



Chikungunya

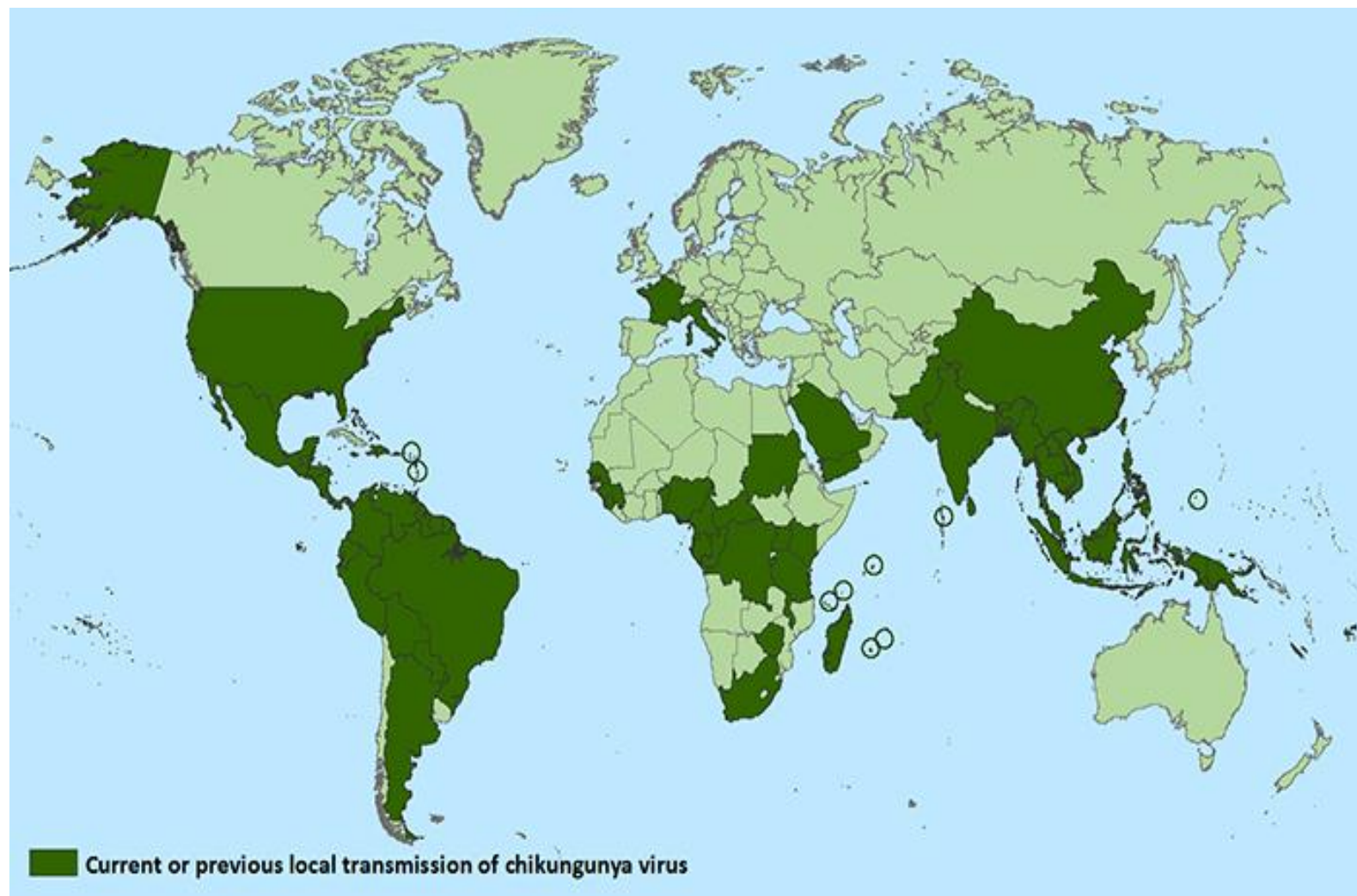
Tânia Mara Silva Coelho

Infectologia-Medicina do Viajante

Hospital São José, Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

- Relatos de casos sugestivos desde 1770;
- África e Tanzânia- 1952/53
- Tailândia- 1960
- Surto no Quênia – 2004
- Oceania 2006-2007
- Itália- 2007
- Endêmica nos países da África, Ásia e Oceania
- Em 2016, a OMS registra transmissão da doença em 45 países ou territórios das Américas, com mais de 1,7 milhões de casos suspeitos.

Países e territórios onde Chikungunya tem sido reportado(abril, 2016)



Casos prováveis de chikungunya da SE 1 a 50 de 2015 e 2016, por regiões.

Regiões	2015	2016
Norte	1.278	7.686
Nordeste	36.187	230.582
Sudeste	485	23.793
Sul	64	1.765
Centro-Oeste	226	1.728
Total	38.240	265.554

Origem do vírus e da doença

- ✓ O nome chikungunya deriva de uma palavra em Makonde, dialeto de um grupo étnico que vive no sudeste da Tanzânia e no norte de Moçambique;
- ✓ Significa aproximadamente “aquele que se curva”, descrevendo a aparência encurvada de pacientes que sofrem de artralgia intensa.



