

Chikungunya

Conceito: é uma arbovirose causada pelo vírus chikungunya (CHIKV), da família Togaviridae e do gênero Alphavirus.

Transmissão: se dá pela picada de fêmeas dos mosquitos Aedes aegypti e Aedes albopictus infectadas pelo CHIKV.

O período de incubação intrínseco, que ocorre no ser humano, é em média de três a sete dias (podendo variar de um a 12 dias).

O período de incubação extrínseco, que ocorre no vetor, dura em média dez dias. O período de viremia no ser humano pode perdurar por até dez dias, e geralmente se inicia dois dias antes do início dos sintomas, podendo perdurar por mais oito dias. Casos de transmissão vertical podem ocorrer quando gestantes estão virêmicas nos dias próximos ao parto, podendo levar à infecção neonatal e apresentações clínicas severas em neonatos. Adicionalmente, pode haver a transmissão pessoa-pessoa por via transfusional, quando doador está em fase de viremia.

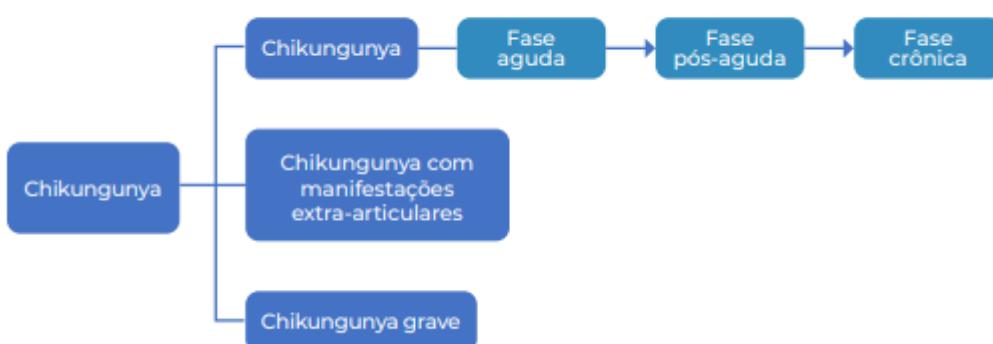
Manifestação Clínica

O acometimento musculoesquelético é a principal manifestação clínica associada à chikungunya, incluindo sintomas como edema articular e artralgia intensas. A doença é pouco responsável a analgésicos, com cerca de metade dos pacientes tendendo à cronificação, com manutenção de sintomas por meses e até anos.

Diferentemente do observado em relação à infecção por outros arbovírus, a maioria dos indivíduos infectados pelo CHIKV desenvolve sintomas, com alguns estudos mostrando que até 70% das infecções são sintomáticas, levando a epidemias de grandes proporções e significativa sobrecarga sobre os serviços de saúde. Após o período de incubação inicia-se a fase aguda ou febril, que dura até o 14º dia de sintomas. Alguns pacientes podem evoluir com persistência das dores articulares após a fase aguda, caracterizando-se o início da fase pós-aguda, que pode prolongar-se por até três meses. Os quadros com duração de mais de três meses são considerados crônicos.

Os quadros de chikungunya com manifestações extra-articulares e potencialmente graves geralmente se desenvolvem durante as fases aguda e pós-aguda. Pacientes com formas graves normalmente necessitam de internação prolongada, e aproximadamente 50% dos óbitos associados às formas graves ocorrem na fase pós-aguda.

Figura 1 – Espectro clínico chikungunya



Fase aguda

A fase aguda da doença, na sua apresentação clássica, é caracterizada principalmente por febre de início súbito, surgimento de intensa poliartralgia de grandes e pequenas articulações, geralmente acompanhada de dores nas costas, exantema com diferentes padrões, cefaleia e fadiga, com duração de até 14 dias. A febre pode ser contínua, intermitente ou bifásica, e frequentemente possui curta duração; porém a queda de temperatura não é associada à piora dos sintomas, como observado na dengue. Ocasionalmente, pode ser associada a uma bradicardia relativa. Há uma elevada frequência de casos afebris com artralgia intensa, sobretudo em pacientes idosos (Brito et al., 2020a). O aparecimento de exantema geralmente tem início a partir do terceiro ou quarto dia, normalmente é macular ou maculopapular, podendo atingir a face, mas principalmente o tronco e as extremidades (incluindo palmas e plantas), e acomete de 30% a 50% dos doentes (Figura 2). A chikungunya é a arbovirose com maior polimorfismo de lesões, com diferentes manifestações cutâneas descritas na fase aguda: exantema com padrão urticariforme, dermatite esfoliativa, lesões vesicobolhosas, hiperpigmentação, fotossensibilidade, lesões simulando eritema nodoso e úlceras e lesões aftoides orais. O prurido pode estar presente em um terço dos pacientes. Descamação das plantas dos pés é frequentemente relatada pelos pacientes e menos frequentemente em mãos e pavilhão auricular.

