

Caso suspeito

Paciente com febre de início súbito maior que 38,5°C e artralgia ou com artrite intensa de início agudo, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas endêmicas ou epidêmicas até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

Caso confirmado

É todo caso suspeito com positividade para qualquer um dos seguintes exames laboratoriais: isolamento viral, PCR, presença de IgM (coletado durante a fase aguda ou de convalescença); ou aumento de quatro vezes o título de anticorpos demonstrando a soroconversão entre amostras nas fases aguda e convalescente, preferencialmente de 15 a 45 dias após o início dos sintomas, ou 10 a 14 dias após a coleta da amostra na fase aguda. Outra possibilidade para confirmação é a detecção de anticorpos neutralizantes por meio do teste de neutralização por redução de placas (PRNT) em única amostra de soro.

Durante o surgimento dos primeiros casos, todos os esforços devem ser realizados com o intuito de alcançar o diagnóstico laboratorial. No entanto, uma vez estabelecida a transmissão sustentada, nem todos os pacientes necessitarão de confirmação laboratorial. Reservar a investigação laboratorial, neste contexto, para os casos graves ou com as manifestações atípicas. É importante seguir as recomendações do serviço de vigilância epidemiológica e considerar a confirmação clínico-epidemiológica nas áreas com transmissão.

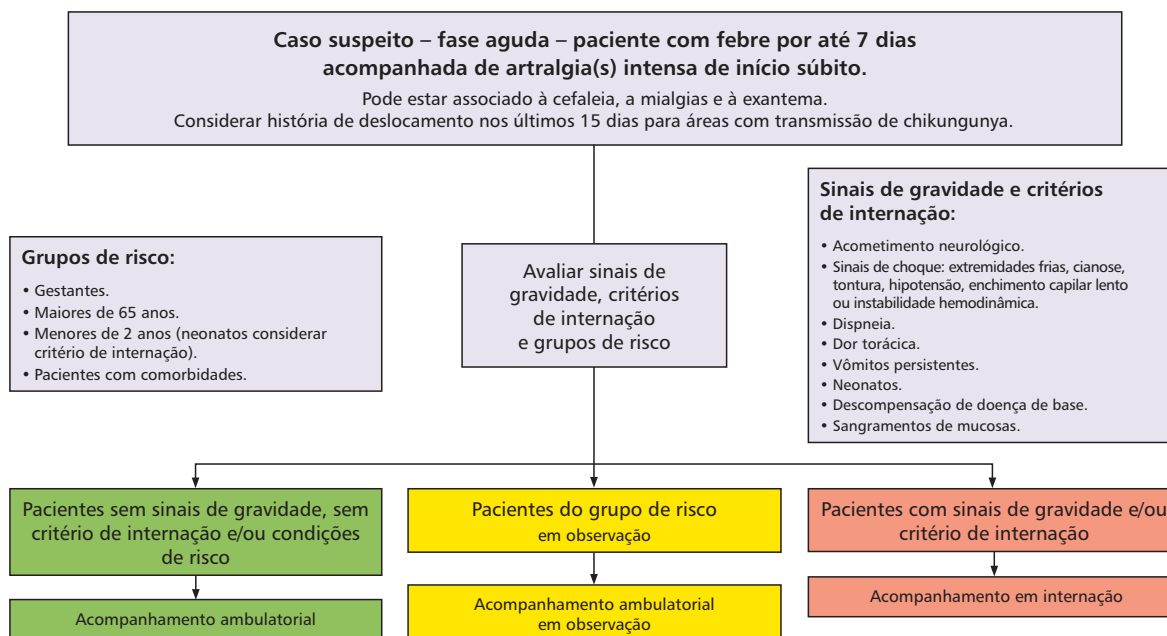
Manejo clínico

O manejo do paciente com suspeita de chikungunya é diferenciado de acordo com a fase da doença: aguda, subaguda ou crônica.

Sistemas de acolhimento com classificação de risco devem ser implantados nos diferentes níveis de atenção para facilitar o fluxo adequado dos pacientes durante um surto. A triagem deve estar atenta para a identificação da presença dos sinais de gravidade, dos critérios de internação e grupos de risco. Também deve estar atento ao diagnóstico diferencial de dengue e de malária e na presença de sinais de gravidade dessas doenças. Se presentes, seguir os protocolos específicos para dengue e malária, e se necessário encaminhar às unidades de referência.