O Vírus

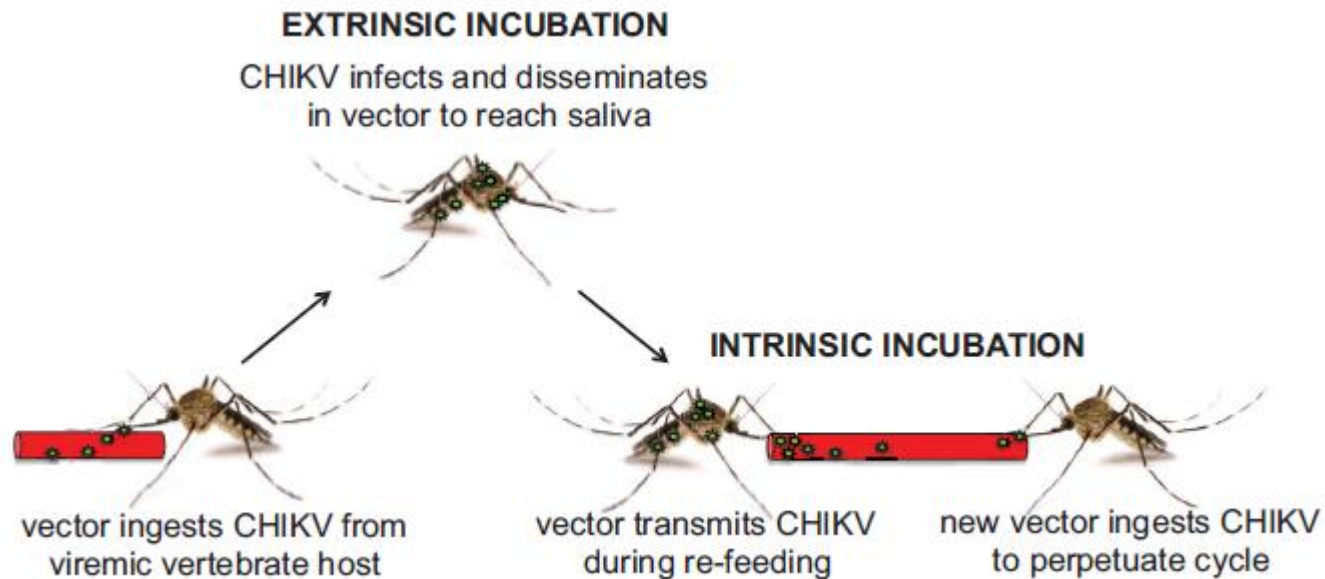
- Agente: Vírus Chikungunya (CHIKV), gênero *Alphavírus*
- Família Togaviridae

Vírus artritogênico

- Vírus da Floresta de Bernard(Austrália)
- Virus do Rio Ross (Austrália)
- Vírus Mayaro(BR, BO, VE)
- Vírus O'nyong-nyong(África)
- Virus Sindbis(África e Ásia)

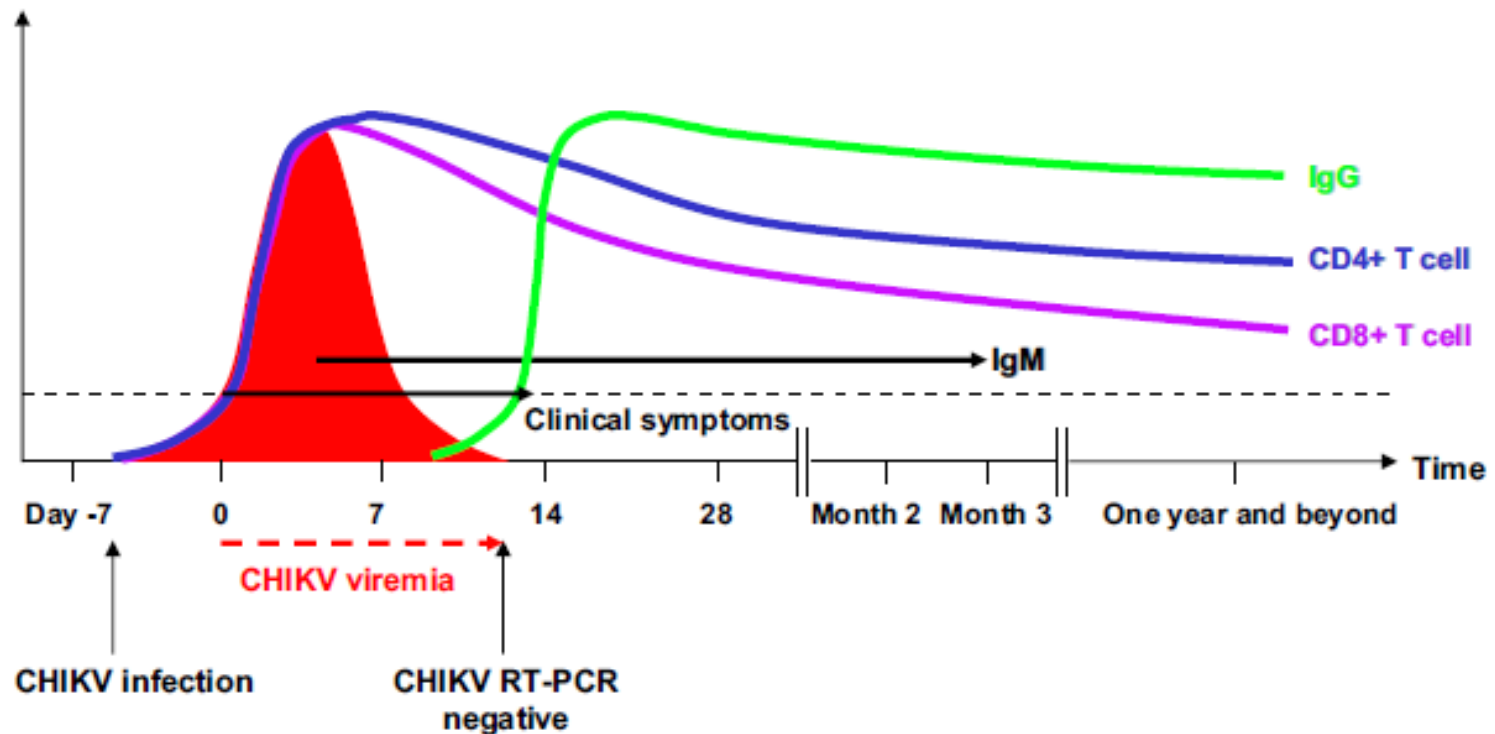
Infecção pelo CHIKV

- **Período de incubação intrínseco de 3 a 7 dias (2 – 12);**
- **Período de incubação extrínseco de 10 dias;**



Infecção pelo CHIKV

- Viremia em geral se inicia dois dias antes do início dos sintomas, pode durar por até 10 dias;