Figura 2 – Lesões de pele de pacientes com chikungunya mostrando os padrões de exantema na fase aguda



Figura 3 – Lesões descamativas de pés e pavilhão auricular em fase aguda e pós-aguda (3A e 3B)



Fotos: Carlos Brito.

Figura 4 – Lesões vesicobolhosas em fase aguda de chikungunya em adulto e criança e úlceras orais (4A a 4D)



A artralgia tem sido descrita em mais de 90% dos pacientes na fase aguda, com padrão poliarticular, simétrico, acometendo principalmente as articulações de mãos, punhos, ombros, joelhos, tornozelos e pés. A artralgia é comumente incapacitante e limita a execução de atividades cotidianas como andar, pentear os cabelos, pegar objetos. O edema (periarticular e/ou articular) é frequentemente presente nesta fase, bem como tenossinovites e rigidez articular. A mialgia generalizada, quando presente, é, em geral, de leve a moderada intensidade. A Figura 5 ilustra pacientes com acometimento articular em diversas regiões do corpo.



A hiperemia bilateral de membros inferiores, algumas vezes com padrão de vasculite, ocorre em pacientes idosos e tende a perdurar por dias. Casos de vasculite cutânea grave têm sido descritos, e apesar de raros, sugerem intensa resposta inflamatória sistêmica.

Fase pós-aguda

Após a fase aguda, que pode durar em média 14 dias, 45% a 75% dos pacientes persistem com sintomas, continuando com as manifestações clínicas por até três meses. Nesta fase a febre normalmente desaparece, persistindo as queixas musculoesqueléticas, com poliartralgia e/ou poliartrite de forte intensidade (Figura 6). A exacerbação da dor pode atingir articulações previamente acometidas, podendo ser acompanhada de tenossinovite subaguda, com acometimento predominante em punhos e tornozelos, associada à rigidez matinal. Dor neuropática e síndrome do túnel do carpo são frequentemente relatadas. Nesta fase podem estar presentes também sintomas gerais, como astenia e depressão. Há relatos de recorrência da febre, do prurido e do exantema maculopapular, além do surgimento de lesões purpúricas, vesiculares e bolhosas. Caso os sintomas persistam por mais de três meses após o início da doença, verifica-se a progressão para a fase crônica da chikungunya.

Fase crônica

A fase crônica caracteriza-se pela persistência das queixas musculoesqueléticas por períodos superiores a três meses. Nesta fase as queixas são caracterizadas por dor intensa e incapacitante, que pode ser persistente ou recidivante, semelhante às descritas nas fases anteriores.

Vários fatores em diferentes estudos têm sido associados ao risco de cronificação das queixas musculoesqueléticas, a destacar: sexo feminino; idade maior de 45 anos; dor intensa, presença de edema, rigidez ou poliartrite na fase aguda; doença articular prévia; diabetes; alta carga viral e níveis elevados da proteína C na fase aguda; e IgM persistentemente elevada.

As articulações mais frequentemente acometidas são: mãos, punhos, joelhos e tornozelos, com associação à rigidez matinal e edema. Acometimento da região cervical e dos ombros são também referidos pelos pacientes que descrevem dor e limitação de movimentos. A dor neuropática acomete cerca de 20% dos pacientes e frequentemente é negligenciada.



CURSO PREPARATÓRIO ÀS ESCOLAS MILITARES

ENFERMAGEM



As formas extra-articulares da chikungunya são caracterizadas por manifestações sistêmicas resultantes do comprometimento de órgãos e sistemas que podem ou não se apresentar simultaneamente às manifestações musculoesqueléticas. O espectro clínico envolve comprometimento de órgãos devido aos efeitos diretos do vírus, da resposta inflamatória sistêmica ou por causas indiretas como descompensação das doenças preexistentes.

O comprometimento extra-articular pode envolver vários órgãos e sistemas, com destaque para o sistema cardiovascular (miocardite, pericardite, arritmia, instabilidade hemodinâmica), o sistema respiratório (pneumonite, insuficiência respiratória, edema pulmonar, hemorragia intra-árvoreolar, derrame pleural, broncopneumonia), o sistema nervoso central e periférico (encefalite, mielite, meningoencefalite, acidente vascular cerebral, síndrome de Guillain-Barré, neurite óptica, cerebelite, rombencefalite) e o sistema urinário (insuficiência renal aguda, nefrite intersticial aguda, necrose tubular aguda). O comprometimento desses órgãos, que pode ou não estar associado à sepse e ao choque séptico, frequentemente se associa à elevada morbidade. Outras complicações associadas à chikungunya incluem descompensação de comorbidades como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares preexistentes (hipertensão arterial, insuficiência cardíaca), doença renal crônica e doenças respiratórias crônicas (DPOC, asma).