Diante de um caso suspeito, é importante utilizar a proposta de estadiamento clínico do fluxograma do paciente com suspeita de chikungunya, conforme Figura 6.

Figura 6 – Classificação de risco do paciente com suspeita de chikungunya



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Avaliação e tratamento do paciente na fase aguda

ANAMNESE

A anamnese deve ser a mais detalhada possível, conforme orientações a seguir:

- Ficar atento para tempo de doença com data do início dos sintomas.
- Estabelecer uma relação entre o início da febre e as manifestações articulares.
- Caracterizar a febre.
- Avaliar manifestações associadas à febre.
- Pesquisar fatores de risco para doença grave (comorbidades): história de convulsão febril, diabetes, asma, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, consumo abusivo de álcool, anemia falciforme, talassemia e hipertensão arterial sistêmica.
- Questionar uso de medicamentos: aspirina e anti-inflamatórios.
- Pesquisar alterações na pele: exantema (localização e relação temporal com a febre), prurido, dermatite esfoliativa, hiperpigmentação, lesões por fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso, úlceras orais, bolhas e vesículas.
- Pesquisar queixas articulares: caracterizar o envolvimento articular determinando a duração, intensidade, localização das articulações primariamente envolvidas, progressão para outras articulações, natureza aguda ou insidiosa, assim como a periodicidade das dores.

- Investigar dor lombar: procurar indícios para diferenciá-la de outras causas (por exemplo, comprometimento discal ou lombalgia mecânica comum).
- Investigar queixas do sistema nervoso central/periférico: convulsões, paresia, parestesia, tontura, rebaixamento do nível de consciência e cefaleia.
- Investigar queixas oculares: dor ocular, diminuição da acuidade visual, turvação visual, moscas volantes e olho vermelho.
- Investigar queixas digestivas: dor abdominal, diarreia e vômitos.
- Investigar casos semelhantes no domicílio, peridomicílio e local de trabalho.
- Pesquisar procedência e história de viagens para área endêmica/epidêmica para chikungunya.

EXAME FÍSICO

No exame físico deve-se atentar para coleta de dados que possam apoiar no diagnóstico diferencial de dengue. Dessa forma, é importante avaliar a ocorrência de sinais de alarme e sinais de choque referenciados no manual *Dengue: manejo clínico – adulto e criança*. O exame físico do paciente com chikungunya deve conter, no mínimo:

- Sinais vitais: pressão arterial em duas posições, frequência cardíaca e respiratória e temperatura axilar.
- Examinar a pele em busca de lesões maculares, papulares, vesiculares ou bolhosas.
- Exame neurológico e oftalmológico, quando queixas na anamnese estiverem presentes.
- Exame articular: levando em consideração que frequentemente não se percebem sinais de calor e rubor nas articulações afetadas, devem-se examinar, criteriosamente, as articulações, em busca de sinais de comprometimento articular:
 - » Alteração da pele.
 - » Aumento do volume.
 - » Crepitação ou estalido.
 - » Deformidade.
 - » Limitação da mobilidade.
 - » Dor ou atrofia muscular.
 - » Nodulação.
- Exame físico dos membros superiores e inferiores: deve-se iniciar com a inspeção e palpação das mãos, observando formas e dimensões, edema, paralisia, atrofia e contraturas musculares. As outras articulações devem ser examinadas quanto ao aspecto da pele, à mobilidade ativa e passiva (abdução, adução, flexão, extensão, rotação, movimentos do ombro em suas três articulações), ao aumento do volume, à crepitação, à limitação dos movimentos, às atrofia musculares e aos nódulos.

EXAMES LABORATORIAIS

Conforme a classificação de risco, diante de um caso suspeito de chikungunya, o hemograma deve ser solicitado obrigatoriamente para os pacientes do grupo de risco, e com bioquímica como transaminases, creatinina e eletrólitos para os pacientes com sinais de gravidade e pacientes com critérios de internação. Na ausência dessas condições, a solicitação fica a critério médico.