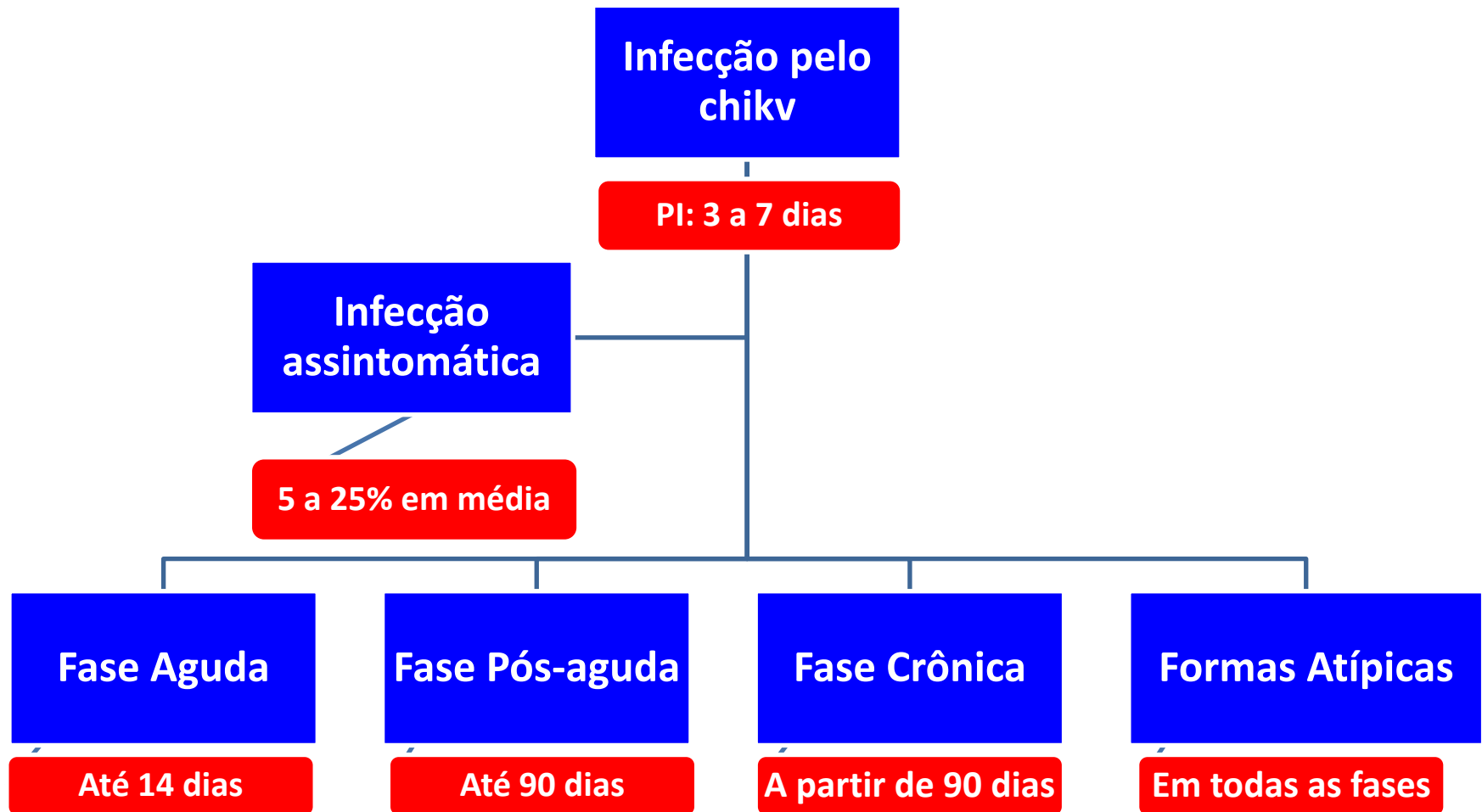
Dinâmica da Transmissão

- Frequentemente ocorre em grandes epidemias, com altas taxas de ataque(38% a 63%);
- A maioria das pessoas infectadas (72% a 97%) desenvolvem sintomas clínicos.
- **Taxa de cronificação (> 3 meses):** superior a 50%
- • Ilhas Reunion: 80 – 93% após 3 meses; 57% aos
- 15 meses e 47% após 2 anos
- • Índia: 49% após 10 meses

Outras formas de transmissão

- Transmissão transplacentária: de mãe virêmica ao RN durante o parto;
- Pode causar infecção em até 50 % dos RN;
- RN podem apresentar formas graves da doença;
- Transfusão sanguínea(?)
- Transplantes(?)
- Não há transmissão pelo leite materno

Espectro da infecção pelo CHIKV



Manifestações Clínicas

Fase Aguda

Fase aguda “típica” - até 14 dias

1)Febre

- ✓ **De início súbito, dura até 01 semana**
- ✓ **Normalmente $\geq 39^{\circ}\text{C}$**
- ✓ **Pode ser contínua ou intermitente**

Fase aguda “típica” - até 14 dias

**2) Poliartralgias (dores articulares)
em até 100% dos casos:**

- ✓ **Frequentemente graves e debilitantes**
- ✓ **Envolve múltiplas articulações**
- ✓ **Normalmente bilaterais e/ou simétricas**
- ✓ **Mais comuns em mãos e pés**

Fase aguda “típica” - até 14 dias

2) Poliartralgias (até 100% dos casos):

- ✓ **Podem ocorrer edemas articulares, por vezes associados a tenossinovites (pp em punhos e tornozelos);**
- ✓ **Com frequência os pacientes podem ficar incapacitados para tarefas cotidianas devido à dor, sensibilidade, inflamação e rigidez;**

Fase aguda - **Comprometimento articular**



Foto: Rivaldo V. da Cunha e Camila Montalbano, FS (BA)







Edema de mãos dia 4



A. Cabié. CHU de Martinique

Fase aguda “típica” - até 14 dias

2) Exantemas (“manchas na pele”) em 40 a 75% dos casos:

- ✓ **Geral^{te} entre o 2º. e o 5º. dia após o início da febre em +/- 50% dos casos;**
- ✓ **É tipo maculopapular (“empolado”, mais em tronco e extremidades, embora também possa acometer palmas, plantas e face;**

Fase aguda “típica” - até 14 dias

- ✓ **2) Exantemas (“manchas na pele”) em 40 a 75% dos casos):**
- ✓ **Algumas vezes pode se apresentar como um eritema difuso (“vermelhidão”) que desaparece à dígitopressão;**
- ✓ **Em crianças menores, podem ocorrer lesões vesiculares e bolhosas.**