Sistema/órgãos	Complicações associadas	Achados clínicos associados
Sistema cardiovascular	Miocardite, pericardite, insuficiência cardíaca, arritmias, instabilidade hemodinâmica, infarto agudo do miocárdio.	Dor torácica, precordialgia, hipotensão, choque, arritmia, sinais de insuficiência cardíaca (como edema de membros inferiores, anasarca), dispneia aos esforços, ortopneia, edema agudo de pulmão.
Sistema respiratório	Pneumonite, insuficiência respiratória, edema pulmonar, hemorragia intra-árvoreolar, derrame pleural, broncopneumonia.	Dispneia, cianose, taquicardia, taquipneia, hipoxemia, alterações na ausculta (estertoração, roncos, diminuição ou abolição do murmúrio vesicular).
Sistema nervoso	Encefalite, meningoencefalite, encefalopatia, convulsões, síndrome de Guillain-Barré, síndrome cerebelar, paresias, paralisias e neuropatias.	Cefaleia, letargia, alteração no nível de consciência, sinais de localização, convulsões, diminuição da força muscular ou da sensibilidade, paresia, parestesia, plegia.
Sistema urinário	Insuficiência renal aguda, nefrite intersticial aguda, necrose tubular aguda.	Oligúria, anúria, hematúria, edema, aumento dos níveis de ureia e creatinina séricas, alterações hidroelectrolíticas e no sedimento urinário.
Oftalmológicas	Neurite óptica, iridociclite, episclerite, retinite, uveíte.	Fotofobia, diminuição súbita na visão e hiperemia ocular.
Pele	Hiperpigmentação por fotossensibilidade, dermatoses vesiculobolhosas, ulcerações aftosa-like.	Alterações na coloração da pele, presença de lesões bolhosas e ulceradas.
Descompensação de comorbidades	Diabetes, doença cardiovascular prévia, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, doenças renais ou pulmonares (DPOC, asma).	De acordo com a doença de base.
Outros	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sepse e choque séptico. ■ Coagulação intravascular disseminada (CIVD). ■ Hepatite. ■ Pancreatite, síndrome da secreção inapropriada do hormônio antidiurético, discrasia sanguínea, insuficiência adrenal etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taquicardia, hipotensão, sudorese excessiva e outros sinais de choque. ■ Alterações no coagulograma, fenômenos hemorrágicos, eventos trombóticos. ■ Alterações nas enzimas hepáticas, icterícia, alterações no coagulograma. ■ Alterações em exames laboratoriais ou exames clínicos diferentes nas diversas situações.

Chikungunya grave

Todo paciente com suspeita de chikungunya que apresentar sinais clínicos e/ou alterações laboratoriais de insuficiência de, no mínimo, um órgão ou sistema, associado a risco de morte ou exigindo internação hospitalar deve ser considerado como caso de chikungunya grave. Nas formas graves as manifestações articulares podem estar ausentes. Na forma grave, o paciente experimenta o agravamento do quadro clínico, com piora clínica por falência orgânica, sendo as complicações que levam à hospitalização as seguintes: cardiovasculares, respiratórias, renais, neurológicas e distúrbios de coagulação, sejam isoladas ou associadas.

É importante destacar que as formas graves da infecção pelo CHIKV acometem com maior frequência recém-nascidos, pacientes com idade acima de 65 anos e pacientes com comorbidades (diabetes, hipertensão, doença renal crônica, asma, insuficiência cardíaca, doenças reumatológicas, anemia falciforme e talassemia) e/ou

que estejam em uso de alguns fármacos específicos (aspirina, anti-inflamatórios e paracetamol em altas doses). Tais condições preexistentes estão também associadas ao maior risco de evolução para óbito.

