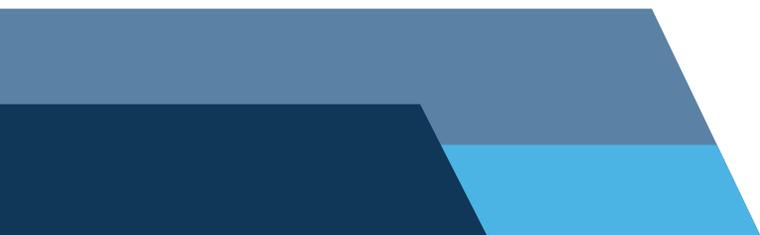


# GUÍA PARA EL MANEJO CLÍNICO DEL DENGUE

## PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
(MSPAS)

Guatemala, enero de 2022

**Dr. Francisco José Coma Martín**  
Ministro de Salud Pública y A. S.

**Dr. Gerardo David Hernández García**  
Viceministro de Salud Pública y A. S.

**Dr. Edwin Eduardo Montufar Velarde**  
Viceministro de Salud Pública y A. S.

**Lcda. Leslie Lorena Samayoa Jerez de Hermosilla**  
Viceministra de Salud Pública y A. S.

**Lic. Ariel Estuardo Hernández Cardona**  
Viceministro de Salud Pública y A. S.

## Validación

Licda. Nevis Núñez Pineda  
Epidemióloga  
Hospital Nacional de Coatepeque  
MSPAS

Dr. Osmar Yac  
Internista  
Hospital Nacional de Coatepeque  
MSPAS

Dr. Hugo Leonel Gómez Castillo  
Jefe de Pediatría  
Hospital de Coatepeque  
MSPAS

Dra. Siomara Jeanneth Cifuentes  
Ginecóloga Obstetra  
Hospital Nacional de Coatepeque  
MSPAS

Dra. Jesica Liseth De León Castillo  
Jefe de Residentes  
Hospital Nacional de Coatepeque  
MSPAS

Dr. Rodolfo Véliz  
Director  
Hospital Nacional de Malacatán  
MSPAS

Dr. Ronald López  
Pediatra  
Hospital Nacional de Malacatán  
MSPAS

Dr. Raúl Adolfo Armas Borja  
Coordinación de Hospitales  
MSPAS

Dr. Pedro Marcelino Yax  
Programa de Enfermedades  
Transmitidas por Vectores  
MSPAS

Dr. Manuel de Jesús Sagastume Cordón  
Departamento de Epidemiología  
MSPAS

Dra. Nancy Sandoval  
Infectóloga  
Asociación Guatemalteca de  
Enfermedades Infecciosas

Licda. Anaité Sánchez  
Vigilancia de Arbovirosis  
Departamento de Epidemiología  
MSPAS

Dra. Doménica Elizabeth López Bonilla  
Pediatra  
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social  
-IGSS- Escuintla

## Agradecimiento por apoyo técnico

**Dra. Anabelle Alfaro**  
Consultora OPS

**Dra. Mónica Guardo**  
Asesora OPS

**Dr. Gamaliel Gutiérrez**  
Asesor OPS

**ML Marianella Ballar**  
Filóloga

**Dr. Carlos Quijada**

## TABLA DE CONTENIDOS

1. PRESENTACIÓN .....	iii
2. GENERALIDADES .....	1
2.1. Fisiopatología.....	1
2.2. Curso de la enfermedad.....	2
2.3. Definición de caso y clasificación de la enfermedad .....	5
3. PASOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DENGUE .....	6
3.1. PASO 1: Anamnesis, examen físico y pruebas de laboratorio .....	6
3.2. PASO 2: Diagnóstico clínico, fase de la enfermedad y clasificación según gravedad .....	10
3.3. PASO 3: Tratamiento según grupos de intervención (A, B1, B2 y C) .....	10
3.4. PASO 4: Notificación de la enfermedad a vigilancia epidemiológica .....	13
4. MANEJO DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA .....	14
5. MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO .....	21
6. MANEJO DEL PACIENTE ADULTO .....	29
7. MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON DENGUE.....	39
8. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.....	49
9. BIBLIOGRAFÍA.....	51
10. ANEXOS .....	52

## 1. PRESENTACIÓN

Guatemala es un país tropical del cinturón de las Américas, que según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística –INE- en el año 2021 tiene 17,109,746 habitantes, distribuidos en 22 departamentos y con frecuentes episodios epidémicos de dengue en sus diferentes manifestaciones.

Se presenta esta guía como una herramienta más para la atención de casos con dengue, desde el nivel primario en salud hasta la atención en unidades especializadas de segundo y tercer nivel. Ofrece una descripción de la enfermedad, su clasificación, manejo de casos de manera integral, así como su diagnóstico y medidas a considerar en situaciones de brote. La incorporación de los signos de alarma en las guías actuales de dengue ha contribuido a mejorar la atención y manejo de los casos, principalmente en situaciones de epidemia, donde un buen triaje es de vital importancia. El principal propósito planteado es evitar las muertes por dengue y disminuir el costo socioeconómico que refleja la ausencia laboral y el tratamiento de las complicaciones de estas enfermedades en la población. Esta guía también ofrece una mejor estratificación de la gravedad del paciente, tomando en cuenta las manifestaciones clínicas de gravedad más frecuente en esta patología (fuga plasmática, estado de choque inicial y tardío, sangrados significativos), así como otras manifestaciones que anteriormente se creían inusuales (alteraciones en el sistema nervioso central, daño a otros órganos).

En este contexto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) pone a disposición de los servicios esta guía para el manejo integral de dengue, para que el personal que atiende los servicios pueda aplicarla de una forma simple, sencilla y eficiente de acuerdo con los recursos existentes, sin desestimar lo más importante, que es la prevención.

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

## 2. GENERALIDADES

El dengue es la enfermedad viral transmitida por artrópodos (arbovirales) de mayor relevancia en las Américas por ser una de las causas más frecuentes de consulta médica. Del virus que la causa, existen cuatro serotipos relacionados (DENV 1, 2, 3 y 4). La infección puede cursar de forma asintomática o presentarse con un amplio espectro clínico de manifestaciones (ver Anexo I, Clasificación de la gravedad del dengue). Después del período de incubación (de 4 – 10 días), la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

Aunque la enfermedad “es compleja en sus manifestaciones, el tratamiento es relativamente simple, barato y muy efectivo para salvar vidas, siempre y cuando se lleven a cabo las intervenciones correctas y oportunas. La clave es la identificación temprana y la comprensión de los problemas clínicos durante las diferentes fases de la enfermedad, lo que permite un enfoque racional del abordaje de casos y una buena respuesta clínica” [1, p. 3].

### 2.1. Fisiopatología

Una vez que el virus se introduce en la dermis, es identificado por las células de Langerhans allí presentes. Estas lo transportan a los ganglios linfáticos y a algunos órganos, como el bazo, y de allí a la sangre, que lo disemina a los órganos y sistemas. Se produce de inmediato una respuesta inflamatoria inespecífica con liberación de mediadores por los monocitos y otras células en sangre y tejidos.

Los linfocitos activados inician la producción de inmunoglobulina M (IgM), que tiene un papel determinante en el control de la infección, pero que solo se hace detectable a partir del 5º o 6º día, alcanza los niveles más altos a los 14 o 15 días de iniciada la enfermedad y tendrá una duración de 30 a 60 días. Simultáneamente al proceso anterior, se produce la inmunoglobulina G (IgG), que se eleva progresivamente y tiene una larga duración, quizás de toda la vida. Sin embargo, la respuesta del huésped es decisiva, pudiendo ser

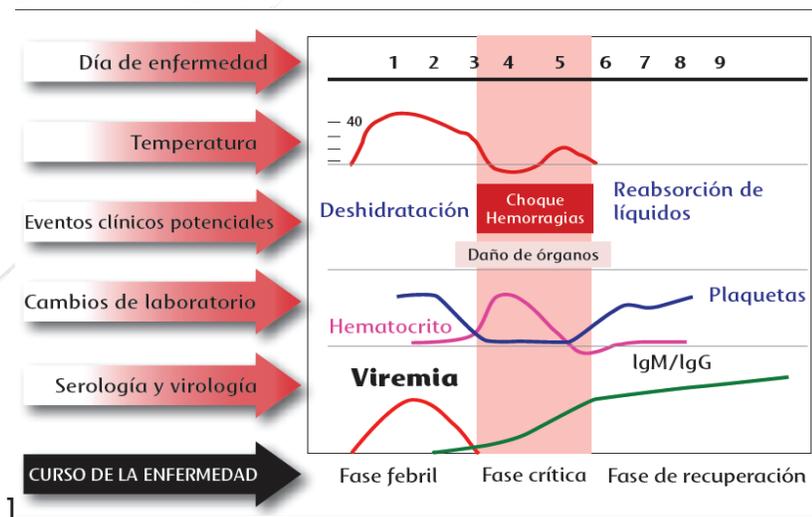
protectora contra un determinado serotipo viral. Algunos meses o años después de esa primera infección, los anticuerpos neutralizantes disminuyen o desaparecen.

Así, aumentan otros anticuerpos de tipo subneutralizante ante la infección por un serotipo viral diferente. Estos anticuerpos heterotípicos facilitan la entrada del virus al monocito a través del receptor Fc y permiten que se multiplique en su interior, para después liberarlo y aumentar la carga viral de manera exponencial. Se trata de un primer mecanismo que influye en el hecho de que la infección secundaria sea la que con mayor frecuencia se asocia a formas graves del dengue.

En consecuencia, el monocito activado produce y libera una elevada cantidad de citoquinas, como el factor de necrosis tumoral y otras, cuya acción conjunta sobre los endotelios y demás células del organismo va a constituir el principal mecanismo fisiopatológico mediante el que se escapan proteínas y agua hacia el espacio extravascular, lo que puede llevar a choque hipovolémico (más frecuente en casos de dengue grave) [5, p. 4-6].

## 2.2. Curso de la enfermedad

**Figura 1. Dengue, curso de la enfermedad**



OPS, 2016. (4)

## Fase febril

Generalmente, los pacientes inician con fiebre alta de inicio súbito. Es difícil distinguir clínicamente el dengue de otras arbovirosis, como el chikunguña y zika, o de otras enfermedades febriles agudas de diferente etiología, porque el cuadro clínico es similar. Esto representa un desafío para el personal de salud a cargo de la atención del caso.

En esta fase es imposible predecir si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o a la gravedad.