P. Poubeau. CHU de la Réunion

Fase aguda – Manifestações dermatológicas



Fotos: Rivaldo V. da Cunha e Camila Montalbano, FS (BA)

Fase aguda



Foto: Rivaldo V. Cunha e Camila Montalbano – FS, BA



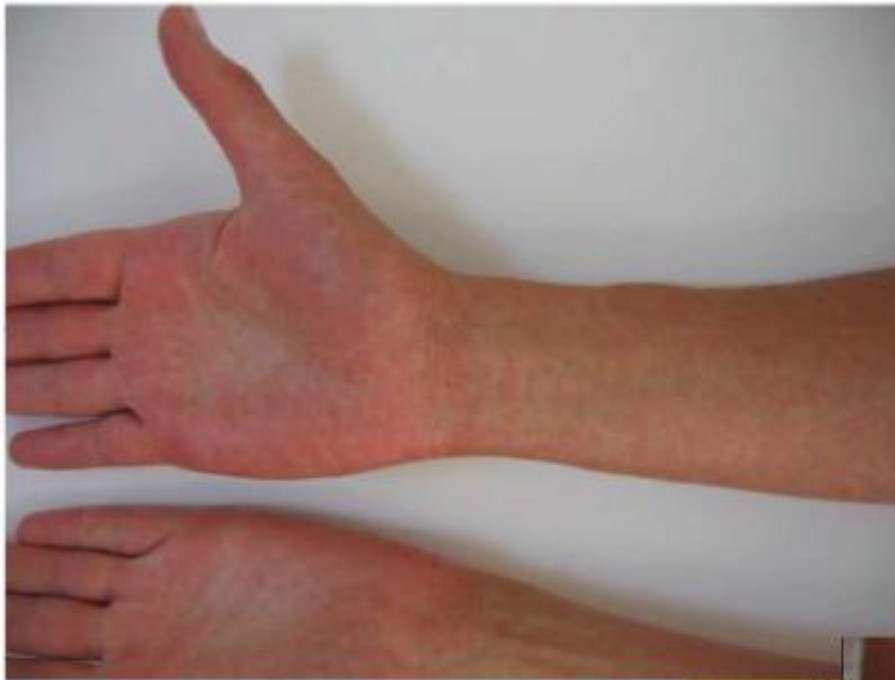
Figure 4 Typical rashes with chikungunya virus infection Maculopapular rash, petechial spots and erythroderma of arms (A), legs (B), and feet (C).

Felicity J Burt , Micheal S Rolph , Nestor E Rulli , Suresh Mahalingam , Mark T Heise

Chikungunya: a re-emerging virus

The Lancet, Volume 379, Issue 9816, 2012, 662 - 671

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60281-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60281-X)



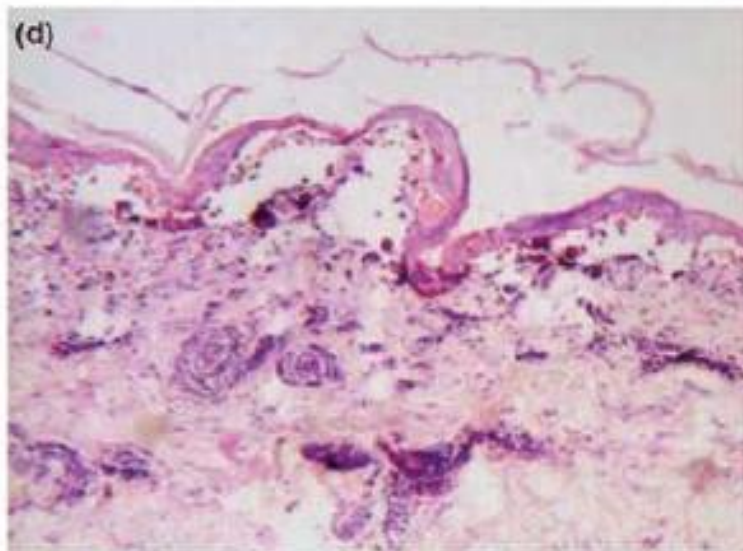


Figure 2 Clinical findings in a 48-year-old man, showing: (a) purpuric macules; (b) vesicles and bullae developing over the purpuric macules, and (c) post-inflammatory hypopigmentation. (d) Histology of lesional skin showing subepidermal bulla, acantholysis, necrotic keratinocytes, basal cell degeneration, lymphocyte exocytosis and perivascular lymphocyte infiltrate. (Hematoxylin and eosin stain; original magnification $\times 100$)



Figure 1 Clinical evolution of skin lesions in infants: (a) purpuric macules; (b) vesicles arising over purpuric macules; (c) perianal erosions; (d) resolution leaving post-inflammatory hypopigmentation, and (e) faint residual hypopigmentation at 8 weeks. (f) Histology of lesional skin showing intraepidermal bulla with necrotic keratinocytes, exocytosis of lymphocytes and perivascular lymphocytic infiltrate. (Hematoxylin and eosin stain; original magnification $\times 100$)





Outras Manifestações *agudas*

- ✓ **Adenomegalias supraclaviculares, múltiplas e bilaterais**
- ✓ **Conjuntivite**
- ✓ **Dor de cabeça**
- ✓ **Mialgia**
- ✓ **Náuseas/vômitos**

Manifestações graves agudas

Envolvimento neurológico:

- ✓ ***Tonturas,***
- ✓ ***Delírios***
- ✓ ***Confusão mental***

Manifestações graves (agudas):

- ✓ ***Insuficiência renal aguda;***
- ✓ ***Hepatites agudas***
- ✓ ***Meningoencefalites***
- ✓ ***Lesões cutâneas atípicas***

Alterações Laboratoriais

- Linfopenia;
- Leucopenia leve;
- Plaquetopenia leve;
- Transaminases pouco aumentadas;