Diagnóstico diferencial

dengue: febre, dor de cabeça, dor atrás dos olhos, podendo aparecer manchas vermelhas na pele. A dengue também pode causar dor nas articulações, mas geralmente é menos intensa do que na chikungunya. A presença de sinais de alarme como dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, sangramento de mucosas, letargia ou irritabilidade, hepatomegalia maior que 2 cm, aumento do hematócrito, hipotensão postural ou sinais de choque podem sugerir dengue grave; ☐

malária: história de exposição em áreas de transmissão, febre, calafrios, mialgia, insuficiência renal, icterícia, alteração do nível de consciência, hepato ou esplenomegalia; ☐

leptospirose: cefaleia intensa, mialgia generalizada mais intensa em panturrilhas, hiperemia/hemorragia conjuntival, icterícia, oligúria, manifestações respiratórias; considerar história de exposição a águas contaminadas; ☐ artrite séptica: leucocitose, edema e derrame articular, acometimento de grandes articulações; ☐

Zika: febre baixa, rash cutâneo frequentemente pruriginoso, cefaleia, artralgia em extremidades distais, mialgia e conjuntivite não purulenta. Entretanto, na chikungunya são observadas temperaturas mais elevadas e artralgia mais intensa, com acometimento também da coluna axial; ☐

febre reumática: poliartrite migratória de grandes articulações, história de faringoamigdalite. Considerar os critérios de Jones para a febre reumática e evidência de infecção prévia pelo estreptococos (cultura positiva de orofaringe, positividade em testes rápidos para detecção de antígenos estreptocócicos ou títulos elevados de anticorpos antiestreptocócicos)

lúpus eritematoso sistêmico (LES): sintomas articulares semelhantes, além de outros sintomas sistêmicos, como erupções cutâneas, fadiga e febre. A presença de sintomas multissistêmicos e de autoanticorpos pode sugerir LES; ☐

Mayaro: o vírus Mayaro também pertence ao gênero Alphavirus da família Togaviridae, assim como o vírus da chikungunya. As manifestações clínicas das duas enfermidades são semelhantes, mas aquelas produzidas pelo CHIKV costumam ser bem mais intensas. Quadros clínicos prolongados, com meses de duração, também podem ser causados pelo Mayaro; ☐

febre do Nilo Ocidental: febre, cefaleia, dores no corpo, náuseas, vômitos e, às vezes, erupção cutânea. Em casos raros pode causar doença neurológica grave, como encefalite ou meningite; ☐

sífilis secundária: podem aparecer sintomas polimórficos, incluindo rash cutâneo (incluindo palmas das mãos e plantas dos pés), febre, linfadenopatia generalizada e mal-estar. Lesões mucocutâneas e a presença de lesões genitais ou histórico de sífilis devem levar à consideração de testes diagnósticos para sífilis; ☐

sepse bacteriana: caracterizada por febre, hipotensão, taquicardia, alterações do estado mental e, potencialmente, falência de múltiplos órgãos. A sepse requer diagnóstico e tratamento rápidos. A presença de uma fonte de infecção, como pneumonia, infecção do trato urinário ou infecção da pele, pode ser indicativa desta sepse; ☐

febre maculosa brasileira: causada pela bactéria Rickettsia rickettsii, transmitida por carrapatos. Os sintomas incluem febre alta, dor de cabeça, rash (que geralmente começa nas extremidades e se espalha para o tronco), mialgia, podendo evoluir para complicações hemorrágicas, neurológicas, renais e respiratórias. A história de exposição a áreas com carrapatos e a evolução do rash são importantes para o diagnóstico.

