, repetir a fase de expansão até três vezes. Seguir as orientações de reavaliação clínica (sinais vitais, PA e avaliação da diurese) após uma hora, e do hematócrito a cada duas horas, após a conclusão de cada etapa.

Se houver melhora clínica e laboratorial após a(s) fase(s) de expansão, iniciar a fase de manutenção:

- Primeira fase: administre 25 mL/kg em 6 horas. Se houver melhora, inicie a segunda fase;
- Segunda fase: administre 25 mL/kg em 8 horas com soro fisiológico.

Os pacientes do Grupo C devem permanecer em leito de internação até estabilização e atender os critérios de alta, por um período mínimo de 48 horas.

ATENÇÃO

Se não houver melhora clínica e laboratorial, conduzir como Grupo D.

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

10.2 GRUPO D

Presença de sinais de choque, sangramento grave ou disfunção grave de órgãos.

SINAIS DE CHOQUE

- Taquicardia.
- Extremidades distais frias.
- Pulso fraco 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).

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

10.2.1 CONDUTA PARA OS PACIENTES DO GRUPO D

10.2.2 REPOSIÇÃO VOLÊMICA (ADULTOS E CRIANÇAS)

Iniciar imediatamente a 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. Caso necessário, repetir a reposição por até três vezes, conforme avaliação clínica.

Reavaliação clínica a cada 15 a 30 minutos e de hematócrito a cada 2 horas. Esses pacientes necessitam de monitoramento contínuo.

Repetir fase de expansão até três vezes. Se houver melhora clínica e laboratorial após a fase de expansão, retornar para a fase de expansão do Grupo C e seguir a conduta recomendada.

ATENÇÃO: Esses pacientes devem permanecer em acompanhamento em leito de UTI até estabilização (mínimo de 48 horas) e, após estabilização, devem permanecer em leito de Internação.

10.2.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA OS PACIENTES DO GRUPO D

Realizar exames complementares obrigatórios:

- Hemograma completo;
- Dosagem de albumina sérica e transaminases;
- Os exames de imagem recomendados são radiografia de tórax (PA, perfil e incidência de Hjelm-Laurell) e ultrassonografia de abdômen. O exame ultrassonográfico é mais sensível para diagnosticar derrames cavitários.
- Outros exames poderão ser realizados conforme necessidade: glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina e atividade enzimática (T_{pa}) e ecocardiograma.
- Acompanhamento preferencial em leito de terapia intensiva. Caso este não esteja acessível, instituir imediatamente as medidas de manejo e monitoramento;

10.3 CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES AOS GRUPOS C E D

Pacientes dos grupos C e D podem apresentar choque com disfunção miocárdica, que podem requerer a administração de medicamentos inotrópicos. Tanto na fase de extravasamento como na fase de reabsorção plasmática, é importante lembrar que na primeira fase há necessidade de reposição hídrica, enquanto na segunda fase há restrição hídrica. As seguintes drogas inotrópicas podem ser administradas:

- Dopamina (5 a 10 microgramas/kg/min);
- Dobutamina (5 a 20 microgramas/kg/min);
- Milrinona (0,5 a 0,8 microgramas/kg/min).

ALERTA SOBRE HIDRATAÇÃO EM IDOSOS

Apesar do risco maior de complicações e choque, pacientes desse grupo correm maior risco de sobrecarga de fluidos, em parte pela presença de comorbidades, pelo maior risco de lesão renal e redução da função miocárdica. A hidratação deve ser minuciosamente acompanhada, na busca de sinais de edema pulmonar (crepitação à ausculta).

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

11. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

Todos os casos suspeitos deverão ser comunicados ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica DASAC (Ramal 1713) e Núcleo de Vigilância Epidemiológica DASMI (Ramal 1874) para a

realização da Notificação Compulsória.