CONDUTA

Até o momento, não há tratamento antiviral específico para chikungunya. A terapia utilizada é de suporte sintomático, hidratação e repouso.

A droga de escolha é o paracetamol, podendo ser utilizada a dipirona para alívio da dor e febre. O paracetamol deve ser usado com cautela em pessoas com doenças hepáticas.

Nos casos da dor refratária à dipirona e ao paracetamol, podem ser utilizados os analgésicos opióides como cloridrato de tramadol e codeína. A codeína pode ser associada à dipirona e ao paracetamol nos casos de dor não responsiva à monoterapia. As doses de dipirona e paracetamol são as doses padrões recomendadas, estando atento às doses máximas.

O tramadol está indicado para as dores moderadas a intensa que não tenham respondido ao uso da dipirona, paracetamol ou associação com codeína. Deve ser usado com cautela em idosos, pacientes com história prévia de convulsões, doença hepática e renal. Para se obter melhor efeito, a posologia deve ser individualizada, ajustando-a à intensidade da dor e à sensibilidade individual do paciente. A princípio deve ser selecionado a menor dose analgésica eficaz. Entre os efeitos adversos estão as náuseas, vômitos, secura da boca, dor de cabeça, tontura e sonolência.

Tabela 2 – Orientações para o tratamento de pacientes na fase aguda de chikungunya

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Paracetamol comprimidos	Comp. de 500 e 750 mg	500 mg a intervalos de 4 a 6 horas (não exceder 8 comprimidos/dia) ou 750 mg a intervalos de 6 a 8 horas (não exceder 5 comprimidos/dia)	Não se utiliza comprimido em menores de 12 anos Dose máxima de paracetamol: 4 gramas/dia
Paracetamol gotas	200 mg/ml (1 ml=15 gotas=200 mg; 1 gota=13 mg)	Menores de 12 anos: 1gt/kg de peso a intervalo de 4 a 6 horas (não exceder 35 gotas, nem exceder 5 administração/24h) Maiores de 12 anos: 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia (não exceder 4 gramas/dia que corresponde a 275 gotas/dia. Dose máxima 55 gotas até o máximo de 5 tomadas/dia)	< 12 anos: não exceder 35 gotas, nem exceder 5 administração/24h > 12 anos: não exceder 4 gramas/dia que corresponde a 275 gotas/dia Dose máxima 55 gotas até o máximo de 5 tomadas/dia)
Dipirona comprimidos	Comp. 500 mg ou 1g	Adultos e > 15 anos: 1 a 2 comp. de 500 mg até 4 x/dia ou 1/2 a 1 comp de 1 g até 4x/dia	
Dipirona gotas	500 mg/ml (1 ml=20 gotas=500 mg; 1gota=25 mg)	Adultos e >15 anos: 20 a 40 gotas 4 vezes ao dia <15 anos: As crianças devem receber dipirona monitorada conforme seu peso e recomendações do fabricante	Crianças menores de 3 meses de idade ou pesando menos de 5 kg não devem ser tratadas com dipirona

continua

conclusão

Droga	Apresentação	Posologia	Observações
Codeína	Comp. 30 mg	Adulto: 30 mg (de 15 a 60 mg), a cada 4 ou 6 horas (dose máxima 360 mg)	Indicado para casos de dor refratária a paracetamol e dipirona
	Solução oral 3 mg/ml	Criança > 1 ano: 0,5 mg/kg/peso corporal ou 15 mg/m ² de superfície corporal a cada 4 a 6 horas. (dose máxima 60mg/dia)	Não recomendado para criança prematura ou recém-nascido
Tramadol	Comp. 50 mg	Adultos e > 14 anos: 01 comp. de 50mg ou 20 gotas que pode ser repetidas, a cada 4-6 horas. Não se devem exceder doses de 400 mg/dia (correspondente a 8 cápsulas de 50 mg ou 160 gotas)	Contraindicado até os 14 anos de idade
	Solução oral: 1 ml= 40 gotas=100 mg		

Fonte: SVS/MS

Os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, nimesulida, ácido acetilsalicílico, associações, entre outros) não devem ser utilizados na fase aguda da doença, devido à possibilidade de dengue. A aspirina também é contraindicada na fase aguda pelo risco de síndrome de Reye e de sangramentos. Os corticosteroides são contraindicados na fase aguda.