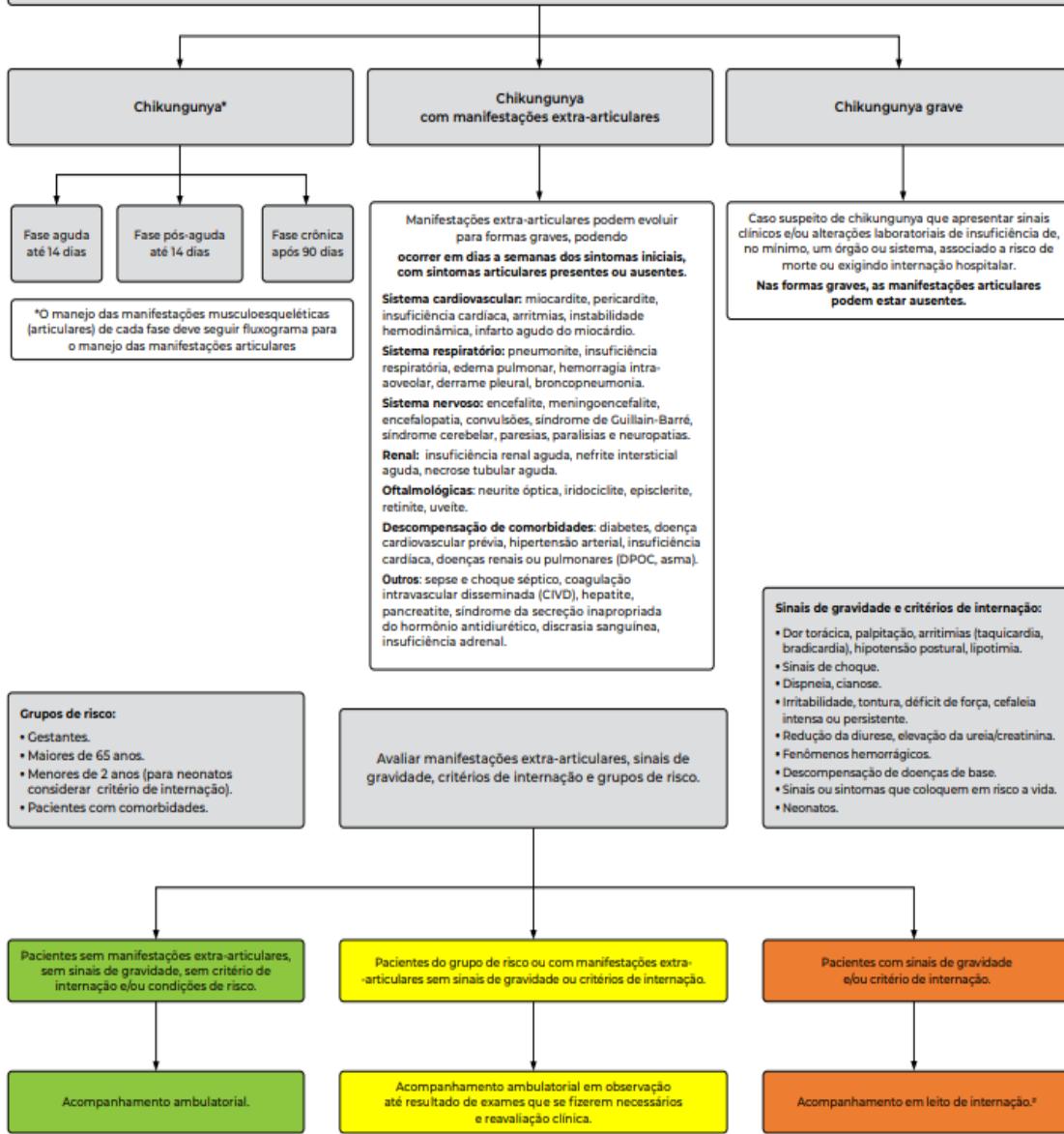
Sinais/sintomas	Dengue	Zika	Chikungunya
Febre	Febre alta	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$)	Febre alta
Duração	4 a 7 dias	1 a 2 dias subfebril	2 a 3 dias
Exantema	Surge a partir do 3 ^o ao 6 ^o dia	Surge no 1 ^o ou no 2 ^o dia	Surge no 2 ^o ao 5 ^o dia
Mialgia (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfonodomegalia	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Risco de morte	+++	+	+++
Acometimento neurológico	+	+++	+++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	+	++

Definição de caso suspeito

Paciente com febre e artralgia ou artrite, não explicadas por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas de transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado. Além das definições anteriores, cabem algumas observações: \square em alguns casos os pacientes podem não apresentar febre, principalmente se forem idosos; \square o início da febre, em geral, ocorre subitamente; \square alguns casos podem apresentar manifestações extra-articulares. Podem haver casos que não atendam à definição de casos de chikungunya e apresentem manifestações extra-articulares, inclusive graves.

Caso suspeito: paciente com febre e artralgia ou artrite, não explicado por outras condições, sendo residente ou tendo visitado áreas de transmissão até duas semanas antes do início dos sintomas ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

Atenção: alguns casos podem não apresentar febre, principalmente idosos. A febre ocorre, em geral, de inicio súbito. Alguns casos podem apresentar manifestações extra articulares. Podem haver casos que não atendam à definição de casos de chikungunya e que apresentem manifestações extra-articulares, inclusive graves.*