12. EXAMES LABORATORIAIS

Até o 5º dia de início dos sintomas deverá realizar a coleta de PCR para Dengue (discutir com NVE);

A partir do 6º dia deverá realizar a coleta de sorologia IgM para dengue e/ou Chikungunya; A Equipe de Enfermagem da Unidade de Urgência e Emergência deverá realizar a coleta de 3 a 5 ml de sangue em tubo seco vermelho quando o paciente estiver sob os cuidados da Unidade de Urgência e Emergência; nos demais casos a coleta deverá ser realizada pelo laboratório (com frasco devidamente identificado com nome completo, data de nascimento e data da coleta);

Encaminhar o exame para o laboratório de urgência, o NVE (Núcleo de vigilância epidemiológica) HCI e HCII realizará o cadastro do exame no GAL-IAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial-Instituto Adolfo Lutz) e o preenchimento do SINAN, mediante notificação devidamente preenchida. O exame junto com a requisição do GAL e o SINAN, será encaminhado ao Hemocentro e posteriormente ao Laboratório Instituto Adolfo Lutz localizado em Marília;

ATENÇÃO: Se o paciente receber alta hospitalar (antes do período adequado para a coleta), deverá ser informado e contrarreferenciado ao município de origem para realizar a coleta de sorologia a partir do 6º dia de início dos sintomas.

COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS	
Coleta do 1º ao 5º dia do início dos sintomas	Sorologia para a Dengue - Coleta a partir do 6º do início dos sintomas.
PCR para Dengue Vírus	
Isolamento Viral	Se positivo confirma o caso; Se negativo encerra o caso como descartado.

13. CRITÉRIOS DE ALTA HOSPITALAR

Para receber alta hospitalar, os pacientes precisam atender **todos** os 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.

13.1 ÓBITOS POR DENGUE

É considerado óbito por dengue todo paciente que atenda aos critérios da definição de caso suspeito ou confirmado e que o paciente evolua a óbito em decorrência desse diagnóstico. No caso de suspeita, deve-se considerar a possibilidade de encaminhamento para o Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) e, se possível, discutir com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE).

14. TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A INFECÇÃO POR DENGUE

A medicação deve ser adequada nos casos de pacientes com dengue sem sinais de choque, especialmente durante o período crítico de hemoconcentração e extravasamento vascular.

As principais classes de drogas empregadas nos pacientes hipertensos estão descritas na Tabela abaixo:

Principais drogas empregadas para hipertensão

Classe de drogas	Exemplos
Betabloqueadores	Propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol
Ação central	Clonidina, alfametildopa
Vasodilatadores	Hidralazina
Diuréticas	Hidroclorotiazina, furosemida, espironolactona
Inibidoras de enzima conversora de angiotensina	Captopril, lisinopril, fasinopril

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

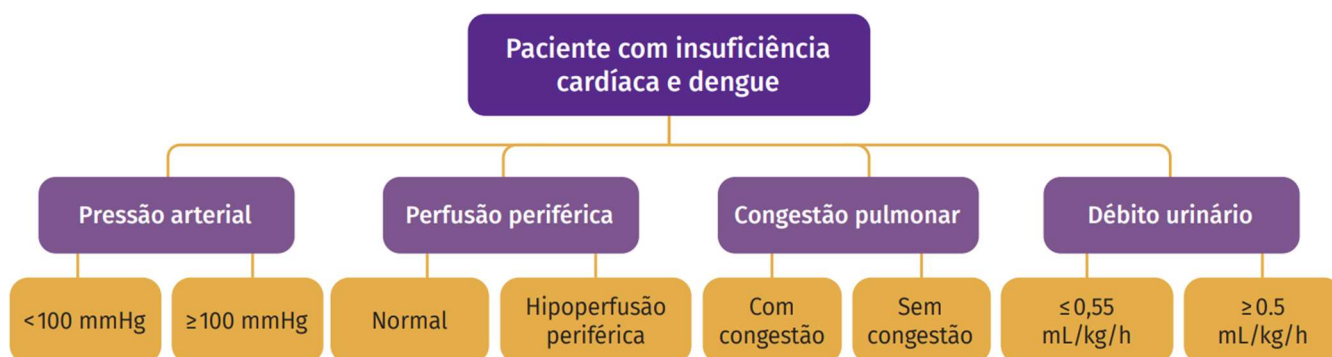
Pacientes hipertensos podem apresentar sinais de choque, com níveis pressóricos elevados. Nestes casos, é importante observar outros indicadores de gravidade, como a redução da perfusão periférica e a oligúria. Pacientes com dengue, sem sinais de alarme e pressão arterial dentro da normalidade, devem continuar com suas medicações habituais, porém é necessário prestar atenção especial aos betabloqueadores e à clonidina, cuja suspensão deve ser considerada com cautela devido ao risco de hipertensão rebote.