Manifestações Clínicas

Fase Subaguda

Fase pós-aguda - de 15 até 90 dias

Após a fase aguda, o quadro pode regredir, persistir ou ser exacerbadado

- ✓ **Dura, em media, de dois a três meses com:**
 - ✓ **Poliartrite distal,**
 - ✓ **Exacerbação das dores articulares em articulações previamente acometidas,**
 - ✓ **Tenossinovite hipertrófica subaguda em punhos e tornozelos**
 - ✓ **Síndrome do túnel do carpo (+ frequente).**

Fase pós-aguda - de 15 até 90 dias

✓ **Dura, em media, de dois a três meses com:**

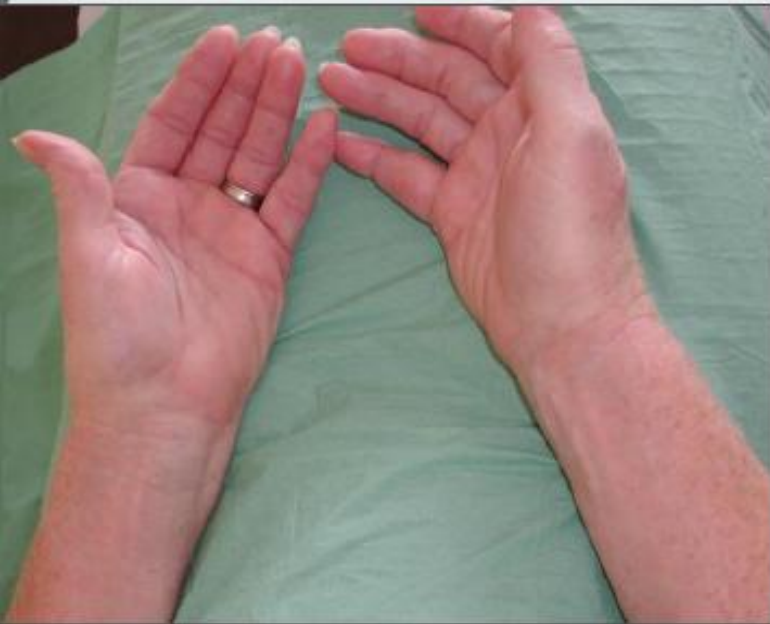
- ✓ **Prurido generalizado,**
- ✓ **Exantema maculopapular palmo-plantar e em tronco;**
- ✓ **Podem surgir lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas,**
- ✓ **Alterações vasculares periféricas;**
- ✓ **Depressão e cansaço.**

Outros sinais e sintomas das fases pós- aguda e crônica

- ✓ **Envolvimento oftalmológico**
- ✓ **Distúrbios do sono**
- ✓ **Depressão**
- ✓ **Queda de cabelos !!!!!**
- ✓ **Perda de memória**
- ✓ **.....**

Formas subagudas

Tenossinovite



Manifestações Clínicas

Fase Crônica

Fase crônica – após 90 dias

- ✓ **Poliartrite distal (nas mesmas articulações acometidas durante as fases aguda e subaguda),**
- ✓ **Alguns apresentam ARTROPATIA graves, deformantes,**
- ✓ **Exacerbação das dores articulares**
- ✓ **Dormências e formigamentos (Síndrome do túnel do carpo !!!)**
- ✓ **Depressão e cansaço.**

Fase crônica – após 90 dias

- ✓ **Fatores associados ao maior % de progressão para a fase crônica:**
 - ✓ **Idade acima de 45 – 50 anos;**
 - ✓ **Comprometimento articular anterior a infecção por CHIKV,**
 - ✓ **Maior intensidade das manifestações articulares na fase aguda,**
 - ✓ **Presença de comorbidades.**