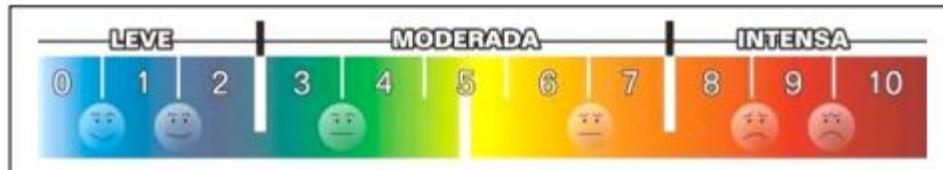


Exames complementares As alterações laboratoriais de chikungunya durante a fase aguda são inespecíficas. A leucopenia é frequente, porém se diferencia de outras doenças virais em que se espera linfocitose. Na chikungunya a linfopenia é mais frequentemente encontrada. Apesar de ser mais frequente em arboviroses como dengue, a trombocitopenia pode ocorrer na chikungunya, levando a risco de complicações hemorrágicas. A velocidade de hemossedimentação e a proteína C-reativa, marcadores de processo inflamatório, encontram-se geralmente elevadas e podem permanecer assim nas diferentes fases da doença. A elevação de enzimas musculares como creatinofosfoquinase (CPK), mioglobina e aldolase é frequente e expressiva em casos de rabdomiólise associado a chikungunya. Elevações discretas das enzimas hepáticas (AST e ALT) podem ocorrer, lembrando que a TGO pode estar elevada também devido à lesão muscular (Brito; Cordeiro; Rosa, 2020). Uma atenção especial deve ser dada a algumas alterações em exames associadas às formas de chikungunya grave. No hemograma, a contagem de plaquetas < que 100.000/mm³ e leucocitose aumentaram respectivamente em 7,4 e 2,8 vezes o risco de internação (p7.500/mm³; OR=14,1; IC=5,4-26,5); e linfopenia (linfócitos 3mg/dL (OR=12,4; IC=2,9-52,6); glicemia > 125 (OR=13,5; IC=1,3-135,0); ureia > 45 (OR=17,8; IC=5,5-57,3); creatinina > 1,3 (OR=17,8; I

Manejo clínico

Fase aguda

Figura 8 – Escala analógica visual (EVA)



Quadro 3 – Tratamento medicamentoso na fase aguda da chikungunya

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contraindicações
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> Comprimidos de 500 mg Solução oral (gotas) de 500 mg/ml (1 ml = 20 gotas = 500 mg; 1 gota = 25 mg) 	<p>> 15 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 a 2 comprimidos ou 20 a 40 gotas de 6/6 horas <p>Crianças > 3 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 a 25 mg/kg a cada 6 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Crianças menores de 3 meses ou com menos de 5 kg não devem utilizar a dipirona oral. Crianças entre 3 e 11 meses ou com menos de 9kg não devem usar dipirona intravenosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Função da medula óssea prejudicada Doenças do sistema hematopoietico Broncoespasmo ou outras reações anafilactoides com analgésicos Porfiria hepática aguda intermitente Deficiência congênita da glicose-6-fosfato-desidrogenase (G6PD) (risco de hemólise) Gravidez e lactação
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> Comprimidos de 500 mg Solução oral de 200 mg/ml (1ml = 15 gotas = 200 mg; 1 gota = 13 mg) 	<p>Adultos e adolescentes > 12 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 comprimido a cada 4 a 6 horas ou 2 comprimidos a cada 6 horas. Máximo 4.000 mg/dia (8 comprimidos/dia) <p>Crianças < 12 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 a 15 mg/kg/dose a cada 4 a 6 horas 		<ul style="list-style-type: none"> Hipersensibilidade ao paracetamol ou a qualquer outro componente de sua fórmula

Continua

Conclusão

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contraindicações
Codeína	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprimidos de 30 ou 60 mg ■ Solução oral de 3mg/ml 	<p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 30 a 60 mg, 3 a 4 vezes ao dia. <p>Dose máxima 360 mg/dia</p> <p>Crianças e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 0,5 a 1 mg/kg/dose a cada 4 a 6 horas <p>Dose máxima de 60 mg/dia</p>	Idoso: dose inicial de 15 mg de 4/4 horas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diarreia associada à colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina ■ Diarreia causada por envenenamento ■ Dependência de drogas (incluindo alcoolismo)
Tramadol	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprimido de 50 ou 100 mg ■ Solução oral de 100 mg/ml (1 ml = 40 gotas = 100 mg) ■ Ampola de 50 mg/ml 	<p>Adultos e adolescentes > 12 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 50 a 100 mg a cada 4 a 6 horas <p>Dose máxima de 400 mg ao dia</p> <p>Crianças > 1 ano:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1-2 mg/kg, dose única 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cápsulas não devem ser utilizadas em < 12 anos devido à alta dosagem 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipersensibilidade a cloridrato de tramadol ou a qualquer componente da fórmula ■ Intoxicações agudas por álcool, hipnóticos, analgésicos, opioides e outros psicotrópicos
Ciclobenzaprina	<ul style="list-style-type: none"> ■ comprimidos de 5 mg e 10 mg 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 10 a 40mg ao dia <p>Dose máxima: 60 mg/dia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liberado para maiores de 15 anos. ■ Uso preferencial a noite devido à sonolência. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipersensibilidade a ciclobenzaprina ■ Gravidez e lactação ■ Glaucoma ou retenção urinária ■ Arritmia cardíaca, bloqueio, insuficiência cardíaca congestiva, fase aguda de infarto agudo do miocárdio e hipertireoidismo.