**La principal complicación observada en esta fase es la deshidratación y la fiebre alta, que en niños puede asociarse a convulsiones [1, p. 8].**

## Fase crítica

Al bajar bruscamente la fiebre, el paciente con dengue puede mejorar y recuperarse de la enfermedad o presentar un aumento de la permeabilidad capilar con una duración de 24 a 48 h, acompañado de deterioro clínico y el hallazgo de uno o más de los siguientes SIGNOS DE ALARMA [4, p. 12]:

- **“Dolor abdominal** progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril.
- **Trastorno del sensorio:** irritabilidad, somnolencia, letargo.
- **Sangrado de mucosa:** gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a menstruación o sangrado menstrual mayor al habitual y hematuria.
- **Acumulación de líquidos** por clínica, por estudios de imágenes, o ambos, al final de la etapa febril.
- **Hepatomegalia** mayor de 2 cm por debajo de reborde costal y de instalación brusca.
- **Vómitos** persistentes (tres o más en una hora o cuatro en seis horas).
- **Aumento** progresivo del hematocrito” [4, p. 12].

Es esencial mencionar que, a pesar del aumento progresivo del hematocrito (consecuencia de la extravasación de plasma), los médicos deben valorar los **SIGNOS CLÍNICOS** de alarma que pueden estar presentes de forma temprana para iniciar la reanimación con líquidos parenterales con el objetivo de prevenir el choque y no retrasar esta acción a la espera de los resultados de laboratorio.

**La principal complicación observada en esta fase es el choque por extravasación de plasma, otras poco frecuentes son hemorragias graves y compromiso grave de órganos [1, p. 8].**

### Fase de recuperación

Solo se presenta en los pacientes que evolucionaron a la fase crítica. Una vez que desaparece la permeabilidad capilar, tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado que retorna del compartimiento extravascular al intravascular.

Esta etapa “se caracteriza por ausencia de fiebre, mejoría del estado clínico, el paciente presenta buen apetito, estado hemodinámico normal, diuresis normal o aumentada. En los exámenes de laboratorio se observará una tendencia ascendente del recuento de plaquetas y un hematocrito estable, sin líquidos intravenosos” [5, p. 10].

Algunos pacientes, especialmente los portadores de comorbilidades (cardiópatas, nefrópatas y adultos mayores) o aquellos en quienes la aplicación de líquidos parenterales fue excesiva, requieren de atención médica durante mayor tiempo en la etapa de recuperación, en la que se debe eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos extravasados hasta normalizar todas sus funciones vitales.

Además, se debe estar alerta ante la aparición de fiebre por la posibilidad de una coinfección, que con frecuencia es bacteriana.

“Algunas veces puede presentarse una erupción tardía denominada “islas blancas en un mar rojo” acompañada de prurito generalizado” (1, p 7).

“El hematocrito se estabiliza o puede ser más bajo debido al efecto de dilución causado por el líquido reabsorbido. Normalmente, el número de glóbulos blancos comienza a subir con el aumento de los neutrófilos y la disminución de los linfocitos (34). La recuperación del número de plaquetas suele ser posterior a la de los glóbulos blancos. El número de plaquetas circulantes incrementa rápidamente en la fase de recuperación y, a diferencia de otras enfermedades, ellas mantienen su actividad funcional eficiente” (1, p.7).

**“La principal complicación observada en esta fase es la hipervolemia en los pacientes si el tratamiento intravenoso con líquidos ha sido excesivo o se ha extendido hasta esta fase” [1, p. 7].**

### 2.3. Definición de caso y clasificación de la enfermedad

Se debe sospechar de dengue en toda aquella “persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones: 1. Náuseas / vómitos, 2. Exantema, 3. Cefalea / dolor retroorbitario, 4. Mialgia / artralgia, 5. Petequias o prueba del torniquete (+), 6. Leucopenia. También puede considerarse caso todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente” [1, p. 10].

### 3. PASOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON DENGUE

El abordaje del paciente con sospecha diagnóstica de dengue tiene como objetivo identificar la fase clínica en que se encuentra y determinar su gravedad. Esta información es necesaria para instaurar su adecuado manejo. El dengue es una enfermedad dinámica y puede evolucionar de un dengue sin signos de alarma a un dengue con signos de alarma o a un dengue grave.

Los pasos del abordaje del paciente con dengue, independientemente del nivel de atención, son **CUATRO**:

#### 3.1. PASO 1: Anamnesis, examen físico y pruebas de laboratorio

##### Anamnesis

Debe contener historia clínica que incluya antecedentes personales médicos y la descripción completa actual del motivo de consulta. **Pregunte si existen más personas en su casa o vecinos con una enfermedad similar a la suya.** La anamnesis debe incluir:

- Edad
- Fecha del inicio de la fiebre, fecha u hora del último pico febril
- Tolerancia oral adecuada o no
- Búsqueda de signos de alarma:
  - ✓ **Dolor abdominal** progresivo hasta ser continuo o sostenido e intenso y al final de la etapa febril.
  - ✓ **Trastorno del sensorio** (irritabilidad, somnolencia, letargo).
  - ✓ **Sangrado de mucosa** (gingivorragia, epistaxis, sangrado vaginal no asociado a menstruación o sangrado menstrual mayor al habitual y hematuria).

- ✓ **Acumulación de líquidos** al final de la etapa febril (por clínica, por estudios de imágenes o ambos).
- ✓ **Hepatomegalia** mayor de 2 cm por debajo de reborde costal y de instalación brusca.
- ✓ **Vómitos** persistentes (tres o más en una hora o cuatro en seis horas).
- ✓ **Diuresis** (frecuencia en las últimas 6 horas, volumen y hora de la última micción).
- ✓ **Antecedentes personales patológicos**

## Examen físico

Evaluar el estado hemodinámico de paciente por medio de la toma y registro de signos vitales (temperatura, intensidad de pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión diferencial de pulso, presión arterial, media, frecuencia respiratoria y llenado capilar). En caso de pacientes pediátricos se deben tener en cuenta los signos vitales correspondientes a la edad (ver Anexo II, Signos vitales en pediatría).

El examen físico debe incluir:

- Estado de conciencia con la escala de Glasgow y de Blantyre (Anexo III).
- Estado de hidratación
- Presencia de disnea
- Auscultación cardíaca
- Auscultación pulmonar
- Presencia de derrames pleurales
- Revisión de abdomen: dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia
- Presencia de sangrado
- Piel fría y llenado capilar
- Presencia de edema
- Estado nutricional (peso real y peso ideal)

## Pruebas de laboratorio

**Las pruebas para confirmar el diagnóstico de dengue no son necesarias para iniciar el manejo de los pacientes.**

**“Es importante mencionar que hay reacción cruzada entre los anticuerpos de tipo inmunoglobulinas (IgM/IgG) de los virus del dengue y del zika, (lo que complica la confirmación por laboratorio y compromete en consecuencia de esta manera la vigilancia epidemiológica” [3, p. vii].**

Las nuevas directrices para el diagnóstico y tratamiento del dengue, chikunguña y zika proporcionan información que ayudará a la sospecha clínica del dengue y a su diagnóstico diferencial. En el siguiente cuadro se mencionan hallazgos clínicos y de laboratorio potencialmente útiles para orientar el diagnóstico ante la sospecha de infección por arbovirosis. Es importante mencionar que en los pacientes con dengue son frecuentes la cefalea desde la fase febril y el dolor retroocular. La trombocitopenia y el aumento progresivo del hematocrito (Hto) se dan de forma tardía, por lo que no son útiles para el apoyo clínico. La leucopenia podría ser oportuna, pero muchas enfermedades virales la presentan. La erupción cutánea conjuntivitis, artralgias, mialgias, sangrado en piel y/o mucosas se pueden manifestar también en casos de chikunguña. El prurito es frecuente en el zika desde inicio y es el motivo de consulta del paciente [3, p. 11].

Figura 2: Directrices para el diagnóstico y el tratamiento del dengue, chikunguña y zika

Calidad de la evidencia	Manifestaciones de arbovirosis		
<b>ALTA</b> (hallazgos que las diferencian)	Erupción Conjuntivitis Artralgias (dengue o chikunguña) Mialgias o dolores óseos (dengue o chikunguña) Hemorragias (Incluye sangrado en piel, mucosas o ambas) (dengue o chikunguña) Trombocitopenia (dengue) Aumento progresivo del hematocrito (dengue) Leucopenia (dengue) Cefalea (dengue) Prurito (zika)		
<b>MODERADA</b> (hallazgos que probablemente las diferencian)	Acumulación de líquidos Artritis (chikunguña) Escalofríos (dengue o chikunguña) Disgeusia (dengue)		
<b>BAJA</b> (hallazgos que podrían diferenciarlas)	Astenia Dolor retroocular		

Calidad de la evidencia	Manifestaciones del dengue	Manifestaciones del chikunguña	Manifestaciones del zika
<b>ALTA</b> (hallazgos que las diferencian)	Trombocitopenia Aumento progresivo del hematocrito Leucopenia	Artralgias	Prurito
<b>MODERADA</b> (hallazgos que probablemente las diferencian)	Anorexia o hiporexia Vómitos Dolor abdominal Escalofríos Hemorragias (Incluye sangrado en piel, mucosas o ambas)	Erupción Conjuntivitis Artritis Mialgias o dolores óseos	Erupción Conjuntivitis
<b>BAJA</b> (hallazgos que podrían diferenciarlas)	Dolor retroocular Hepatomegalia Cefalea Diarrea Disgeusia Tos Elevación de las transaminasas Prueba de torniquete positiva	Hemorragias (Incluye sangrado en piel, mucosas o ambas)	Adenopatías Faringitis u odinofagia

OPS; 2021 (11).

### 3.2. PASO 2: Diagnóstico clínico, fase de la enfermedad y clasificación según gravedad

A partir de la información obtenida en el PASO 1, el personal de salud debe ser capaz de definir los siguientes criterios en el paciente con sospecha de dengue [1, p. 33-35]:

- ¿Tiene dengue?
- ¿En qué fase del dengue se encuentra? (febril/crítica/recuperación)
- ¿Tiene signos de alarma?
- ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación? ¿Está en choque?
- ¿Tiene otras afecciones concomitantes?
- ¿Requiere hospitalización?

Los criterios de hospitalización son:

- Niños menores de 1 año.
- Niños con enfermedades de base descompensadas o adultos con enfermedades crónicas descompensadas.
- Niños o adultos con signos de alarma.
- Niños o adultos con criterios de dengue grave.
- Embarazadas.
- Adultos con casos especiales: anticoagulados, renales crónicos o en terapia sustitutiva, cirróticos, cardiópatas.
- Pacientes en situación de riesgo social.
- **Si el paciente es neonato (menor a 28 días de vida) debe ser referido a un centro asistencial donde exista médico pediatra para su evaluación.**

### 3.3. PASO 3: Tratamiento según grupos de intervención (A, B1, B2 y C)

La clasificación según la gravedad del paciente tiene como objetivo decidir dónde y con qué intensidad se debe observar y tratar al paciente. Debe tomar en cuenta antecedentes patológicos, condiciones especiales, tolerancia a la vía oral y la diuresis. Esa información

facilita el triaje del paciente que busca atención en los servicios de salud y es especialmente útil en los brotes.