Fase crônica – após 90 dias



Foto: Rivaldo V. Cunha e Camila Montalbano – FS, BA

Fase crônica – após mais de ano



Foto: Rivaldo V. Cunha e Maicélia Maia – FS, BA

Fase crônica – mais de um ano

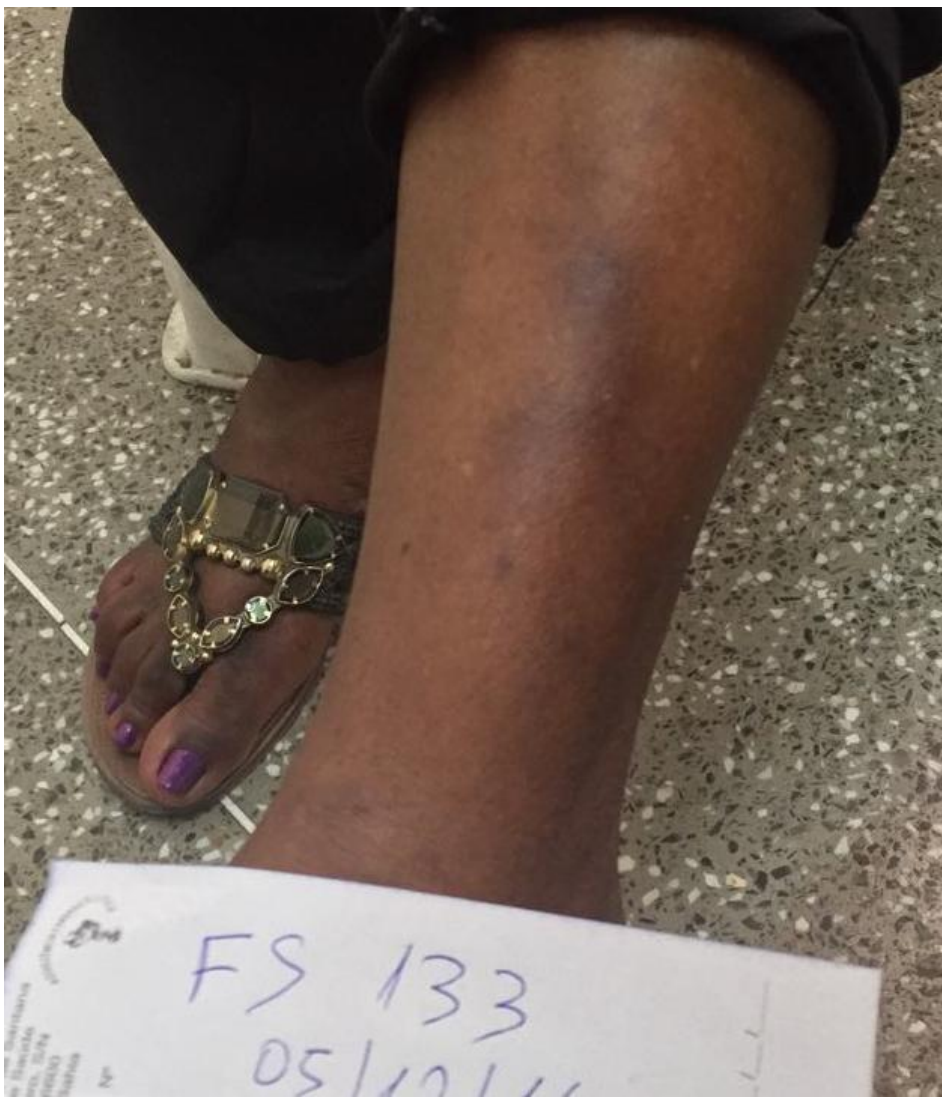


Foto: Rivaldo V. Cunha e Ricardo Golmia – FS, BA

Sequela de chikungunya



Forma Atípica- Fatores de Risco

1. **Extremos de idade: < 1 ano e > 60 anos;**
2. **Uso de Aspirina e anti-inflamatórios não hormonais**
3. **Co morbididades**
 - **História de convulsão febril**
 - **Diabetes, Hipertensão, Asma**
 - **Insuficiência cardíaca**
 - **Alcoolismo**
 - **Doenças reumatológicas**
 - **Anemia falciforme, talassemia**

Manifestações Clínicas Graves

- **Manifestações neurológicas: GBS, PFA, convulsões**
- **Meningoencefalite;**
- **Miocardite, insuficiência cardíaca;**
- **Uveíte, Retinite;**
- **Hemorragias, eventos tromboembólicos;**
- **Insuficiência hepática, insuficiência renal**
- **Neonatos – Se mãe virêmica no parto 49% de transmissão; Encefalopatia.**

Manifestações Clínicas Graves – Neonatos

- Formas graves em até 90% dos casos;
- Síndrome hiperálgica
- Encefalopatia – principal causa de óbito



Diagnóstico

Diagnóstico

Dias após o início da doença	Teste de vírus	Teste de anticorpos
Dia 1 - 3	RT-PCR = Positivo Isolamento = Positivo	IgM = Negativo PRNT = Negativo
Dia 4 - 8	RT-PCR = Positivo Isolamento = Negativo	IgM = Positivo PRNT = Negativo
> Dia 8	RT-PCR = Negativo Isolamento = Negativo	IgM = Positivo PRNT = Positivo

Diagnóstico Diferencial

- **Dengue, Dengue, Dengue e Dengue**
- **Malária, Leptospirose, Febre Reumática, Artrite
Séptica**
- **Alfavírus**
 - **Ross River, Mayaro, O'nyong nyong, Barmah
Forest, Sindbis**

Diagnóstico diferencial: dengue x chikungunya

Manifestação clínica/ laboratorial	Chikungunya	Dengue
Intensidade da Febre	+++	++
Exantema	++ (D1-D4)	+ (D5-D7)
Mialgia	+	++
Artralgia	+++	+/-
Dor retrorbital	+	+++
Sangramentos	-/+	++
Choque	-	-/+
Plaquetopenia	+	+++
Leucopenia	++	+++
Linfopenia	+++	++
Neutropenia	+	+++
Evolução após fase aguda	Artralgia crônica	Fadiga

Fonte: Adaptado de Staples et al. (2009).

Tratamento

**Caso suspeito – fase aguda – paciente com febre por até 7 dias
acompanhada de artralgia(s) intensa de início súbito.**

Pode estar associado à cefaleia, a mialgias e à exantema.

Considerar história de deslocamento nos últimos 15 dias para áreas com transmissão de chikungunya.

Grupos de risco:

- Gestantes.
- Maiores de 65 anos.
- Menores de 2 anos (neonatos considerar critério de internação).
- Pacientes com comorbidades.

**Avaliar sinais de
gravidade, critérios
de internação
e grupos de risco**

**Sinais de gravidade e critérios
de internação:**

- Acometimento neurológico.
- Sinais de choque: extremidades frias, cianose, tontura, hipotensão, enchimento capilar lento ou instabilidade hemodinâmica.
- Dispneia.
- Dor torácica.
- Vômitos persistentes.
- Neonatos.
- Descompensação de doença de base.
- Sangramentos de mucosas.

**Pacientes sem sinais de gravidade, sem
critério de internação e/ou condições
de risco**

Acompanhamento ambulatorial

**Pacientes do grupo de risco
em observação**

**Acompanhamento ambulatorial
em observação**

**Pacientes com sinais de gravidade e/ou
critério de internação**

Acompanhamento em internação

Conduta clínica dos pacientes com suspeita de chikungunya

Exames:

- 1 - **Específicos:** conforme orientação da Vigilância Epidemiológica (isolamento viral, PCR ou sorologia).
- 2 - **Inespecífico:** Hemograma com contagem de plaquetas a critério médico.

Conduta clínica na unidade:

- 1 - **Droga de escolha:** paracetamol ou dipirona.
Evitar o uso de aspirina e anti-inflamatórios. Em caso de dor refratária seguir as recomendações do *Febre de Chikungunya: manejo clínico*.
- 2 - **Hidratação oral:** avaliar grau de desidratação e estimular a ingestão de líquidos.
- 3 - **Avallar hemograma para apoio no diagnóstico diferencial:** dengue, malária e leptospirose.
- 4 - Encaminhar para unidade de referência a partir de surgimento de sinais de gravidade ou de critérios de internação.
- 5 - Notificar.
- 6 - Orientar retorno no caso de persistência da febre por mais de 5 dias ou no aparecimento de sinais de gravidade.

Exames:

- 1 - **Específicos:** conforme orientação da Vigilância Epidemiológica (isolamento viral, PCR ou sorologia).
- 2 - **Inespecífico:** hemograma com contagem de plaquetas (auxiliar diagnóstico diferencial).
- 3 - **Complementares:** conforme critério médico.