Fase pós-aguda

A fase pós-aguda corresponde àquela em que existe uma persistência dos sintomas no período entre 15 e 90 dias. Uma avaliação clínica e, eventualmente, com métodos de imagem se faz necessária para definir o padrão clínico predominante: a) dor musculoesquelética localizada ou difusa não inflamatória; b) artrite/tenossinovite (doença articular ou periarticular associada a edema); c) dor neuropática.

Quadro 4 – Tratamento medicamentoso na fase pós-aguda de chikungunya

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contra-Indicações
Ibuprofeno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprimidos de 200, 300 ou 600 mg ■ Suspensão oral (gotas) de 50 mg/ml 	<p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 200 a 600 mg, 3 a 4 vezes ao dia ou ■ 40 gotas (200 mg) a 120 gotas (600 mg) <p>Dose máxima de 3.200 mg/dia</p> <p>Crianças a partir de 6 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1 a 2 gotas/kg 3 a 4 vezes ao dia, não exceder 40 gotas/dose <p>Dose máxima: 160 gotas/dia</p>	<p>Não deve ser utilizado em menores de 6 meses e no terceiro trimestre da gravidez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Úlcera péptica ativa ■ Sangramento gastrintestinal ■ Úlcera gastroduodenal ■ Uso concomitante com bebidas alcoólicas
Naproxeno	<ul style="list-style-type: none"> ■ Comprimidos de 250 e 500 mg 	<p>Adultos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 250 mg 2 vezes ao dia ou 500 mg 1 vez ao dia 	<p>Não há indicação para uso em crianças</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipersensibilidade ao naproxeno ■ Asma, rinite, polípos nasais ou urticária pelo uso de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), ■ Insuficiência cardíaca grave ■ Sangramento ativo ou antecedente de sangramento gastrintestinal ou perfuração relacionados a uso anterior de AINEs; ■ Doença ativa ou antecedente de úlcera péptica ■ Depuração de creatinina inferior a 30mL/min

Continua

Continuação

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contra-Indicações
Prednisona	■ Comprimidos de 5 e 20 mg	Adultos: ■ 5 a 60 mg por dia Dose pediátrica: ■ 0,14 a 2mg/kg de peso por dia		■ Infecções sistêmicas por fungos ■ Reações alérgicas ou alguma reação incomum à prednisona/corticosteroides
Prednisolona	■ Solução oral de 1 e 3 mg/ml	Adultos: ■ 5 a 60 mg/dia Dose pediátrica: ■ 0,2-0,5 mg/kg por dia		Idem prednisona
Amitriptilina	■ Comprimido de 25 mg ou 75 mg	Adultos: ■ 25 a 100 mg/dia Dose máxima 150 mg/dia Adolescentes >12 anos: ■ 25 mg ou 0,1 a 2 mg/kg/dia	Não deve ser utilizado por mulheres grávidas	■ Uso em associação com IMAO ■ Pacientes que recebem cisaprida devido à possibilidade de reações adversas cardíacas durante a fase de recuperação aguda após infarto do miocárdio

Continua

Continuação

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contra-Indicações
Gabapentina	■ Cápsulas de 300 ou 400 mg	Dose inicial: ■ 300 mg 3 vezes ao dia A dose pode ser aumentada até a dose máxima de 3.600 mg/dia Crianças: ■ Entre 3 e 12 anos, dose inicial = 10 a 15 mg/kg/dia, 3 vezes ao dia ■ Acima de 12 anos = 300 mg 3 vezes ao dia Dose otimizada = 25-40 mg/kg/dia e para maiores de 12 anos até 1.200 mg	Não deve ser utilizado por mulheres grávidas	■ Pacientes com hipersensibilidade à gabapentina ou a outros componentes da fórmula

Continua

Conclusão

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contra-Indicações
Carbamazepina	■ Comprimidos de 200 ou 400 mg ■ Suspensão oral 20mg/ml	Adultos e adolescentes > 12 anos: ■ dose inicial de 200 a 400 mg ao dia, com elevação gradual de acordo com a melhora da dor, geralmente 200 mg de 2 a 4 vezes ao dia Dose máxima de 1.200 mg/dia		■ Bloqueio atrioventricular ■ Histórico de depressão da medula óssea ■ Histórico de porfirias hepáticas ■ Uso em associação com inibidores da monoamino-oxidase (IMAO)
Ciclobenzaprina	■ comprimidos de 5 mg e 10 mg	■ Dose: 10 a 40mg ao dia Dose máxima: 60 mg/dia	■ Liberado para maiores de 15 anos. ■ Uso preferencial à noite devido à sonolência.	■ Hipersensibilidade a ciclobenzaprina ■ Gravidez e lactação ■ Glaucoma ou retenção urinária ■ Arritmia cardíaca, bloqueio, insuficiência cardíaca congestiva, fase aguda de infarto agudo do miocárdio e hipertireoidismo.