Figura 3: Grupos de intervención

## Grupos de Intervención

	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C
Clasificación de gravedad	Dengue sin signos de alarma (DSSA)	Dengue sin signos de alarma (DSSA)	Dengue con signos de alarma (DCSA)	Dengue grave (DG)
Criterios de grupo	Toleran volúmenes adecuados de líquidos por vía oral Orinan al menos una vez cada 6 horas Sin enfermedades ni condiciones asociadas, ni riesgo social	Presentan enfermedad o condiciones asociadas: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Embarazo</li> <li>■ ≤ 1 año</li> <li>■ ≥ 65 años</li> <li>■ Obesidad mórbida</li> <li>■ Hipertensión arterial</li> <li>■ Diabetes mellitus</li> <li>■ Asma</li> <li>■ Daño renal</li> <li>■ Enfermedades hemolíticas</li> <li>■ Hepatopatía crónica</li> <li>■ Enfermedad úlcero-péptica o gastritis de cualquier etiología</li> <li>■ En tratamiento con anticoagulantes</li> <li>■ Entre otras</li> </ul> o, Presentan riesgo social: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ El paciente vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica</li> <li>■ No tiene transporte</li> <li>■ Vive en pobreza extrema</li> </ul>	Pacientes que, cercanos a la caída de la fiebre o más frecuentemente a la caída de la fiebre o en las horas siguientes, presenten uno o más de los siguientes signos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen</li> <li>2. Vómitos persistentes</li> <li>3. Acumulación de líquidos</li> <li>4. Sangrado de mucosas</li> <li>5. Letargo / irritabilidad</li> <li>6. Hipotensión postural (lipotimia)</li> <li>7. Hepatomegalia &gt;2 cm</li> <li>8. Aumento progresivo del hematocrito</li> </ol>	Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma.</li> <li>■ Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante</li> <li>■ Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, etc.).</li> </ul>
Nivel de atención para manejo	Nivel primario. Tratamiento en el hogar	Posible remisión a hospital o unidades de dengue. Requiere observación y atención de su infección y condición asociada.	Hospital o unidades de dengue. Requiere administración de líquidos IV.	Unidad de Cuidados intensivos. Requiere tratamiento de urgencia.

## GRUPO A: Dengue sin signos de alarma (DSSA)

El nivel de atención para manejo es la atención primaria. El paciente sigue tratamiento en el hogar y mantiene control ambulatorio. Los pacientes de este grupo deben cumplir con todos los siguientes criterios:

- Toleran volúmenes adecuados de líquidos por vía oral.
- Orinan al menos una vez cada 6 horas.
- No tienen enfermedades ni condiciones asociadas ni riesgo social.

## GRUPO B1: Dengue sin signos de alarma (DSSA) con comorbilidad o condición asociada

Este grupo de pacientes presenta enfermedad o estados asociados como embarazo, edad menor de 1 año o mayor de 65 años, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma, daño renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, enfermedad ulceropéptica o gastritis de cualquier etiología, sigue tratamiento con anticoagulantes, presenta riesgo social, vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, no tiene transporte o vive en pobreza extrema, el nivel de atención es posible remisión a hospital o unidades de dengue debido a que requiere observación y atención de su infección y estado asociado [5, p. 9].

Ante saturación de servicios de salud, como sucede en las epidemias, se “sugiere la necesidad de hospitalización de las pacientes embarazadas con dengue y de los pacientes con alguna de las siguientes comorbilidades: insuficiencia renal aguda o coagulopatía. Otros factores que pueden determinar la necesidad de hospitalización de pacientes con dengue incluyen: la presencia de comorbilidades, los extremos de vida y condiciones sociales y/o ambientales. La decisión de admitir pacientes con las mencionadas condiciones deberá individualizarse” [3, p. 14].

## GRUPO B2: Dengue con signos de alarma (DCSA)

El nivel de atención para manejo es de hospital o unidades de dengue para la administración de líquidos IV. Los pacientes de este grupo, más frecuentemente a la caída de la fiebre o en las horas siguientes, presentan uno o más de los signos de alarma.

## GRUPO C: Dengue grave (DG)

El nivel de atención para el manejo de este grupo es la unidad de cuidados intensivos y requiere tratamiento de urgencia; se incluye todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones [5, p. 9]:

- Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma.
- Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante.
- Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, etc.).

### 3.4. PASO 4: Notificación de la enfermedad a vigilancia epidemiológica

En todo caso sospechoso de dengue debe realizarse de forma obligatoria e inmediata la notificación de la enfermedad en la ficha de vigilancia epidemiológica integrada de Arbovirosis, según protocolo de vigilancia (ver Anexo IV).

#### 4. MANEJO DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

El objetivo es realizar el manejo ambulatorio con un seguimiento diario del paciente sospechoso de dengue (GRUPO A). Los trabajadores de salud deben localizar, valorar y educar al paciente en su domicilio si éste no puede asistir a un centro asistencial. En este nivel de atención no se requiere tecnología avanzada ni instalaciones de gran complejidad.

Solo es necesario un personal de salud sensibilizado y capacitado para lograr que el paciente cumpla con un esquema de hidratación oral intensa para disminuir la progresión a las formas graves y la aparición de complicaciones por esta enfermedad.

“Se debe tener presente que la deshidratación es una complicación de la fase febril del dengue, por lo que la hidratación oral intensa podría prevenir la deshidratación y mejorar la evolución de estos pacientes al mantener un adecuado volumen plasmático circulante” [3, p. 16].

En este grupo se incluye a los pacientes que cumplen con la definición clínica *de caso sospechoso de dengue* y que no tienen los criterios para hospitalización el día que son atendidos. A continuación, se observa el algoritmo para manejo de pacientes con dengue sin signos de alarma:

Obsérvese el algoritmo para la atención de casos sospechosos de dengue:

Figura 4: Algoritmo para la atención de casos sospechosos de dengue

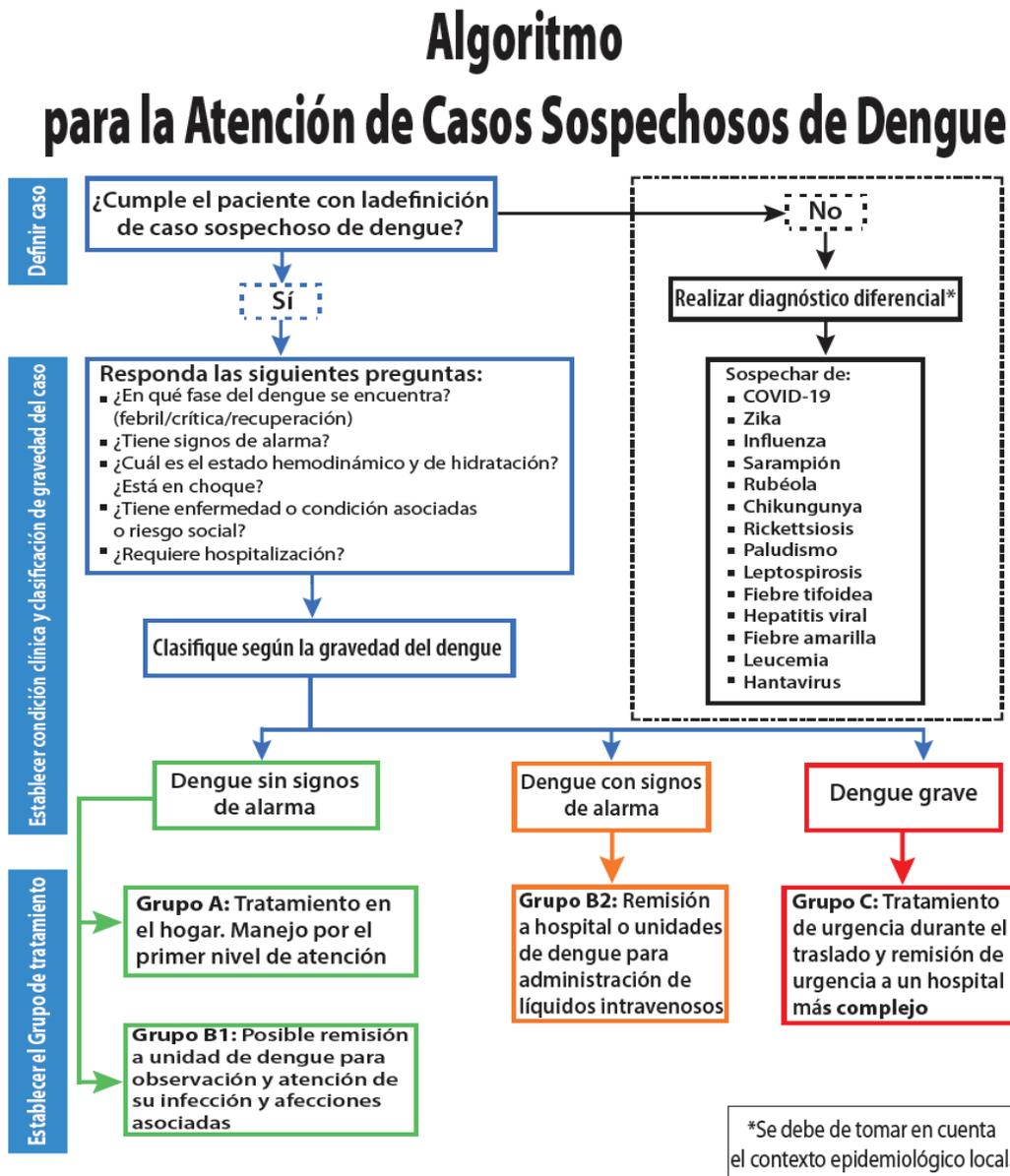
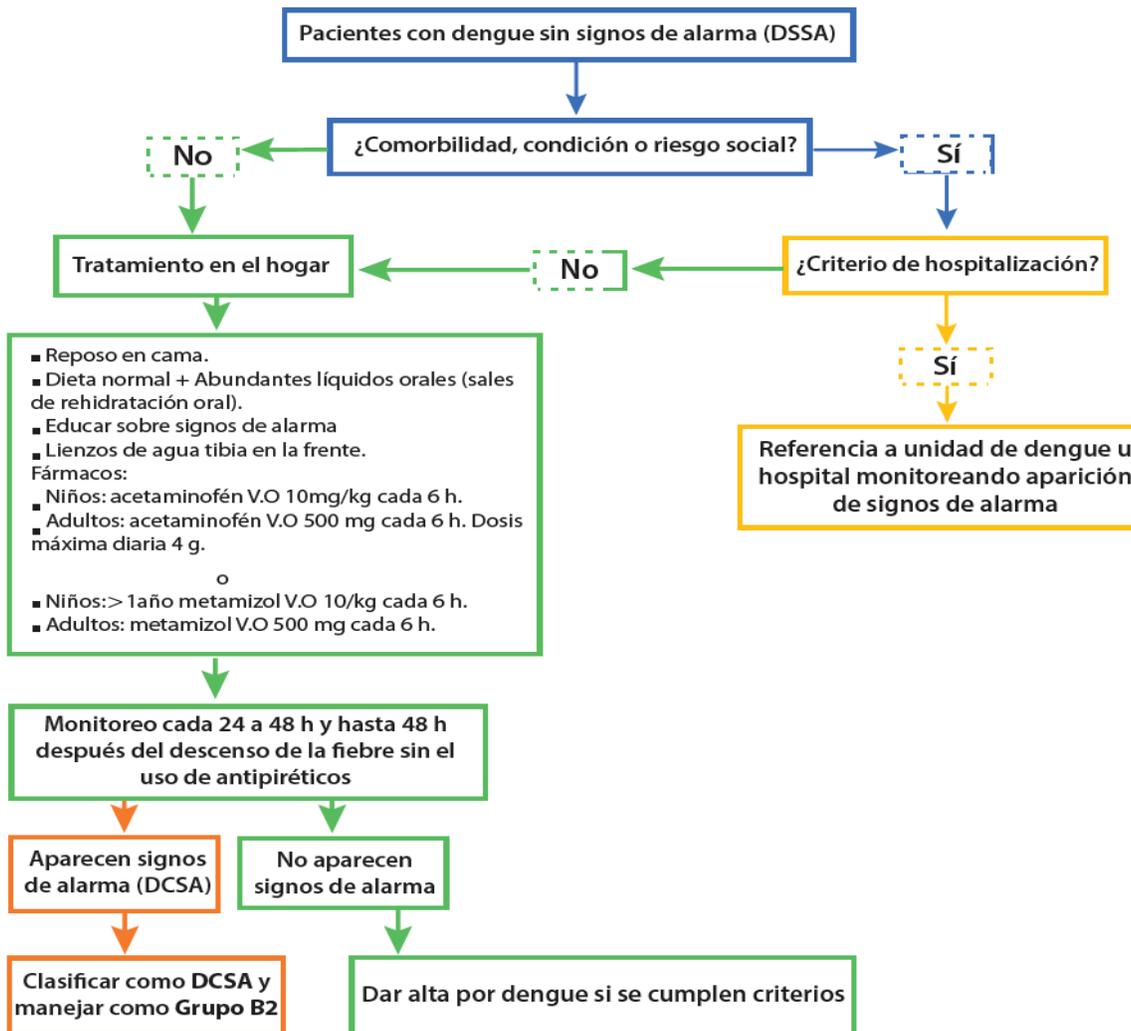