Recomenda-se a utilização de compressas frias como medida analgésica nas articulações acometidas de 4 em 4 horas por 20 minutos.

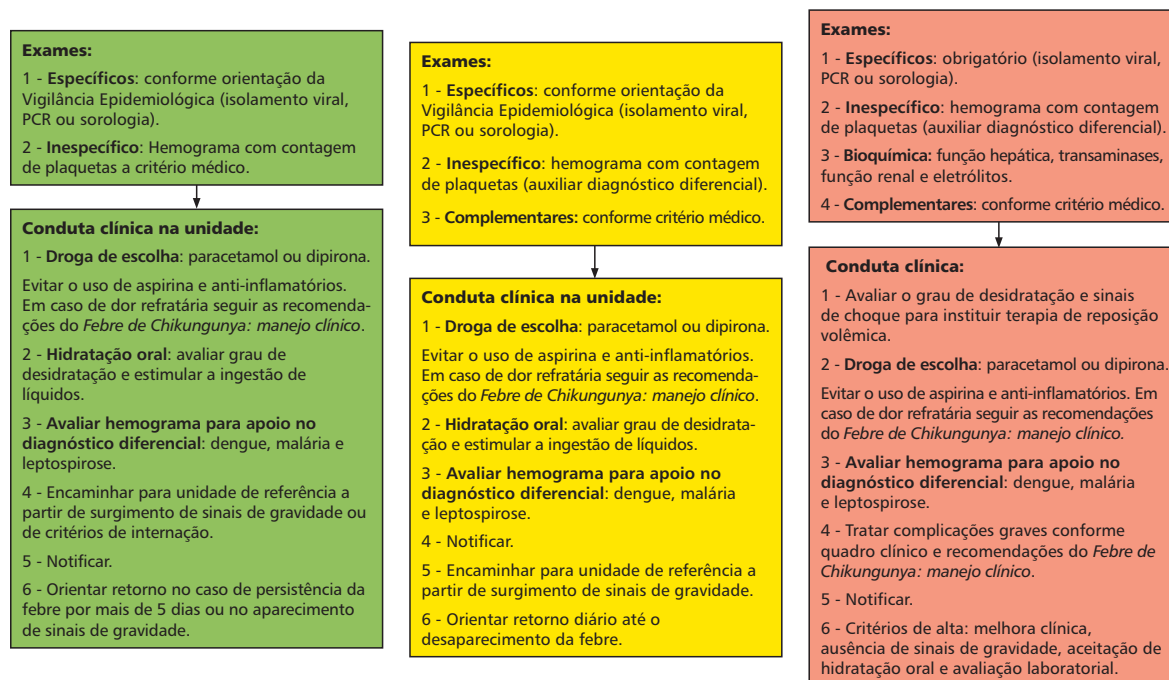
É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes (2 litros no período de 24 horas). A hidratação oral inicia-se na unidade de saúde.

Existem evidências que o repouso é fator protetor para evitar evolução para fase subaguda, sendo de extrema importância. Deve-se evitar atividades que sobrecarreguem as articulações e orientar sobre o posicionamento adequado dos membros favorecendo a proteção articular e o retorno venoso.

Observação: Além das intervenções anteriores é importante orientar o paciente sobre a doença, suas fases, da possibilidade da persistência dos danos articulares, dos riscos da automedicação, dos sinais associados à gravidade e dos cuidados no domicílio.

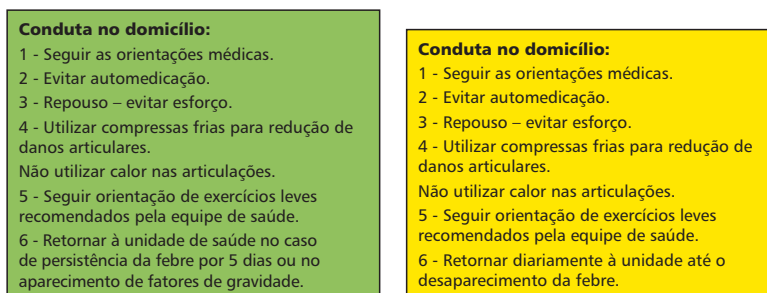
A Figura 7 ilustra as principais recomendações na conduta dos pacientes com suspeita de chikungunya, conforme estadiamento clínico. A Figura 8 resume as principais recomendações aos pacientes em acompanhamento ambulatorial para continuidade do tratamento no domicílio.