Em situações de desidratação e hipovolemia, quando a ressuscitação venosa é necessária, especialmente em pacientes com sinais de alarme, é recomendado suspender inicialmente os diuréticos e vasodilatadores durante a internação para observação. A suspensão de betabloqueadores e clonidina deve ser ponderada devido ao risco de hipertensão rebote.

15. HIDRATAÇÃO VENOSA EM PACIENTES ADULTOS CARDIOPATAS COM DENGUE

No caso específico de pacientes adultos com cardiopatias e dengue, particularmente aqueles com insuficiência cardíaca congestiva, durante o processo de hidratação é fundamental monitorar os seguintes parâmetros fisiológicos: pressão arterial, débito urinário, perfusão periférica e presença de congestão pulmonar. Esses parâmetros estão resumidos na figura abaixo.

Pacientes com dengue e insuficiência cardíaca



Fonte: Ministério da Saúde (2024).

Resumo do protocolo de hidratação e ressuscitação volêmica

	Hipotenso	normotenso
Oligúria	Amina vasoativa / volume*	Ressuscitação volêmica
Débito urinário normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Hipoperfusão periférica	Amina vasoativa / volume	Ressuscitação volêmica
Perfusão periférica normal	Ressuscitação volêmica	Manutenção
Congestão pulmonar	Amina vasoativa	Diurético

*Na dependência da presença ou não de congestão pulmonar"

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

A hidratação consiste na administração rápida de volume, seja cristalóide ou colóide, em um período que varia de 30 a 60 minutos. Por outro lado, a ressuscitação volêmica é a administração de volume predeterminado ao longo de um período de 12 a 24 horas, com o objetivo de manutenção.

As ressuscitações volêmicas em pacientes cardiopatas devem ser individualizadas, conforme a classe funcional do quadro a seguir:

Estágios da insuficiência cardíaca

ESTÁGIOS DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)
1. CLASSE I – assintomático: sem limitações para atividade física. Atividades usuais não causam fadiga inapropriada, palpitação ou dispneia.
2. CLASSE II – leve: limitação discreta das atividades. Confortável em repouso, mas atividades físicas usuais resultam em fadiga, palpitações ou dispneia.
3. CLASSE III – moderada: limitação marcante da atividade física. Confortável em repouso, mas atividades mais leves que as usuais geram fadiga, palpitações e dispneia.
4. CLASSE IV – grave: incapaz de fazer quaisquer atividades físicas sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca no repouso. Quando é iniciada qualquer atividade física, agrava o desconforto.

Fonte: NYHA, 2018.

Os pacientes em classe funcional I devem receber hidratação, conforme descrito neste manual. Aqueles em classe funcional IV serão admitidos em UTIs e tratados como pacientes críticos.

Para pacientes em classe funcional II, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 15 mL/kg de peso, preferencialmente em 30 minutos, com repetição dessa etapa até três vezes, sob estrita observação clínica.

Para pacientes em classe funcional III, será administrado soro fisiológico a 0,9% ou Ringer simples, na dose de 10 mL/kg de peso, preferencialmente em 30 minutos, com repetição dessa etapa até três vezes, sob estrita observação clínica. Pacientes oligúricos sem congestão pulmonar e pacientes com hipoperfusão periférica representam a principal indicação para expansão volêmica.

Na presença de hipotensão, congestão pulmonar e hipoperfusão periférica, especialmente com pressão sistólica abaixo de 100 mmHg, assim como em pacientes oligúricos, hipotensos e congestionados, aminas vasoativas são utilizadas conforme o quadro a seguir:

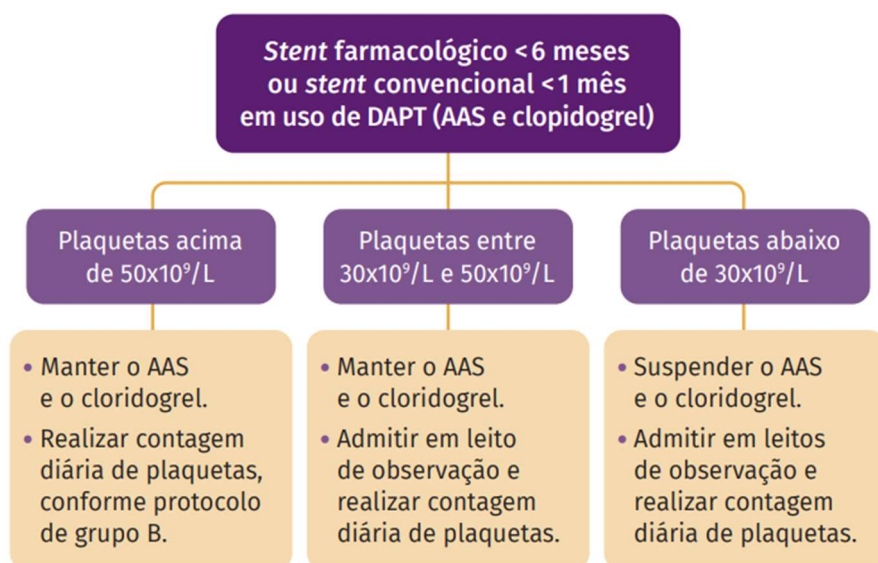
Aminas vasoativas segundo dose e efeito

Amina	Dose	Efeito
Dopamina	10 a 20 mcg/kg/min	Vasoconstrição generalizada
Dobutamina	2,5 a 20 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo e vasodilatador
Adrenalina	0,01 a 0,3 mcg/kg/min	Inotrópico e cronotrópico positivo
Noradrenalina	0,01 a 0,5 mcg/kg/min	Potente vasoconstritor e leve inotrópico positivo

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

16. USO DE ANTIAGREGANTES PLAQUETÁRIOS E ANTITROMBÓTICOS EM PACIENTES ADULTOS COM DENGUE

Pacientes tratados com dupla antiagregação



Fonte: Ministério da Saúde (2024).

17. ANTICOAGULANTES

17.1 USO DE VARFARINA SÓDICA

A principal complicação no uso de anticoagulantes orais, especialmente varfarina sódica, é o sangramento em diferentes graus. Os principais determinantes para complicações hemorrágicas incluem a intensidade do efeito anticoagulante, avaliado por meio de aferições intermitentes do tempo de atividade de protrombina (TAP), características individuais do paciente e o uso concomitante de medicamentos ou condições que possam interferir na coagulação.

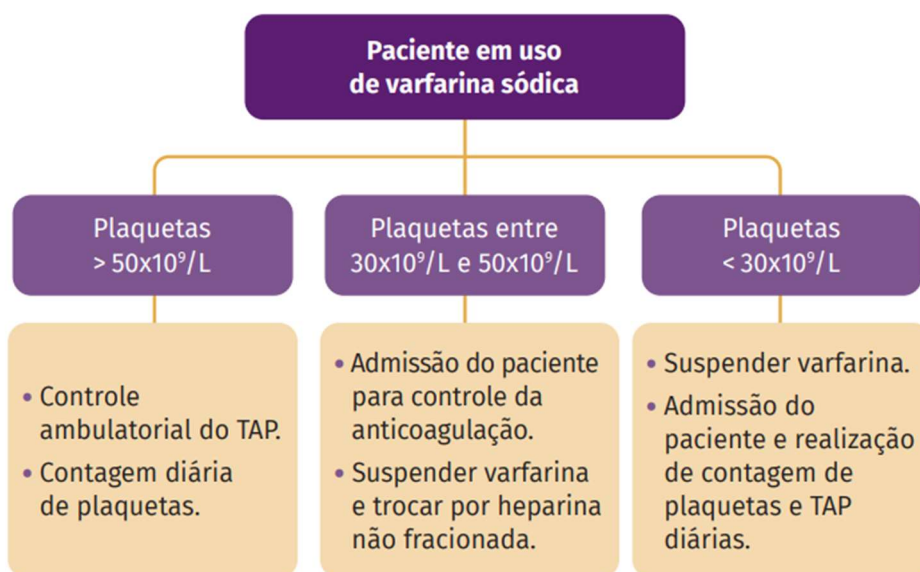
Entretanto, em situações onde o risco de trombose é elevado, o uso de varfarina sódica é essencial, como em pacientes com próteses cardíacas metálicas, fibrilação atrial com alto risco de eventos tromboembólicos, embolia pulmonar e síndromes trombofílicas.