Figura 5: Algoritmo para el manejo de pacientes con dengue sin signos de alarma grupo A y B1.

## Algoritmo para el Manejo de Pacientes con Dengue Sin Signos de Alarma (DSSA) - Grupo A y B1



## Tratamiento del paciente

Se realiza en el hogar. “Se recomienda utilizar un esquema de hidratación oral intensa con sales de rehidratación oral:

- En adultos sanos: hasta 3000 ml al día.
- En Pediatría: con fórmula de Holliday & Segar más un 5%. Fórmula de Holliday & Segar: 4 ml/kg por hora para los primeros 10 kg de peso corporal 2 ml/kg por hora para los siguientes 10 kg de peso corporal 1 ml/kg por hora por cada kilogramo de peso corporal adicional.

Se pueden utilizar distintas herramientas como la facilitación de vasos con cuantificación de volumen o planillas para contabilizar la ingesta de líquidos. Se debe tener presente que la deshidratación es una complicación de la fase febril del dengue. La hidratación oral intensa podría prevenir la deshidratación, mejorando la evolución de estos pacientes manteniendo un adecuado volumen plasmático circulante” [3, p. 16].

**Los niños con lactancia materna deben continuarla.**

El manejo sintomático inicial se lleva a cabo **solo si el paciente tiene fiebre** [3, p. 24]:

- **Niños:** se puede elegir entre acetaminofén v.o. 10mg/kg cada 6 h o, en niños mayores de 1 año, metamizol v.o. 10 mg /kg cada 6 h de acuerdo con el criterio médico.
- **Adultos:** acetaminofén v.o. 500 mg cada 6 h, dosis máxima diaria 4 g o metamizol v.o. 500 mg cada 6 h de acuerdo con el criterio médico.

**NO** se le debe prescribir ni recomendar al paciente la ingesta de esteroides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ácido acetil salicílico u otros. Para los pacientes que siguen tratamiento crónico con alguno de estos medicamentos, la conveniencia de continuarlos debe ser valorada por el médico especialista. No se deben administrar antibióticos en la fase febril del paciente con dengue, excepto que curse además con un proceso infeccioso bacteriano documentado.

La administración de medicamentos intramusculares no se recomienda [1, p. 36]

Todo lo antes mencionado debe explicársele con claridad al paciente y en el caso de los niños, a los padres o acompañantes. Además, se le debe dar el plan educativo sobre los signos de alarma al paciente o al encargado del paciente para que regrese de inmediato si presenta uno o más de los signos de alarma. Se da una cita para el control ambulatorio.

Es importante recomendarles a los familiares o acompañantes del paciente buscar y eliminar los criaderos de mosquitos en la casa y alrededores.

### Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son necesarias para iniciar el manejo de los pacientes.

De ser posible, los pacientes con sospecha diagnóstica de dengue deberán hacerse al menos un hemograma completo en la primera consulta y otro al alta de la consulta ambulatoria.

### Control ambulatorio

En el control ambulatorio se deben evaluar y vigilar los siguientes puntos:

- **Signos vitales:** pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial.
- **Equilibrio hídrico:** ingesta y excreta (informar las veces que orina).
- **Signos de alarma.**
- **Ingesta de alimentos en el niño:** preguntarle a la madre si ella observa algún cambio negativo en el paciente en cuanto a su apetito.

**Al detectarse al menos un signo de alarma, o que el paciente no tolera los líquidos orales, o que la producción de orina ha disminuido, se debe realizar una referencia al hospital más cercano.**

**En los pacientes de manejo ambulatorio sin signos de alarma y en condiciones de estabilidad hemodinámica DEBE EVITARSE la práctica de aplicar sueros intravenosos parenterales con manejo ambulatorio posterior ya sea en el primer nivel o en la residencia del paciente.**

### **Manejo de situaciones poco frecuentes en el primer nivel de atención**

Si un paciente llega a un servicio de salud del primer nivel de atención con datos de inestabilidad (niños con aumento de la frecuencia cardíaca y adultos con presión arterial media [PAM] menor de 70 mmHG y frecuencia cardíaca mayor de 100 l.p.m.) se debe proceder de inmediato, y antes de su traslado, a estabilizarlo por medio de la canalización de una vía de grueso calibre con solución cristalóide (Hartman o solución salina 0,9%) para iniciar un bolo de 20 ml/kg de cristalóides intravenoso en un tiempo de 15 a 30 minutos en niños y en adultos jóvenes sin comorbilidad. En la paciente embarazada sin comorbilidad, un bolo de 10 ml/kg de solución cristalóide (Hartman o solución salina 0,9%) intravenoso en un tiempo de 15 a 30 minutos.

En los pacientes cardiopatas, con enfermedad renal crónica, embarazadas con comorbilidad o adultos mayores se debe proceder con un bolo de 250 ml de solución cristalóide (Hartman o solución salina 0,9%) intravenoso en un tiempo de 15 a 30 minutos. Antes del traslado, el paciente debe estar estabilizado y el hospital de referencia informado sobre el caso que será trasladado. Durante el traslado, el paciente debe ser acompañado por personal de salud en una ambulancia con monitoreo continuo para mantener la estabilidad hemodinámica.

## Criterios de alta de la consulta ambulatoria

- Ausencia de fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- Ausencia de signos de alarma.
- Buena tolerancia oral.
- Hemodinámicamente estable.
- Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## 5. MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO

### GRUPO A: Dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso

Manejo ambulatorio con tratamiento en el hogar y control diario en el primer nivel de atención, como se explicó en el punto 4.

### GRUPO B1: Dengue sin signos de alarma con comorbilidad o riesgo social

Ingreso a sala general unidad de dengue/encamamiento con el siguiente manejo:

- ✓ Ingreso a sala general para observación.
- ✓ Hidratación por vía oral con un esquema intenso como se explicó en el punto 4.
- ✓ En ausencia de signos de alarma e intolerancia a la vía oral, reforzamiento de técnica alimentaria.
- ✓ En caso de intolerancia a la vía oral, valoración de la presencia de signos de alarma e inicio del tratamiento indicado.
- ✓ Si el niño no ingiere líquidos por vía oral y no tiene signos de alarma, inicio de líquidos I.V con solución cristalóide (Hartman o solución salina normal 0.9%) (según la fórmula de Holliday-Segar para pacientes pediátricos).
- ✓ Balance de líquidos.
- ✓ Reinicio de la vía oral tan pronto sea posible.
- ✓ Tratamiento sintomático. Medios físicos, **si tiene fiebre**, y de acuerdo con el criterio médico, se puede elegir entre acetaminofén v.o. 10mg/kg cada 6 h o metamizol v.o. 10 mg /kg cada 6 h en niños mayores de 1 año según criterio médico [3, p. 24].
- ✓ Monitoreo cada 24 a 48 horas y hasta 48 horas después del descenso de la fiebre sin el uso de antipiréticos.
- ✓ Uso estricto de mosquitero en la fase febril.
- ✓ Plan educacional para el encargado del paciente sobre los signos de alarma.

## Pruebas de laboratorio

- ✓ Pruebas de laboratorio de acuerdo con el criterio médico según comorbilidad.

## Vigilar y evaluar

- ✓ Signos vitales: pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial cada 4 horas.
- ✓ Curva de temperatura.
- ✓ Balance de líquidos: ingesta y excreta.
- ✓ Evaluar cada 4 horas la aparición de signos de alarma.

## Notificaciones obligatorias

- ✓ Llenado de la ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica el caso y notificación a donde corresponda (ver Anexo IV, Ficha de vigilancia epidemiológica).

## Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Buena tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## GRUPO B2: Dengue con signos de alarma

“Se recomienda iniciar hidratación parenteral en pacientes con dengue y al menos un signo de alarma de los ya mencionados. En contexto de epidemia, la intervención puede implementarse en unidades de hidratación con el objetivo de reducir las hospitalizaciones y el ingreso a salas de cuidados intensivos” [3, p. 18] (ver Anexo V, Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes con dengue sin comorbilidad con signos de alarma).

## Manejo

Ingreso al servicio de urgencias para manejo inmediato y posterior encamamiento con monitoreo constante. La forma de realizarlo es la siguiente:

- ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre adecuado para la edad.
  - ✓ Iniciar hidratación con solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%): 10cc/kg para pasar en una hora en el **servicio de urgencias**.
  - ✓ Revalorar. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se ingresa al paciente a encamamiento con monitoreo cada hora y se lleva el registro constante en hoja de monitoreo.
  - ✓ Se podrán reducir gradualmente los líquidos intravenosos a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas con un monitoreo del paciente cada hora.
  - ✓ Revalorar al paciente. Si se evidencia mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre monitoreando cada hora al paciente.
  - ✓ Revalorar al paciente. Si se evidencia mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h y continuar por 24 a 48 horas con monitoreo cada hora al paciente registrando en hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).
- **IMPORTANTE: Continuar manejo en urgencias**
    - ✓ Si después de la administración de la primera carga de solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%) de 10 ml/kg, para pasar en una hora, el paciente es revalorado y no hay mejoría clínica, se debe continuar su manejo en el servicio de urgencias y repetir la segunda carga de solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%) de 10 ml/kg, para pasar en una hora).
    - ✓ Si en una nueva revaloración después de esa segunda carga aún no hay mejoría clínica, entonces se podrá pasar una tercera carga de solución cristaloide de 10 ml/kg en 1 hora.

- ✓ Si no hay mejoría clínica, el paciente deberá ser cuidadosamente revalorado y reclasificado como dengue grave con choque y manejado como Grupo C.

**De ser necesario su trasladarlo a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, el paciente debe ser estabilizado antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en esas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

- **Tomar en consideración lo siguiente:**

Si el paciente presenta mejoría clínica a la segunda o tercera carga de solución cristaloide, entonces se podrán reducir de manera gradual los líquidos intravenosos a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas, realizando un monitoreo cada hora al paciente.

Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo del paciente cada hora.

Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 48 horas y anotando en la hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente hospitalizado).

## Pruebas de laboratorio

- ✓ Exámenes de laboratorio de acuerdo con criterio médico sobre caso clínico.

## Notificaciones obligatorias

- ✓ Llenado de ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica el caso y notificación a donde corresponda (ver Anexo IV, Boleta de notificación a vigilancia epidemiológica).

## Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Buena tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## GRUPO C: Dengue grave

“Se recomienda usar cristaloides en lugar de coloides en el manejo inicial de pacientes con choque por dengue. Es conveniente que la reanimación se realice en un ámbito controlado en el que se evalúen periódicamente los parámetros hemodinámicos de forma de poder determinar si la respuesta fue adecuada” [3, p. 20].

## Manejo

Ingreso a área de choque para estabilización y posterior reubicación en unidad de cuidados intensivos. A continuación, se menciona la forma de llevarlo a cabo:

- ✓ Valoración de vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media cada 5 a 30 minutos, anotar en hoja de monitoreo de paciente hospitalizado (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre adecuada para la edad.

- ✓ **Manejo de líquidos intravenosos** (ver Anexo VIII, Algoritmo para manejo de líquidos intravenosos en el paciente con choque hipovolémico por dengue grave Grupo C).
- ✓ “Administración inmediata de un bolo de solución cristalóide (Hartman o solución salina normal 0.9%) **20 ml/kg** en 15 a 30 minutos” [ 4, p. 14].
- ✓ Reevalúe: si desaparecen los signos de choque, entonces disminuir el volumen de líquidos a 10 ml/kg/h por 1 a 2 horas, con monitoreo constante de la condición hemodinámica del paciente.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h por 4 a 6 horas, con monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, continuar a razón de 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h, con monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, reducir líquidos a 2-4 ml/kg/h, por 24 a 48 h.

- **IMPORTANTE**

**Si el paciente continúa en choque después del primer bolo de 20 ml/kg:**

- ✓ “Pasar un segundo bolo de líquidos a razón de 20 ml/kg en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, y no hay datos de sobrecarga de líquidos entonces pasar un tercer bolo de líquidos a razón de 20 ml/kg en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, se debe valorar la posibilidad del manejo de acuerdo con el protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque persistente” [5, p. 14].

**LA VALORACIÓN FRECUENTE DURANTE LA REANIMACIÓN CON LIQUIDOS ES ESENCIAL PARA TRATAR CORRECTAMENTE EL CHOQUE Y DEBE INCLUIR:**

- ✓ Valorar la respuesta fisiológica tras cada administración de bolos de líquidos (los signos de mejoría incluyen una mejora en la perfusión, aumento de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardiaca

(hacia valor normal), disminución de la frecuencia respiratoria (hacia valor normal), aumento de la diuresis y mejoría del estado mental.

- ✓ Valorar signos de sobrecarga de líquidos durante y después de la reanimación con líquidos.

### Exámenes de laboratorio

- ✓ Según criterio médico.

### Tratamientos adicionales para corregir descompensaciones metabólicas concomitantes:

- ✓ “Se sugiere no administrar esteroides sistémicos a pacientes con choque por dengue. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de los esteroides sistémicos sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 26].
- ✓ “Se sugiere no indicar inmunoglobulinas para el tratamiento del dengue grave. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de la infusión de inmunoglobulinas sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 27].

**De ser necesario su trasladarlo a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, el paciente debe ser estabilizado antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en estas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

## Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Adecuada tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

Al egresar, referir al servicio de atención de salud para control del niño sano y dar amplio plan educacional al encargado de paciente.

## 6. MANEJO DEL PACIENTE ADULTO

### GRUPO A: Dengue sin signos de alarma y sin criterios de ingreso

El manejo es ambulatorio con tratamiento en el hogar y control diario en el primer nivel de atención, como se explicó en el punto 4.

### GRUPO B1: Dengue sin signos de alarma más comorbilidad o riesgo social

#### Manejo

Ingreso a sala general unidad de dengue/encamamiento; a continuación, se menciona la forma de realizarlo:

- ✓ Ingreso a sala general para observación.
- ✓ Compensar la comorbilidad del paciente.
- ✓ Hidratación por vía oral con un esquema intenso, como se explicó en punto 4.
- ✓ En caso de intolerancia a la vía oral y ausencia de signos de alarma, iniciar hidratación intravenosa con solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%), según requerimientos basales y adecuándola a comorbilidades y volemia.
- ✓ Dar tratamiento sintomático y medios físicos. **Solo si tiene fiebre**, y de acuerdo con el criterio médico, se puede elegir entre acetaminofén v.o. 500mg cada 6 h (dosis máxima diaria 4 gramos) o metamizol v.o. 500 mg cada 6 h según criterio médico [3, p. 24]
- ✓ Uso estricto de mosquitero durante fase febril.
- ✓ Dar plan educacional al encargado de paciente, con énfasis en evitar la automedicación y en el reconocimiento y significado de los signos de alarma.
- ✓ Monitoreo cada 24 a 48 horas y hasta 48 horas después del descenso de la fiebre sin el uso de antipiréticos.

## Pruebas de laboratorio

**Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son necesarias para iniciar el manejo de los pacientes.**

- ✓ Exámenes de laboratorio de acuerdo con criterio médico, según comorbilidad asociada.

## Vigilar y evaluar

- ✓ Signos vitales: características de pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, presión arterial media, oximetrías.
- ✓ Control de ingesta y excreta.
- ✓ Evaluar cada 6 horas excreta urinaria (mayor de 1cc/kg/h)
- ✓ Evaluar cada 4 horas la aparición de signos de alarma.

## Notificaciones obligatorias

- ✓ Llenado de ficha integrada de arbovirosis por médico que identifica caso (ver Anexo IV, ficha de notificación a Vigilancia Epidemiológica).

## Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Buena tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## GRUPO B2: Dengue con signos de alarma

“Se recomienda iniciar hidratación parenteral en pacientes con dengue y al menos un signo de alarma de los ya mencionados. En contexto de epidemia, la intervención puede implementarse en unidades de hidratación con el objetivo de reducir las internaciones y el ingreso a salas de cuidados intensivos” [3, p. 18].

### Manejo

Ingreso a servicio de urgencias para manejo inmediato y posterior encamamiento con monitoreo constante; a continuación, se menciona la forma de realizarlo.

- ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre.
- ✓ No retrasar inicio de hidratación, administrar solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%).
- ✓ Control de signos vitales y signos de alarma cada hora (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).

### Manejo del paciente sin comorbilidades (ver Anexo V, Dengue con signos de alarma sin comorbilidad)

Ingreso a servicio de urgencias para manejo inmediato y posterior encamamiento con monitoreo constante. La forma de realizarlo es la siguiente:

- ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre adecuado para la edad.
- ✓ Iniciar hidratación con solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%): 10cc/kg para pasar en una hora en el **servicio de urgencias**.
- ✓ Revalorar. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se ingresa a encamamiento con monitoreo cada hora y registro en hoja de monitoreo constante.
- ✓ Se podrán reducir gradualmente los líquidos intravenosos a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas con un monitoreo del paciente cada hora.

- ✓ Revalorar al paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre monitoreando cada hora al paciente.
- ✓ Reevaluar al paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h y continuar por 24 a 48 horas con monitoreo del paciente cada hora y registrando en hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).

- **IMPORTANTE**

**Continuar manejo en urgencias.** En un escenario donde, después de la administración de la primera carga de solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%) de 10 ml/kg para pasar en una hora, el paciente es reevaluado y no hay mejoría clínica, entonces se puede pasar una segunda carga de solución cristaloide de 10 ml/kg en 1 hora.

Si al reevaluar al paciente después de la segunda carga aún no hay mejoría clínica, entonces se podrá pasar una tercera carga de solución cristaloide de 10 ml/kg en 1 hora. Ante esta situación de **NO** mejoría clínica, después de una tercera carga, el paciente deberá ser cuidadosamente revalorado y reclasificado como dengue grave con choque y manejado como grupo C.

Valore su traslado a la unidad de terapia intensiva de su hospital; si no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe mantenerse a paciente con vigilancia permanente y bajo esquema de manejo de dengue grave.

- **Tomar en consideración lo siguiente:**

- ✓ Si el paciente presenta mejoría clínica a la segunda o tercera carga de solución cristaloide, entonces se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas, realizando un monitoreo cada hora al paciente.

- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente, hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente, hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora, y hasta 48 horas, anotando en la hoja de monitoreo (Anexo V).