Conduta clínica na unidade:

- 1 - **Droga de escolha:** paracetamol ou dipirona.
Evitar o uso de aspirina e anti-inflamatórios. Em caso de dor refratária seguir as recomendações do *Febre de Chikungunya: manejo clínico*.
- 2 - **Hidratação oral:** avaliar grau de desidratação e estimular a ingestão de líquidos.
- 3 - **Avallar hemograma para apoio no diagnóstico diferencial:** dengue, malária e leptospirose.
- 4 - Notificar.
- 5 - Encaminhar para unidade de referência a partir de surgimento de sinais de gravidade.
- 6 - Orientar retorno diário até o desaparecimento da febre.

Exames:

- 1 - **Específicos:** obrigatório (isolamento viral, PCR ou sorologia).
- 2 - **Inespecífico:** hemograma com contagem de plaquetas (auxiliar diagnóstico diferencial).
- 3 - **Bloquímica:** função hepática, transaminases, função renal e eletrólitos.
- 4 - **Complementares:** conforme critério médico.

Conduta clínica:

- 1 - Avaliar o grau de desidratação e sinais de choque para instituir terapia de reposição volêmica.
- 2 - **Droga de escolha:** paracetamol ou dipirona.
Evitar o uso de aspirina e anti-inflamatórios. Em caso de dor refratária seguir as recomendações do *Febre de Chikungunya: manejo clínico*.
- 3 - **Avallar hemograma para apoio no diagnóstico diferencial:** dengue, malária e leptospirose.
- 4 - Tratar complicações graves conforme quadro clínico e recomendações do *Febre de Chikungunya: manejo clínico*.
- 5 - Notificar.
- 6 - Critérios de alta: melhora clínica, ausência de sinais de gravidade, aceitação de hidratação oral e avaliação laboratorial.

Orientações para o domicílio

Conduta no domicílio:

- 1 - Seguir as orientações médicas.
 - 2 - Evitar automedicação.
 - 3 - Repouso – evitar esforço.
 - 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.
- Não utilizar calor nas articulações.
- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
 - 6 - Retornar à unidade de saúde no caso de persistência da febre por 5 dias ou no aparecimento de fatores de gravidade.

Conduta no domicílio:

- 1 - Seguir as orientações médicas.
 - 2 - Evitar automedicação.
 - 3 - Repouso – evitar esforço.
 - 4 - Utilizar compressas frias para redução de danos articulares.
- Não utilizar calor nas articulações.
- 5 - Seguir orientação de exercícios leves recomendados pela equipe de saúde.
 - 6 - Retornar diariamente à unidade até o desaparecimento da febre.

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

Tratamento

- **Fase Aguda:**
 - **Analgesia:**
 - **Compressas frias por 20 minutos de 4/4h**
 - **Paracetamol**
 - **Dipirona**
 - **Codeína, Tramadol**
 - **Hidratação;**
 - **Repouso; evitar carregar peso**

Tratamento

- **Fase Crônica:**
 - **Analgesia**
 - **AINEs**
 - **Corticóide**
 - **Cloroquina? Metotrexate?**
 - **Fisioterapia**

Tratamento da Dengue, Zika e Chikungunya

- **Sintomáticos:** não há terapia específica contra as doenças!
- Repouso absoluto
- Ingestão de líquidos: água, sais de rehidratação oral – cerca de 2l/dia
- **Analgésicos:** Paracetamol ou Dipirona. Não utilizar AAS pelo risco de sangramentos;
- **Antiinflamatórios/AINE:** não indicado na fase aguda das doenças. Uso parcimonioso na fase subaguda da Chikungunya, quando dores articulares intensa.

Uso de Prednisona na Chikungunya

- **Prednisona** – contra-indicada na fase aguda; **apenas** para os casos com dor articular subaguda e crônica não responsiva a AINE e analgésicos, em dor moderada a intensa, poliarticular, debilitante, se com evidência de processo inflamatório articular (dor associada a edema - não é habitual calor e rubor).
- Iniciar com 20 mg/dia (0,5mg/kg) em dose única pela manhã.
- Se melhora, manter a dose até resolução total da dor articular, mantendo a dose por mais 3 dias. Caso não haja recidiva do quadro, diminuir a dose para 10mg/dia e aguardar mais 3dias. Caso a dor não retorne, suspender ao final destes 3 dias.

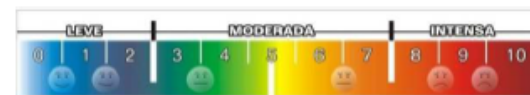
Protocolo para o tratamento farmacológico da dor em Chikungunya

FLUXOGRAMA 1 A Dor fase aguda (0-14 dias)

Perguntar sempre sobre história de alergia a dipirona

Não utilizar AINH (Anti-inflamatório não hormonal) na fase aguda, pelo risco de complicações associados as formas graves de chikungunya (hemorragia e insuficiência renal).
Corticóide em fase de aguda da viremia, pode estar associado a risco e complicações

Avaliar intensidade
Aplicar escala de dor



Leve EVA= 1 a 3

Moderada EVA= 4 a 6

Intensa EVA= 7 a 10

Aplicar questionário de dor neuropática (DN4) (4).
Se resultado ≥ 4 seguir associar protocolo (fluxo) para dor neuropática

Dipirona 1 g 6/6 h ou paracetamol 750 mg 6/6h, via oral (1)

Dipirona 1 g e paracetamol 750 mg intercalados a cada 3 horas em horários alternados, via oral (2)

Dipirona ou Paracetamol associado a um opióide:
Tramadol 50mg 6/6h ou Codeína 30 mg 6/6 h ou Oxycodona 10 mg 12/12 h, via oral (3)

Reavaliar após 7 dias

Persiste com dor?

Não

Suspende medicação

Sim

- Reaplicar escala de dor (EVA) e questionário DN4
- Considerar o uso de corticoide conforme protocolo (fase subaguda ou casos selecionados)

(1) Analgésicos: utilizar em doses fixas e nunca "se necessário"

(2) Dor moderada: duas drogas associadas e alternadas (terá analgésico a cada 3 horas)

(3) a) Opióides: não devem deixar de ser prescritos apesar dos efeitos adversos. Nas doses usuais o risco de depressão respiratória é baixo
b) Dor intensa não responsiva a duas drogas, associar 02 analgésicos+01 opióide
c) Não usar dois opióides simultaneamente

(4) Questionário DN4 em anexo

Fonte: Dr. Carlos Brito

FLUXO 1-B
Se questionário sugestivo
de dor neuropática
Dor fase aguda (0-14 dias)

Avaliar intensidade
 Aplicar escala de dor



Moderada EVA= 4 a 6

Intensa EVA= 7 a 10

Aplicar questionário de dor neuropática (DN4) (4).

