

Pergunta:

Como é realizado o diagnóstico e qual é o manejo clínico na febre do Chicungunya?

Resposta:**DIAGNÓSTICO:**

A confirmação da febre do Chicungunya (CHKV) é feita através do diagnóstico laboratorial utilizando-se um dos três testes a seguir, a depender da data do início dos sintomas.

- 1- Isolamento viral;
- 2- Reação em cadeia de polimerase em tempo real (RT-PCR);
- 3- Sorologias IgM e IgG.

Para o isolamento viral a amostra de sangue deve ser coletada de preferência nos 3 primeiros dias do início dos sintomas e do 1º ao 8º dias para o PCR. Para a pesquisa de anticorpos IgM coletar amostras preferencialmente a partir do 4º dia de início de sintomas (até aproximadamente 2 meses, embora IgM possa persistir por maior tempo). Para pesquisa de anticorpos IgG ou ensaio de anticorpo neutralizante mostrando títulos crescentes, devem ser coletadas duas amostras, separadas por intervalo de 14 dias, sendo a primeira amostra coletada após o 7º dia do início dos sintomas. Além do sangue outras amostras podem ser utilizadas como o líquido cérebro-espinhal, líquido sinovial, ou ainda biópsias de tecidos ou órgãos.

Alterações laboratoriais mais comumente encontradas são a trombocitopenia leve (geralmente > 100.000 / mm³); leucopenia, alteração das enzimas hepáticas e aumento da proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação.

MANEJO DOS CASOS DE FEBRE DO CHICUNGUNYA (ver figura 1)

Não existe até o momento antiviral específico para o CHKV, sendo o tratamento inteiramente sintomático ou de suporte. **Para o tratamento da fase aguda**, que dura em média 7 dias, recomenda-se manter o paciente em repouso e aplicar compressas frias nas articulações acometidas. Prescrever dipirona ou paracetamol para controle da febre e dor, ou codeína para os casos refratários. Ingestão de líquidos (oral ou endovenoso, de acordo com a gravidade do

quadro) para reposição de perdas por sudorese, vômitos e outras perdas deve ser instituída. Os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno, naproxeno, ácido acetilsalicílico) não devem ser utilizados na fase aguda. Ressalte-se que o ácido acetilsalicílico também é contraindicado nessa fase da doença pelo risco de Síndrome de Reye e de sangramento. Os esteroides estão contraindicados na fase aguda, pelo risco do efeito rebote. Pode-se indicar fisioterapia com exercícios leves para os pacientes em recuperação.

Já nas **fases subaguda (com duração média de 3 meses) ou crônica (duração maior que 3 meses)**, indica-se anti-inflamatório não hormonal para alívio do componente artrítico. Uso de analgésicos mais potentes como morfina ou uso de corticosteroides podem ser necessários para pacientes com dor intensa que não obtiveram alívio com os anti-inflamatórios não hormonais. Injeções intra-articulares de corticoide e uso de metotrexate são alternativas para pacientes com sintomas articulares refratários; Fisioterapia deve ser instituída gradualmente. Nesse cenário o paciente deve ser acompanhado pelo reumatologista.

ATENÇÃO AOS FATORES DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES

Na presença de fatores de risco (gestantes, crianças < 2 anos, idosos, pacientes com comorbidades) está indicado controle clínico diário até desaparecimento da febre. Diante de sinais de gravidade, recomenda-se manejo em leito de internação. São considerados sinais de gravidade (ver figura 2):

- Acometimento neurológico
- Sinais de choque: extremidades frias, cianose, tontura, hipotensão, instabilidade hemodinâmica.
- Redução do volume urinário
- Dispneia
- Dor torácica
- Vômitos persistentes
- Descompensação de doenças de base
- Sangramento de mucosas

Alguns medicamentos são usados em quadros persistentes subagudos ou crônicos (Cloroquina, Aciclovir, Ribavirina, Interferon-alfa, Corticóide, Anticorpos monoclonais e Methotrexate), porém ainda não existem ensaios clínicos robustos que demonstrem eficácia dos mesmos. (Thiberville, 2013)

ATENÇÃO

A Febre do CHKV é doença de notificação compulsória imediata, devendo ser notificada imediatamente (menos de 24h) por telefone para Gerencia de Epidemiologia GEREPI ou Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS).

REFERÊNCIAS

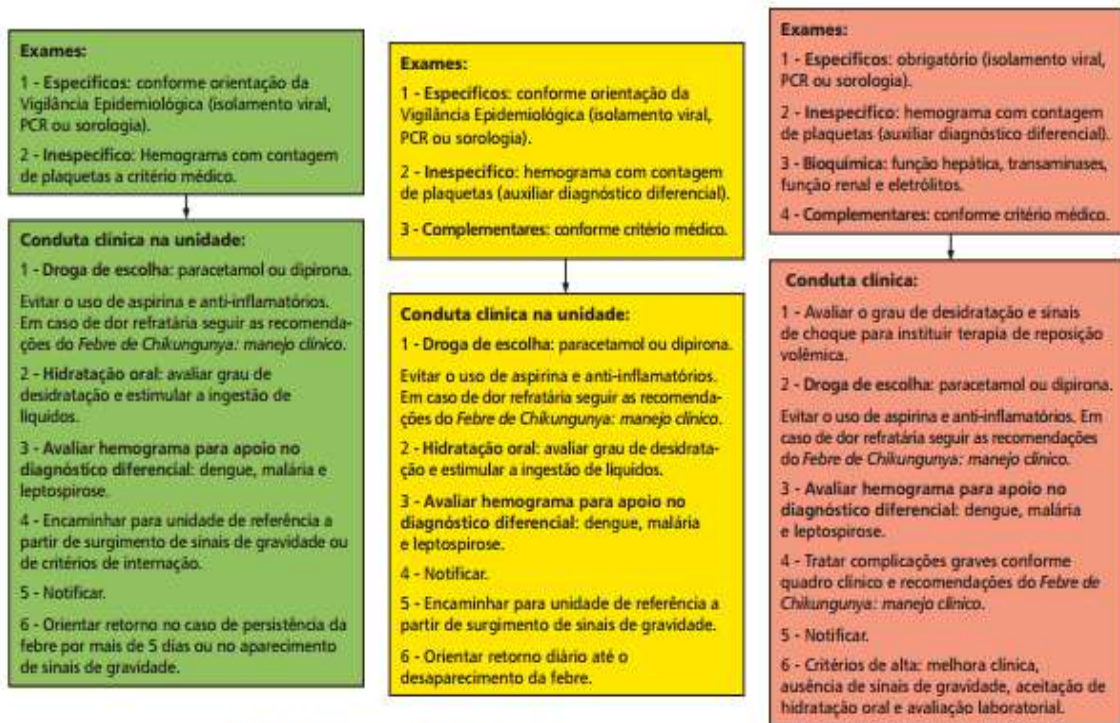
OPAS/CDC. PAHO/WHO Preparedness and response for Chikungunya virus in the Americas, 2011.

WHO - Guidelines on Clinical Management of Chikungunya Fever , 2008.

Ministério da Saúde do Brasil - Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil, 2014.

Thiberville, S-D, Moyen,N., Dupuis-Maguiraga, L, Nougairé, A., Gould, E.A., Roques, P., Lamballerie, X. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. Antiviral Research. 2013; 99: 345–370.

Figura 1 – Conduta clínica dos pacientes com suspeita de Febre Chikungunya



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

Figura 2 – Classificação de risco do paciente com suspeita de Chikungunya



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