Figura 7 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Figura 8 – Orientações para o domicílio



Fonte: Classificação de risco e manejo do paciente com chikungunya, Ministério da Saúde.

Para os pacientes do grupo de risco e/ou com sinais de gravidade, é necessário estar atento à avaliação hemodinâmica para instituir, se necessária e de imediato, a terapia de reposição de volume e tratar as complicações conforme o quadro clínico. Para pacientes com instabilidade hemodinâmica é necessário avaliar as funções renal, hepática e cardíaca, os sinais e sintomas neurológicos, a hemoconcentração e a trombocitopenia.

Na fase aguda de chikungunya, a maioria dos casos pode ser acompanhada ambulatorialmente. As unidades de Atenção Básica possuem papel primordial para avaliação e monitoramento desses casos. Não há necessidade de acompanhamento diário da maioria dos pacientes, devendo estes serem orientados a retornar à unidade de saúde em caso de persistência da febre por mais de cinco dias, aparecimento de sinais de gravidade ou persistência dos danos articulares.

Os pacientes de grupo de risco (gestantes, pacientes com comorbidades, idosos e menores de 2 anos de idade) também devem ser acompanhados ambulatorialmente; no entanto, esses pacientes necessitam de uma observação diferenciada nas unidades pelo risco de desenvolvimento das formas graves da doença, razão pela qual devem ser acompanhados diariamente até o desaparecimento da febre e ausência de sinais de gravidade.

Os pacientes que apresentam sinais de gravidade (acometimento neurológico, sinais de choque, instabilidade hemodinâmica, dispneia, dor torácica, vômitos persistentes, sangramento de mucosas e descompensação de doença de base) ou que apresentem critérios de internação (neonatos) devem ser acompanhados em unidades com leitos de internação. Para alta desses pacientes, é necessário melhora do estado geral, aceitação de hidratação oral, ausência de sinais de gravidade e melhora dos parâmetros laboratoriais.

Avaliação e tratamento do paciente na fase subaguda e na fase crônica

Nestas fases, é importante avaliar na história clínica o tempo decorrido desde o episódio agudo e as características das lesões articulares. O exame físico deve ser direcionado para o envolvimento articular e periarticular; o comprometimento de tendões deve ser minuciosamente pesquisado. O paciente ainda pode apresentar outras manifestações associadas às lesões articulares como: inapetência, sono não reparador, comprometimento laboral e de atividades diárias, urgência e incontinência urinária, alterações do humor e depressão.

O diagnóstico laboratorial, quando necessário, na fase crônica pela infecção pelo CHIKV será por meio da sorologia. Não é necessário repetir o exame caso já exista o diagnóstico laboratorial confirmatório na primeira fase da doença. É importante o diagnóstico diferencial com outras doenças que causam acometimento articular.

Para o tratamento pode ser mantida a dipirona como droga de escolha e se, necessário a associação com o cloridrato de tramadol. É importante ter em mente que, em tese, as dores articulares são decorrentes da resposta inflamatória induzida pelo vírus ou seus produtos presentes no próprio tecido articular. Por essa razão, deve-se atentar para o fato de que o alívio da dor não significa, necessariamente, diminuição da resposta inflamatória. Assim em pacientes refratários, deve ser utilizado AINE oral por um período máximo de 7 dias. Esta droga deve ser contraindicada em pacientes com história de úlcera gástrica ou duodenal e utilizada com cautela em idosos. Pacientes diabéticos e com doença renal prévia apresentam risco de surgimento ou agravamento de função renal.

Os corticoides por via oral, se necessário, podem ser utilizados.

USO DE CORTICOIDES

Está indicado apenas para os casos com dor articular subaguda e crônica não responsiva a AINE e analgésicos, em pacientes com dor moderada a intensa, poliarticular, debilitante.

Para os casos onde haja evidência de processo inflamatório articular, com dor associada a edema (não é habitual a presença de sinais flogístico como calor e rubor), pode ser iniciado corticosteroide, na forma oral.