**Manejo de paciente con comorbilidad** (por ejemplo: insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, cirrosis hepática, mayores de 60 años, etc.) (Ver Anexo VII: Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes con DSCA + comorbilidad o adulto mayor).

- ✓ Valorar condición clínica para inicio de bolos. Los pacientes cardiopatas deben estar compensados de su insuficiencia cardíaca.
- ✓ Iniciar hidratación con solución cristalóide (Hartman o solución salina 0.9%): 5 ml/kg para pasar en una hora en el **servicio de urgencias**.
- ✓ Reevaluar. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, ingresar a encamamiento con monitoreo del paciente cada hora y registrando en hoja de monitoreo constante).
- ✓ Se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 4 ml/kg/h por 2 a 4 horas y realizar un monitoreo cada hora al paciente.
- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo cada hora al paciente.
- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 48 horas, anotando en la hoja de monitoreo (ver Anexo VI: Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).

- **IMPORTANTE**

Si el hospital no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe manejarse con vigilancia permanente y esquema de manejo de dengue grave.

**De ser necesario su traslado a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, el paciente debe ser estabilizado antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en esas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

- **Tomar en consideración lo siguiente:**

- ✓ Si el paciente presenta mejoría clínica a la segunda o tercera carga de solución cristaloides de 5 ml/kg, entonces se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 4 ml/kg/h por 2 a 4 horas y realizar un monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo cada hora al paciente.
- ✓ Si al reevaluar nuevamente al paciente hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 48 horas y anotando en la hoja de monitoreo (Anexo V).

### **Pruebas de laboratorio**

**Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son necesarias para iniciar el manejo de los pacientes.**

- ✓ Exámenes de laboratorio de acuerdo con el criterio médico.

### **Notificaciones obligatorias**

- ✓ Llenado de ficha integrada de arbovirosis por médico que identifica caso (ver Anexo IV, ficha de notificación a vigilancia epidemiológica).

## Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas y sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Adecuada tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## GRUPO C: Dengue grave

“Se recomienda usar cristaloides en lugar de coloides en el manejo inicial de pacientes con choque por dengue. Es conveniente que la reanimación se realice en un ámbito controlado en el que se evalúen periódicamente los parámetros hemodinámicos de forma de poder determinar si la respuesta fue adecuada” [3, p. 20].

## Manejo

- Ingreso a área de choque para estabilización y posterior reubicación en unidad de cuidados intensivos, a continuación, se menciona la forma de realizarlo:
  - ✓ Valoración de vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media, cada 5 a 30 minutos. (Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).
  - ✓ Oxigenoterapia.
  - ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre.
- **Manejo de líquidos intravenosos en adulto sin comorbilidad (ver Anexo VIII, Algoritmo para manejo de líquidos intravenosos en el paciente con choque hipovolémico por dengue grave - Grupo C)**
  - ✓ Administración inmediata de un bolo de solución cristaloides (Hartman o solución salina normal 0.9%) **20 ml/kg** en 15 a 30 minutos.

- ✓ Reevalúe: si desaparecen los signos de choque, entonces disminuir el volumen de líquidos a 10 ml/kg/h por 1 a 2 horas, con monitoreo constante de la condición hemodinámica del paciente.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h por 4 a 6 horas, con monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, continuar a razón de 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h, con del paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, reducir líquidos a 2-4 ml/kg/h, por 24 a 48 h.

- **IMPORTANTE**

**Si el paciente continúa en choque** después del primer bolo de **20 ml/kg**:

- ✓ Pasar un segundo bolo de líquidos a razón de **20 ml/kg** en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un tercer bolo de líquidos a razón de **20 ml/kg** en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, se debe valorar la posibilidad del manejo de acuerdo con el protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque persistente.

- **Manejo de líquidos intravenosos en adulto con comorbilidad o mayor de 60 años:**

- ✓ Administración inmediata de un bolo de solución cristalóide (Hartman o solución salina normal 0.9%) **250 ml** en 15 a 30 minutos.
- ✓ Reevalúe: si desaparecen los signos de choque, entonces disminuir el volumen de líquidos a 5 ml/kg/h por 1 a 2 horas, con monitoreo constante de la condición hemodinámica del paciente.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 4 ml/kg/h por 4 a 6 horas, con monitoreo del paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, continuar a razón de 3 ml/kg/h por 2 a 4 h, con monitoreo del paciente cada hora.

- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, reducir líquidos a 2 ml/kg/h, por 24 a 48 h.

- **IMPORTANTE**

**Si el paciente continúa en choque** después del primer bolo de **250 ml**:

- ✓ Pasar un segundo bolo de líquidos a razón de **250 ml** en 15 a 30min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un tercer bolo de líquidos a razón de **250 ml** en 15 a 30min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, se debe valorar la posibilidad del manejo de acuerdo con el protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque persistente.

“Se sugiere no administrar esteroides sistémicos a pacientes con choque por dengue. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de los esteroides sistémicos sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 26].

“Se sugiere no indicar inmunoglobulinas para el tratamiento del dengue grave. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de la infusión de inmunoglobulinas sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 27].

**De ser necesario su traslado a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, el paciente debe ser estabilizado antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en esas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

### Criterios de egreso

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas y sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Adecuada tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

## 7. MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON DENGUE

Toda paciente embarazada debe ser hospitalizada [3, p. 14].

### Aspectos generales

- **La anamnesis**, además de lo mencionado en los pasos generales para la atención del paciente con dengue, debe incluir:
  - ✓ Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia, fecha de última menstruación, ciclo menstrual regular, antecedentes de patología en embarazos, cantidad de embarazos, partos, cesáreas y abortos, hijos vivos/muertos.
  - ✓ Antecedentes médicos y tratamiento.
  - ✓ Automedicación.

### Examen físico

- ✓ Evaluación de altura uterina, posición fetal, frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales, actividad uterina.
- ✓ Especuloscopia y valoración de ultrasonido obstétrico.
- ✓ Investigar la presencia de sangrado.
- ✓ Valorar estado nutricional peso real y peso ideal.

### Pruebas de laboratorio

- ✓ Hematología.
- ✓ Orina.
- ✓ Tiempos de coagulación.
- ✓ Otros, según criterio médico.
- ✓ Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son esenciales para iniciar el manejo clínico de las pacientes.

## Notificación de la enfermedad a vigilancia epidemiológica

- ✓ En todo caso sospechoso de dengue debe realizarse de forma obligatoria e inmediata el llenado de ficha integrada de arbovirosis por médico que identifica caso (ver Anexo IV, ficha de notificación a vigilancia epidemiológica).

## Paciente embarazada con dengue sin signos de alarma

- ✓ Ingresar al servicio de obstetricia con manejo multidisciplinario.
- ✓ Se recomienda utilizar “un esquema de hidratación oral intenso para disminuir la progresión a formas graves y la ocurrencia de complicaciones por esta enfermedad. La hidratación intensa se realiza con sales de rehidratación oral: En adultas sanas hasta 3000 ml al día. Se debe tener presente que la deshidratación es una complicación de la fase febril del dengue. La hidratación oral intensa podría prevenir la deshidratación, mejorando la evolución de estas pacientes manteniendo un adecuado volumen plasmático circulante” [3, p. 18].
- ✓ Monitoreo fetal cada 8 horas.
- ✓ Realizar útero inhibición según edad gestacional y criterio médico.
- ✓ Monitorear signos vitales: pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial media, cada hora.
- ✓ Valoración de maduración pulmonar.
- ✓ Reposo relativo.
- ✓ “Dar tratamiento sintomático y medios físicos. **Solo si tiene fiebre**, y de acuerdo con el criterio médico, con acetaminofén v.o. 500 mg cada 6 h (dosis máxima diaria 4 gramos). **No se recomienda el uso de metamizol en la paciente embarazada.**
- ✓ Monitoreo de excreta urinaria.
- ✓ Si el recuento plaquetario es  $<100.000$  por  $\text{mm}^3$  y el centro hospitalario no cuenta con suministro de plaquetas, trasladar a la paciente al servicio de salud más cercano que cuente con dicho recurso. Cuando se trata de una “embarazada con dengue, una complicación importante en torno al parto es el sangrado uterino, particularmente si se realizan procedimientos quirúrgicos que pueden asociarse a hemorragia grave” [1, p. 27].

- ✓ Pueden presentarse casos de evolución fatal, la mayor parte de los casos de sangrado por herida quirúrgica y posquirúrgico son controlables.
- ✓ Para las pacientes con recuento plaquetario  $<50.000$  por  $\text{mm}^3$  que se encuentran en trabajo de parto o cesárea, administrar concentrado plaquetario 0.1 unidad/kg de peso.
- ✓ El momento y la vía de evacuación del producto del embarazo dependerá de la condición obstétrica.
- ✓ “En caso de requerirse una cesárea, se recomienda administrar anestesia general. No se recomienda la anestesia raquídea o epidural”. [1, p. 27].

### Paciente embarazada con dengue con signos de alarma

“Se recomienda indicar hidratación parenteral en las pacientes con dengue y al menos un signo de alarma de los ya mencionados” [3, p. 18].

- ✓ Ingresar al servicio de obstetricia con manejo multidisciplinario.
- ✓ Realizar útero inhibición en la paciente con menos de 37 semanas de gestación según criterio del especialista en Obstetricia, con manejo multidisciplinario.
- ✓ Maduración fetal pulmonar de 28 a 34 semanas.
- ✓ Asegurar dos vías intravenosas periféricas de calibre 14 a 18.
- ✓ No retrasar inicio de hidratación, administrar solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%)
- ✓ Control de signos vitales y signos de alarma cada hora (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo para el paciente con dengue hospitalizado)

### Paciente con dengue embarazada y sin comorbilidades

- ✓ Iniciar hidratación con solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%): 10 cc/kg para pasar en una hora en el **servicio de Obstetricia** (ver Anexo V, Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes adultos, niños y embarazadas sin comorbilidad con dengue con signos de alarma – Grupo B 2).

- ✓ Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas, y realizar un monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevaluar nuevamente la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo cada hora al paciente.
- ✓ Reevaluar nuevamente la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora y hasta 24 a 48 horas, anotando en la hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).

- **IMPORTANTE**

En un escenario en donde después de la administración de la primera carga de solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%) de 10 ml/kg para pasar en una hora, la paciente es reevaluado y no hay mejoría clínica, entonces se puede pasar una segunda carga de solución cristaloide de 10 ml/kg en 1 hora.

Reevaluar la paciente después de la segunda carga. Si no hay mejoría clínica, entonces se podrá pasar una tercera carga de solución cristaloide de 10 ml/kg en 1 hora.

Ante la situación de **NO** mejoría clínica, después de una tercera carga, deberá ser cuidadosamente revalorada y reclasificada como dengue grave con choque y manejada como grupo C. Evalúe su traslado a unidad de terapia intensiva.