Fase crônica

Corresponde à fase em que as queixas musculoesqueléticas persistem nos pacientes com por um período superior a 90 dias. Nesta fase, o uso de analgésicos, opioides, AINEs e corticoides pode ser instituído nos casos refratários ou recidivantes, ou ainda como ponte enquanto se aguarda o início da ação das drogas de fase crônica

Quadro 5 – Tratamento medicamentoso da fase crônica no adulto

Medicamento	Apresentação	Dose	Observações	Contraindicações
Hidroxicloroquina	■ Comprimido de 400 mg	6 mg/kg/dia Dose máxima: 400 mg/dia	PCDT de artrite reumatoide	■ Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, à classe ou aos componentes ■ Retinopatia
Metotrexato	■ Comprimido de 2,5 mg	7,5 a 25 mg 1 vez na semana via oral Dose da criança: 0,5 mg/kg/semana via oral ou SC Dose máxima: 25 mg/semana	PCDT de artrite reumatoide	■ Hipersensibilidade conhecida ao medicamento, à classe ou aos componentes ■ Tuberculose sem tratamento ■ Infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico ■ Infecção fúngica que ameace à vida ■ Infecção por herpes zóster ativa, hepatites B ou C agudas ■ Gestação, amamentação e concepção (homens e mulheres) ■ Elevação de aminotransferases/transaminases (igual ou três vezes acima do limite superior da normalidade) ■ Taxa de depuração de creatinina inferior a 30 mL/min/1,73m ² de superfície corporal na ausência de terapia dialítica crônica

Abordagem terapêutica É importante ressaltar que não existem antivirais específicos disponíveis para o tratamento da chikungunya.

suporte hemodinâmico: a instabilidade hemodinâmica associada à chikungunya pode ser consequência do acometimento cardíaco ou secundária a resposta inflamatória sistêmica induzida pelo vírus ou por infecções bacterianas secundárias. Podem ser administrados fluidos intravenosos e drogas vasoativas. No entanto, é importante diferenciar os mecanismos fisiopatológicos subjacentes para uma terapia mais efetiva e para evitar iatrogenia; [2](#)

tratamento das complicações cardíacas: isto abrange o tratamento de miocardite, pericardite, arritmias cardíacas, doenças isquêmicas do coração e monitoramento contínuo do ritmo cardíaco; [2](#) suporte respiratório: em situações de insuficiência respiratória pode ser necessário fornecer oxigênio suplementar,

suporte ventilatório por métodos não invasivos ou mesmo intubação com ventilação mecânica; [2](#)

abordagem neurológica: casos de comprometimento neurológico requerem avaliação neurológica especializada e, em alguns casos, tratamento específico, como imunoglobulina intravenosa para a síndrome de Guillain-Barré; [2](#)

suporte renal: em casos de insuficiência renal aguda, a diálise pode ser necessária para manter a função renal;

tratamento de complicações hemorrágicas: inclui o manejo da coagulação intravascular disseminada (CIVD) e de outras complicações hemorrágicas, podendo envolver a administração de concentrados de fatores de coagulação; [2](#)

gerenciamento de comorbidades: a descompensação das comorbidades preexistentes, como diabetes, doenças cardiovasculares ou doença renal crônica, é uma importante causa de morte entre pacientes de chikungunya. Portanto, os pacientes devem receber manejo adequado de suas condições subjacentes para evitar a descompensação.



Confirmação laboratorial

Métodos diretos [\[2\]](#) Pesquisa de vírus (isolamento viral por inoculação em células e camundongos recém-nascidos). [\[2\]](#)

Pesquisa de genoma do vírus da chikungunya por reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR). [\[2\]](#)

Pesquisa de antígenos virais por meio de imuno-histoquímica (IHQ), geralmente associado ao estudo anatomo-patológico.

Métodos indiretos [\[2\]](#)

Pesquisa de anticorpos IgM e IgG por testes sorológicos (ensaio imunoenzimático – ELISA). [\[2\]](#)

Demonstração de soroconversão nos títulos de anticorpos por Inibição da Hemaglutinação (IH) (não reagente → reagente por IH). [\[2\]](#)

Alteração de quatro vezes no título do Teste de Neutralização por Redução de Placas (PRNT) em amostras pareadas de fases convalescentes, sendo a primeira coleta a partir do sexto dia do início dos sintomas e a segunda coleta após 15 dias da primeira coleta