A medicação padrão para uso oral é a prednisona. Esta medicação, dependendo da dose, terá efeito predominante anti-inflamatório (dose menor ou igual a 0,5 mg/Kg de peso/dia), dose intermediária entre ação anti-inflamatória e início de ação imunossupressora (maior que 0,5 mg até dose menor que 1 mg/kg de peso por dia) e dose predominantemente imunossupressora independente de sua ação anti-inflamatória (dose maior ou igual a 1 mg/kg de peso/dia).

A dose recomendada é inicialmente voltada para processo inflamatório:

- Iniciar com 20 mg/dia em dose única pela manhã. Interpretar como resposta adequada ao tratamento, a melhora da capacidade para deambular sem ajuda e controle satisfatório das dores. Neste caso manter a dose até resolução do quadro de dor articular por completo.
- Em caso de remissão completa da dor, manter a dose por mais três dias. Caso não haja recidiva do quadro, diminuir a dose para 10mg/dia e aguardar mais três dias. Caso a dor não retorne, suspender ao final destes três dias.
- A dose inicial poderá ser mantida por até 21 dias, tempo médio em que, habitualmente, não há riscos de insuficiência adrenal induzida. Acima deste período, na ausência de resposta, considerar associação de opióides com suspensão ou não do corticoide, a depender da resposta parcial, na ausência de efeitos colaterais dele. Durante as fases de desmame em função da melhora, como explicitado acima, em caso de retorno da dor, retornar à dose anterior e tentar novo desmame somente após cinco dias da resolução dos sintomas e assim por diante até retirada completa da medicação.

CrITÉRIOS de exclusão para uso de corticosteroides:

Pacientes portadores de diabetes, hipertensão de difícil controle, passado de fratura por osteoporose documentada, transtorno de humor bipolar, insuficiência renal crônica em diálise, Cushing, Obesidade grau III, arritmias e coronariopatias.

Nessas etapas em que a dor e o edema começam a regredir, podemos recomendar exercícios ativos, até o limite da tolerância do paciente. Adicionam-se exercícios isométricos mais vigorosos e os princípios de proteção articular e conservação de energia. Os objetivos são restabelecer a mobilidade articular e força muscular e evitar a progressão ou instalação de deformidades

É importante orientar o paciente sobre o posicionamento adequado favorecendo a proteção articular e o retorno venoso. Realizar movimentação ativa das articulações acometidas ao acordar, cinco vezes ao longo do dia e antes de dormir. É necessário evitar atividades que sobrecarregem as articulações, atividades repetidas, carregar peso e deambular longas distâncias. O retorno das atividades diárias deve ser gradativo respeitando o limite das dores e sobrecarga articular. Orientar exercícios e atividades com movimentação ativa e de aumento gradual para deslizamento tendinoso, alinhamento das articulações e diminuição da sobrecarga articular. Também é importante a realização de alongamentos diários.

Manter a utilização das compressas frias com a mesma frequência da fase aguda. Em situações especiais pode-se utilizar calor.

O acompanhamento dos pacientes na fase subaguda e crônica deve ser realizado, preferencialmente nas unidades de Atenção Básica, com a avaliação dos pacientes com equipes multidisciplinares e desenvolvimento de atividades individuais ou em grupo. Para casos extremos, também se recomenda a avaliação pelo reumatologista.

Ações de vigilância

Todo caso suspeito de chikungunya deve ser notificado imediatamente ao serviço de vigilância epidemiológica, conforme fluxo estabelecido em cada município.

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado por meio de técnicas moleculares (PCR) e testes sorológicos (titulação IgM), sendo necessário considerar o tempo de evolução da doença. Amostras coletadas do primeiro ao oitavo dia de início de sintomas podem ser encaminhadas para as provas moleculares e sorológicas. A partir do oitavo dia de início de sintomas, devem-se encaminhar as amostras somente para testes sorológicos.

Por se tratar de um evento potencialmente epidêmico, uma vez identificada a circulação do vírus em uma determinada localidade, não há necessidade de coletar amostras de todos os casos suspeitos. Deve ser priorizado o diagnóstico laboratorial das formas graves e atípicas da doença, seguindo as recomendações do serviço de vigilância.