- **Tomar en consideración lo siguiente:**

- ✓ Si la paciente presenta mejoría clínica a la primera, segunda o tercera carga de solución cristaloide, entonces se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 5-7 ml/kg/h por 2 a 4 horas, y realizar un monitoreo de la paciente cada hora.

- ✓ Reevaluar nuevamente la paciente. Si hay mejoría clínica hemodinámica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevaluar nuevamente la paciente. Si hay mejoría clínica hemodinámica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2-4 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 24 a 48 horas registrando en la hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo para el paciente con dengue hospitalizado).

### Paciente embarazada, con dengue y con comorbilidades

Iniciar hidratación con solución cristaloide (Hartman o solución salina 0.9%): 5 ml/kg para administrar en el lapso de una hora (ver Anexo VII, Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes con DCSA+comorbilidad o adulto mayor – Grupo B2)

- ✓ Reevaluar. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 4 ml/kg/h por 2 a 4 horas, realizando un monitoreo cada hora a la paciente.
- ✓ Reevaluar nuevamente a la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo cada hora a la paciente.
- ✓ Reevaluar nuevamente a la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 24 a 48 horas, registrando datos en la hoja de monitoreo (ver Anexo V, Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes adultos, niños y embarazadas sin comorbilidad con DCSA – Grupo B2).

### • IMPORTANTE

- ✓ En un escenario en el que, después de la administración de la primera carga de solución cristaloide (Hartman o solución salina normal 0.9%) de 5 ml/kg en una hora, la paciente es reevaluada y no hay mejoría clínica, se puede pasar una segunda carga de solución cristaloide de 5 ml/kg en 1 hora.

- ✓ Si al reevaluar a la paciente después de la segunda carga no hay mejoría clínica, se podrá pasar una tercera carga de solución cristaloide de 5 ml/kg en 1 hora.
- ✓ Ante la situación de **NO mejoría clínica**, después de una tercera carga, la paciente deberá ser cuidadosamente revalorada y reclasificada como dengue grave con choque y manejada como grupo C. Valore su traslado a unidad de terapia intensiva.
- **Tomar en consideración lo siguiente:**
  - ✓ Si la paciente presenta mejoría clínica a la primera, segunda o tercera carga de solución cristaloide de 5 ml/kg, entonces se podrán reducir los líquidos intravenosos de manera gradual a 4 ml/kg/h por 2 a 4 horas y realizar un monitoreo del paciente cada hora.
  - ✓ Reevaluar nuevamente a la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 3 ml/kg/h por 2 a 4 horas, siempre manteniendo un monitoreo de la paciente cada hora.
  - ✓ Reevaluar nuevamente a la paciente. Si hay mejoría clínica y la diuresis es  $\geq$  de 1 ml/kg/h, se puede reducir el goteo a 2 ml/kg/h por 2 a 4 horas más, siempre manteniendo un monitoreo cada hora hasta 24 a 48 horas, registrando los datos en la hoja de monitoreo (ver Anexo VI, Hoja de monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).

**De ser necesario su traslado a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, la paciente debe ser estabilizada antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en esas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

## Embarazada con dengue grave

“Se recomienda usar cristaloides en lugar de coloides en el manejo inicial de pacientes con choque por dengue. Es conveniente que la reanimación se realice en un ámbito controlado en el que se evalúen periódicamente los parámetros hemodinámicos de forma de poder determinar si la respuesta fue adecuada” [3, p.20].

- ✓ Ingresar a área de choque para estabilizar y posterior reubicación en unidad de cuidados intensivos para manejo multidisciplinario.
- ✓ Valorar la vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media, cada 5 a 30 minutos (ver Anexo VI, Hoja para monitoreo del paciente con dengue hospitalizado).
- ✓ Oxigenoterapia.
- ✓ Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre.
- ✓ Iniciar la aplicación intravenosa de bolos de solución cristaloides (Hartman o solución salina 0.9%), la dosis depende de la presencia o ausencia de comorbilidad.

## Paciente embarazada con dengue grave sin comorbilidad

### Manejo de líquidos intravenosos [1, p.52]

- ✓ Administración inmediata de un bolo de solución cristaloides (Hartman o solución salina normal 0.9%) **10 ml/kg** en 15 a 30 minutos.
- ✓ Reevalúe: si desaparecen los signos de choque, entonces disminuir el volumen de líquidos a 10 ml/kg/h por 1 a 2 horas, con monitoreo constante de la condición hemodinámica de la paciente.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/kg/h por 4 a 6 horas, con monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, continuar a razón de 3-5 ml/kg/h por 2 a 4 h, con monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, reducir líquidos a 2-4 ml/kg/h, por 24 a 48 h.

- **IMPORTANTE**

### Manejo de líquidos intravenosos: escenario sin evolución satisfactoria

- ✓ En un escenario en el que, después de la administración de un bolo de solución cristalóide (Hartman o solución salina normal 0.9%) 10 ml/kg en 15 a 30 minutos, los signos de choque persisten y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un segundo bolo de líquidos a razón de 10 ml/kg en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un tercer bolo de líquidos a razón de 10 ml/kg en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, se debe valorar la posibilidad del manejo de acuerdo con el protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque persistente.

### Dengue grave en pacientes embarazadas con comorbilidad

#### Manejo de líquidos intravenosos

- ✓ Administración inmediata de un bolo de solución cristalóide (Hartman o solución salina normal 0.9%) **250 ml** en 15 a 30 minutos.
- ✓ Reevalúe: si desaparecen los signos de choque, entonces disminuir el volumen de líquidos a 5 ml/kg/h por 1 a 2 horas, con monitoreo constante de la condición hemodinámica del paciente.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 4 ml/kg/h por 4 a 6 horas, con monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, continuar a razón de 3 ml/kg/h por 2 a 4 h, con monitoreo de la paciente cada hora.
- ✓ Reevalúe: si la evolución es satisfactoria, reducir líquidos a 2 ml/kg/h, por 24 a 48 h.

- **IMPORTANTE**

### **Manejo de líquidos intravenosos: escenario sin evolución satisfactoria**

- ✓ En un escenario en el que, después de la administración de un bolo de solución cristaloides (Hartman o solución salina normal 0.9%) de **250 ml** en 15 a 30 minutos, los signos de choque persisten y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un segundo bolo de cristaloides de **250 ml** en 15 a 30 minutos.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten y no hay datos de sobrecarga de líquidos, entonces pasar un tercer bolo de cristaloides de **250 ml** en 15 a 30 min.
- ✓ Reevalúe: si los signos de choque persisten, se debe valorar la posibilidad del manejo de acuerdo con el protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque persistente.

### **LA VALORACIÓN FRECUENTE DURANTE LA REANIMACIÓN CON LÍQUIDOS ES ESENCIAL PARA TRATAR CORRECTAMENTE EL CHOQUE Y DEBE INCLUIR:**

- ✓ Valorar la respuesta fisiológica tras cada administración de bolos de líquidos (**los signos de mejoría fisiológica incluyen una mejora en la perfusión, aumento de la presión arterial, disminución de la frecuencia cardíaca (hacia valor normal), disminución de la frecuencia respiratoria (hacia valor normal), aumento de la diuresis y mejoría del estado mental.**
- ✓ Tratamientos adicionales: corrija descompensaciones metabólicas y electrolíticas concomitantes.
- ✓ La paciente con compromiso grave de órganos, tales como daño hepático, sistema nervioso central, corazón u otros órganos, debe manejarse en unidad de terapia intensiva de acuerdo con el protocolo.

“Se sugiere no administrar esteroides sistémicos a pacientes con choque por dengue. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de los esteroides sistémicos sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 26].

“Se sugiere no indicar inmunoglobulinas para el tratamiento del dengue grave. En la actualidad hay ausencia de evidencias confiables que sustenten el efecto de la infusión de inmunoglobulinas sobre desenlaces clínicamente relevantes en pacientes con choque por dengue” [3, p. 27].

**De ser necesario su traslado a un centro con mejores condiciones para el manejo, por la gravedad del caso y según criterio clínico, el paciente debe ser estabilizado antes y durante el traslado.**

**Ya que si el traslado no se realiza en esas condiciones, se incrementa el riesgo de muerte.**

### **Criterios de egreso**

- ✓ Ausencia de fiebre por 48 horas y sin uso de antipiréticos.
- ✓ Ausencia de signos de alarma.
- ✓ Adecuada tolerancia oral.
- ✓ Hemodinámicamente estable.
- ✓ Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas.

Al egresar, referir a la paciente al servicio de atención de salud para continuar control del embarazo o posparto y al neonato a Pediatría, además dar un amplio plan educacional a la madre del niño.

## 8. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

La trombocitopenia en el dengue es transitoria y autolimitada. “Se recomienda no transfundir hemoderivado (concentrado de plaquetas, plasma fresco congelado) a pacientes con dengue y trombocitopenia independientemente del recuento plaquetario.

Esta recomendación **NO** aplica a pacientes con sangrado o condiciones adicionales que predisponen al sangrado. En dichas situaciones debe considerarse la indicación de transfusión de hemoderivados.” [3, p. 22]. Si decide transfundir seguir el protocolo establecido.

“Sin embargo, los pacientes con trombocitopenia marcada, cuyo recuento plaquetario puede llegar a menos de 10.000 mm<sup>3</sup>, deben guardar reposo absoluto, estrictamente acostados y tomarse con ellos medidas para protegerlos de traumatismos y reducir el riesgo de sangrado” (1. p. 43). No se deben aplicar inyecciones intramusculares para evitar hematomas. Se debe recordar que las hemorragias en el dengue son multicausales y no exclusivamente por trombocitopenia.

Cuando el sangrado es significativo, generalmente es de origen digestivo o, si se trata de mujeres adultas, transvaginal. El sangrado del tracto digestivo superior puede no ser aparente por muchas horas, hasta que ocurre la primera evacuación negruzca o melena. También puede presentarse hemorragia pulmonar o intracraneal, ambas de mal pronóstico, por cuanto pueden constituir el inicio de la fase final del paciente. Debe recalarse que, la mayoría de las veces, las grandes hemorragias se presentan durante o después del choque, por lo cual evitar el choque o tratarlo eficaz y tempranamente previene complicaciones de esa naturaleza.

Los pacientes con riesgo de hemorragia grave son aquellos con:

- ✓ Choque prolongado o resistente al tratamiento.
- ✓ Choque con hipotensión asociada a insuficiencia renal o hepática y acidosis metabólica grave y persistente.
- ✓ Uso de agentes antiinflamatorios no esteroideos.
- ✓ Enfermedad ulcerosa péptica preexistente.