No caso de uma contagem de plaquetas entre $30 \times 10^9 / L$ e $50 \times 10^9 / L$, recomenda-se a internação para substituição do anticoagulante oral por heparina venosa não fracionada assim que o TAP atingir níveis subterapêuticos. Geralmente, a heparina pode ser iniciada quando o TAP está abaixo de 2,0 de INR.

Se a contagem de plaquetas for inferior a $30 \times 10^9 / L$, há necessidade de suspensão da varfarina e admissão para acompanhamento da coagulação, com medidas diárias de TAP e contagem de plaquetas.

Não se deve reverter a anticoagulação, exceto quando há sangramento.

Paciente em uso de varfarina sódica



Fonte: Ministério da Saúde (2024).

18. USO DE INIBIDORES DE TROMBINA OU DE ANTIFATOR XA

Essas duas classes de medicamentos, ao contrário da varfarina, não permitem uma avaliação direta da eficácia da anticoagulação por meio de um teste, o que pode influenciar na abordagem de pacientes com dengue. Portanto, a possibilidade de suspensão desses medicamentos por alguns dias em pacientes com dengue deve ser considerada com cautela.

Pacientes com alto risco de eventos tromboembólicos, como aqueles com próteses valvulares metálicas e síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), não devem receber esses medicamentos.

Quando a contagem de plaquetas for inferior a 50.000, a internação é recomendada para substituição do anticoagulante por heparina não fracionada venosa após 24 horas da última

dose, ou quando decorrido o período correspondente a duas vezes a meia-vida dos medicamentos, conforme descrito a seguir:

Anticoagulantes

Medicamento	Meia-vida (horas)	Intervalo proposto (horas)
Dabigatrana	12 a 17	24
Rivaroxabana	5 a 9	24
Apixabana	8 a 15	24
Edoxabano	10 a 14	24

Fonte: Ministério da Saúde (2024).

19. SUSPENSÃO DOS ANTIAGREGANTES E ANTICOAGULANTES

Em casos de sangramento moderado ou grave, as medicações antiagregantes e anticoagulantes devem ser suspensas como parte da abordagem terapêutica.

No caso da dupla antiagregação plaquetária, é recomendada a transfusão de plaquetas na dose de uma unidade para cada 10 kg de peso do paciente.

Para pacientes em uso de varfarina e com sangramento grave, a recomendação é administrar plasma fresco congelado na dose de 15 mL/kg (até que o INR esteja abaixo de 1,5) e vitamina K na dose de 10 mg via oral ou endovenosa.

20. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Boletim Epidemiológico. Ministério da Saúde. Volume 50, Fevereiro de 2019. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/26/2019-004-Dengue-SE-5-publica----o-18-02-2019.pdf>

Governo do estado de São Paulo. Manejo Clínico das Arboviroses 2023. São Paulo: Secretária da Saúde do Estado São Paulo, 2023.

21. CONTROLE DE QUALIDADE

21.1 HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº DA REVISÃO	DATA	ITEM	ALTERAÇÃO
1	21/02/24	3	Exclusão de informações (abreviaturas)
1	21/02/24	8/10.1.1/10.2.2/11/12 e 13.1	Inclusão de Informações

22. ELABORAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Amanda Milena de Carvalho Santos
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Andréia Gomes de Oliveira
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Juliana Castro dos Santos
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Lucinéia Sotana da Silva
Núcleo de Vigilância Epidemiológica	Rafaella Meza Bonfietti Cândido Dias

23. CONFERÊNCIA

DEPARTAMENTO	NOME
Núcleo de Gestão de Processos e Qualidade	Amanda Sabatine dos Santos
Departamento de Atenção à Saúde de Alta Complexidade	Tereza Raquel Schorr Calixto

24. APROVAÇÃO

DEPARTAMENTO	NOME
Departamento de Atenção à Saúde de Apoio, Diagnóstico e Terapêutica	Eduardo Akuri
Departamento de Atenção à Saúde de Alta Complexidade	Luciano Roberto de Freitas Visentin
Departamento de Atenção à Saúde Materno Infantil	Zildomar Deucher Junior



Rua Doutor Reinaldo Machado, 255
Fragata – Marília-SP – CEP: 17519-080



WhatsApp: 14 99649 5783
Telefone: 14 3434 2500



www.hc.famema.br
superintendencia@hcfamema.sp.gov.br



hcfamema