Perguntar sempre
 sobre história de
 alergia a dipirona

Dipirona 1 g e paracetamol
 750 mg intercalados a cada
 3 horas em horários
 alternados, via oral (2)

Dipirona ou Paracetamol associado a um
 opióide:
 Tramadol 50mg 6/6h
 ou Codeína 30 mg 6/6 h
 ou Oxycodona 10 mg 12/12 h, via oral (3)

Em idosos e evitar o
 uso de amitriptilina
 pelo risco de sedação,
 utilizar gabapentina,
 iniciando com doses
 baixas e aumento
 progressivo.
 Em pacientes com
 história de arritmia
 não usar amitriptilina.

Sim ←

DN4
 ≥ 4 pontos?

→ Não →

Seguir fluxograma para
 dor não neuropática
 (Fluxo 1 A)

Associar Amitriptilina 25 a 50 mg/dia
 ou Gabapentina 300 mg, 2x ao dia
 (dose máxima dia 1.200 mg) (5)

Reavaliar após 15 dias

Não ←

Persiste com dor?

→ Sim →

Suspende medicação

- Reaplicar escala de dor (EVA) e questionário DN4
- Considerar o uso de corticoide conforme protocolo (fase subaguda e casos selecionados)

Fonte: Dr. Carlos Brito

anexo

(5) Os antidepressivos e anticonvulsivantes podem
 necessitar de até 2 semanas para obter resposta

FLUXO 2

Dor na fase subaguda
(após 10-14 dias)

Avaliar intensidade
Aplicar escala de dor



Leve EVA= 1 a 3

Moderada EVA= 4 a 6

Intensa EVA= 7 a 10

Anti-inflamatório não hormonal (7)
Ibuprofeno 400 mg 8/8 h via oral

Perguntar sempre
sobre história de
alergia a
Antiinflamatórios

Até resolução dos sintomas,
no máximo 7-10 dias

Não

Persiste com dor?

Sim

Suspende medicação

(7) AINH: após fase aguda (>10-14 dias).

O Médico deve estar atendo e consultar os efeitos
colaterais

das drogas e fatores de riscos potenciais. Função renal
deve ser previamente avaliada em idosos e com
comorbidades

Alertar para riscos maiores em pacientes para doenças
crônicas degenerativas como
Idosos, diabéticos, doença ulcerosa péptica, nefropatas,
hepatopatas, cardiopatas, entre outras

Prednisona (8)
Dose 0,5mg /Kg/dia, via oral (Dose
máxima 40 mg)
Até resolução dos sintomas (no
máximo 3 semanas)

Após resolução dos sintomas,
manter dose por mais 3-5 dias e
iniciar desmame: 5mg a cada 7 dias

Em caso de recidiva
Retomar a dose anterior, até resolução dos
sintomas, mantendo a dose por no máximo 3
semanas. Após melhora, manter 3-5 dias e
iniciar desmame de 2,5mg/dia, a cada 7 dias

Em caso de recidiva
Encaminhar a unidade de referência

(8) Até o início da ação do
corticóide, deve prescrever
sintomáticos, conforme
protocolo (Fluxograma 1A-B)

(8) Até o início da ação do corticóide, deve prescrever analgésico, conforme protocolo
(Fluxograma 1A)

a) Dose antiinflamatória do corticóide: dose menor ou igual a 0,5mg/Kg de peso/dia

b) **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

c) Até 21 dias não há risco de Insuficiência Adrenal

d) O corticóide pode ser prescrito para pacientes na fase crônica que ainda não o tenha
utilizado

Fonte: Dr. Carlos Brito

FLUXO 3

**Dor na fase crônica
(após 3 meses)**

Atendimento em
unidade
referência com
profissionais
capacitados para
atender pacientes
com este perfil

Medicamentos
desta fase de
tratamento
apresenta efeitos
adversos próprios
de cada classe
terapêutica e
necessitam de
monitorização
clínica e laboratorial
específica antes e
durante o uso,
devendo ser
prescrito por
profissionais
capacitados

Hidroxicloroquina, 6mg/Kg/dia uma
vez ao dia (máximo 600 mg ao dia),
via oral por 6 semanas

Aplicar escala analógica
de dor (EVA)

(8) Até o início da ação destas
medicações, deve prescrever
sintomáticos, conforme
protocolo (Fluxograma 1A-B)

Sem dor

Suspender a medicação

Dor persiste com EVA < 4

Manter Hidroxicloroquina por
6 semanas, podendo ser
associado a analgésicos
sugeridos no protocolo da
fase 1

Retornar para reavaliação,
com 6 semanas.

Não

Persiste com dor?

Sim

Suspende medicação

Encaminhar ao
reumatologista para
ampliar investigação

Dor persiste com EVA ≥ 4

Manter Hidroxicloroquina associado à
Sulfassalazina 500 mg, 2 comprimidos
de 12/12 horas (2g/dia), por mais 6
semanas, via oral

Aplicar escala analógica de dor (EVA)

Sem dor

Dor persiste com EVA
< 4

Dor persiste com EVA
≥ 4

Manter associação
Hidroxicloroquina+Sulfassalazina, via oral por 6
semanas

Trocar para Metotrexate
15 a 25mg, uma vez por
semana, via oral por 6
semanas

Não

Persiste com dor?

Sim

Suspende medicação

Encaminhar ao reumatologista
para ampliar investigação

Obs: o corticóide pode ser prescrito para pacientes na fase crônica que ainda não
o tenha utilizado (Fluxograma 2 - fase subaguda)

Fonte: Dr. Carlos Brito

Repelentes

- DEET
- IR35(alantoína- pode ser usado em crianças acima de 06 meses)
- Icaridina

Muito obrigada!