- ✓ Tratamiento anticoagulante.
- ✓ Alguna forma de trauma, entre ellas, la inyección intramuscular.

El paciente con dengue que tiene alguna enfermedad hemolítica de base corre el riesgo de hemolisis aguda con hemoglobinuria y podría necesitar transfusión de sangre. Los pacientes con anemia por hematíes falciformes (anemia drepanocítica) que contraen dengue pueden tener una evolución muy tórpida y fatal [1. p. 43].

“Las hemorragias graves pueden manifestarse por:

- ✓ Hemorragia persistente en presencia de inestabilidad hemodinámica, independientemente del nivel de hematocrito.
- ✓ Descenso del hematocrito después de la reanimación con líquidos, junto con inestabilidad hemodinámica.
- ✓ Choque persistente que no responde al tratamiento con líquidos consecutivos ( tres bolos)
- ✓ Choque con disminución del hematocrito basal antes de la reanimación con líquidos”. [1. p. 44].

“La transfusión de sangre salva vidas y debe indicarse en cuanto se sospeche o se compruebe la presencia de hemorragia grave. Sin embargo, debe hacerse con cautela, porque existe el riesgo de sobrecargar de líquidos al paciente. Las recomendaciones actuales son usar glóbulos rojos empacados en lugar de sangre completa.” [1. p. 44].

“Habrá de tenerse mucho cuidado al introducir una sonda nasogástrica, pues ella puede causar hemorragia grave y bloquear las vías respiratorias; es preferible usar una sonda orogástrica. Si se va a cateterizar la vejiga, una sonda bien lubricada minimiza el trauma durante su introducción. Cuando sea indispensable tomar la presión venosa central, se sugiere colocar un catéter por vía femoral o periférica. ” [1, p. 42].

“Deberá evitarse al máximo la inserción de catéteres subclavios o yugulares, así como los procedimientos invasivos para el drenaje de volúmenes de plasma extravasados” [1, p. 42].

## 9. BIBLIOGRAFÍA

[1] Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la región de las Américas [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2016. 114 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28232>

[2] Guzmán MG, Gubler DJ, Izquierdo A, Martínez E, Halstead SB. Dengue infection. Nature reviews Disease primers [en línea]. 2016 ag. Vol. (2). 25 p. Disponible en: DOI <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.55>

[3] Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico y el tratamiento del dengue, chikunguña y zika [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2021. 158 p. Disponible en: DOI <https://doi.org/10.37774/9789275324196>

[4] OPS/OMS. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2016. 102 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>

[5] Organización Panamericana de la Salud. Algoritmos para manejo clínico de los casos de dengue [en línea]. Washington, D.C.: OPS; 2020. 15 p. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/algoritmos-para-manejo-clinico-casos-dengue>

# ANEXOS

Anexo I: Clasificación de la gravedad del dengue

## Clasificación de Gravedad del Dengue

<b>Dengue sin signos de alarma (DSSA)</b>	<b>Dengue con signos de alarma (DCSA)</b>	<b>Dengue grave (DG)</b>
<p>Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y 2 o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas / vómitos</li> <li>2. Exantema</li> <li>3. Cefalea / dolor retroorbitario</li> <li>4. Mialgia / artralgia</li> <li>5. Petequias o prueba del torniquete (+)</li> <li>6. Leucopenia</li> </ol>	<p>Todo caso de dengue que cerca de y preferentemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dolor abdominal intenso y sostenido, o dolor a la palpación del abdomen</li> <li>2. Vómitos persistentes</li> <li>3. Acumulación de líquidos</li> <li>4. Sangrado de mucosas</li> <li>5. Letargo / irritabilidad</li> <li>6. Hipotensión postural (lipotimia)</li> <li>7. Hepatomegalia &gt;2 cm</li> <li>8. Aumento progresivo del hematocrito</li> </ol>	<p>Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma.</li> <li>2. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante</li> <li>3. Compromiso grave de órganos (daño hepático, miocarditis, etc.)</li> </ol>
<b>Requieren monitoreo estricto e intervención médica inmediata</b>		
<b>Primer nivel Manejo ambulatorio</b>	<b>Internar en hospital o unidades de dengue</b>	<b>Hospitalizar UCI</b>

## ANEXO II: Tabla de presión arterial media de mujer y hombres de 1 semana a 18 años

Presión arterial de mujeres de 1 semana a 18 años de edad						
EDAD	Presión arterial sistólica/diastólica			Presión arterial media		
	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima
<7 días	62,5 / 42,1	71,8 / 50,5	81,1 / 58,9	48,9	57,6	66,3
8-30 días	69,7 / 39,2	81,7 / 50,7	93,7 / 62,2	49,4	61,1	72,7
1-5 meses	79,8 / 38,9	92,0 / 49,5	104,2 / 60,1	52,5	63,7	74,8
6-11 meses	79,9 / 42,9	94,5 / 52,5	109,1 / 62,1	55,2	66,5	77,8
1 año	80,2 / 43,2	93,0 / 52,4	105,8 / 61,6	55,5	65,9	76,3
2 años	83,7 / 48,2	94,6 / 57,0	105,5 / 65,8	60,1	69,5	79,1
3 años	79,9 / 45,3	92,6 / 55,1	105,3 / 64,9	56,8	67,6	78,4
4 años	77,6 / 45,3	90,7 / 54,5	103,8 / 63,7	56,1	66,6	77,1
5 años	83,5 / 47,4	94,1 / 57,3	104,7 / 67,2	59,4	69,6	79,7
6 años	84,9 / 49,1	95,5 / 59,3	106,1 / 69,5	61,1	71,4	81,7
7 años	86,1 / 49,4	96,4 / 59,7	106,7 / 70,0	61,6	71,9	82,2
8 años	88,0 / 50,9	98,3 / 61,0	108,6 / 71,1	63,3	73,4	83,6
9 años	89,4 / 52,5	100,2 / 62,7	111,0 / 72,9	64,8	75,2	85,6
10 años	90,9 / 53,2	101,8 / 63,1	112,7 / 73,0	65,8	76,1	86,2
11 años	93,5 / 54,4	104,6 / 64,5	115,7 / 74,6	67,4	77,9	88,3
12 años	96,0 / 57,4	107,5 / 67,1	119,0 / 76,8	70,3	80,6	90,7
13 años	95,1 / 56,7	107,2 / 67,4	119,3 / 78,1	69,5	80,7	91,8
13 años	95,1 / 56,7	107,2 / 67,4	119,3 / 78,1	69,5	80,7	91,8
14 años	96,0 / 57,0	107,8 / 67,6	119,6 / 78,2	70,1	81,1	92,1
15 años	96,1 / 56,0	107,5 / 66,2	118,9 / 76,4	69,4	80,1	90,6
16 años	97,9 / 56,3	109,1 / 67,0	120,3 / 77,7	70,2	81,1	91,9
17 años	98,8 / 57,5	109,9 / 67,6	121,0 / 77,7	71,3	81,7	92,1
18 años	99,1 / 57,0	110,0 / 67,4	120,9 / 77,8	71,1	81,6	92,2

Presión arterial media = [presión diastólica] + [presión sistólica - presión diastólica] / 3 o PAM = PD + (PP/3)  
PAM = PD [(PS-PD)]/3 PAM = [PS+[2PD]]/3

**Presión arterial de hombres de 1 semana a 18 años de edad**

EDAD	Presión arterial sistólica/diastólica			Presión arterial media		
	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima
<7 días	63,1 / 42,2	72,5 / 51,1	82,3 / 60,0	49,2	58,3	67,4
8-30 días	79,9 / 39,1	82,0 / 50,3	93,1 / 61,5	52,7	60,9	72,1
1-5 meses	81,8 / 36,6	93,0 / 47,8	105,9 / 59,0	51,1	62,9	74,6
6-11 meses	80,6 / 43,3	95,4 / 53,3	110,2 / 63,2	55,8	67,3	78,9
1 año	81,4 / 44,0	93,6 / 53,0	105,8 / 62,0	56,5	66,5	76,6
2 años	84,2 / 47,9	95,0 / 56,5	105,8 / 65,1	60,1	69,3	78,7
3 años	80,8 / 44,9	93,5 / 54,3	106,2 / 63,7	56,9	67,4	77,9
4 años	78,7 / 44,5	90,8 / 53,9	102,9 / 63,3	55,9	66,2	76,5
5 años	83,4 / 47,7	94,3 / 57,4	105,2 / 67,1	59,6	69,7	79,8
6 años	86,1 / 48,5	96,2 / 58,5	106,3 / 68,5	61,1	71,1	81,1
7 años	87,4 / 50,5	97,8 / 60,7	108,2 / 70,9	62,8	73,1	83,3
8 años	88,7 / 51,6	98,7 / 61,6	108,7 / 71,6	64,1	74,1	84,1
9 años	90,6 / 52,6	100,7 / 62,6	110,1 / 72,6	65,3	75,3	85,1
10 años	91,4 / 54,1	101,9 / 63,6	112,4 / 73,1	66,5	76,4	86,2
11 años	92,4 / 53,6	103,2 / 63,4	114,0 / 73,2	66,5	76,7	86,8
12 años	95,0 / 55,8	105,8 / 65,6	116,6 / 75,4	68,9	79,1	88,9
13 años	95,2 / 54,7	107,8 / 65,5	120,4 / 76,3	68,2	79,6	91,1
13 años	95,2 / 54,7	107,8 / 65,5	120,4 / 76,3	68,2	79,6	91,1
14 años	97,2 / 55,3	110,1 / 66,2	123,0 / 77,1	69,3	80,8	92,4
15 años	100,5 / 55,2	113,0 / 66,2	125,5 / 77,2	70,3	81,8	93,3
16 años	102,4 / 56,3	114,7 / 67,4	127,0 / 78,5	71,7	83,2	94,7
17 años	105,4 / 59,8	117,6 / 70,2	129,8 / 80,6	75,1	86,1	97,1
18 años	106,3 / 61,8	118,7 / 71,9	131,1 / 82,0	76,6	87,5	98,4

OPS; 2016 (115)

Signos vitales normales según grupo de edad		
Grupo de edad	Frecuencia cardíaca	Frecuencia respiratoria
0-3 meses	110-160	30-60
3-6 meses	110-150	30-45
6-12 meses	90-130	25-40
1-3 años	80-125	20-30
3-6 años	70-115	20-25
6-12 años	60-100	14-22
> 12 años	60-100	12-18

Keith K, Lauren M, Mathew M. The Harriet Lane Book. Philadelphia: Johns Hopkins Hospital; 2011

### Anexo III: Escalas para evaluar estado de conciencia en adultos y en niños

Escala de Glasgow					
Apertura Ocular		Respuesta Verbal		Respuesta Motora	
	Puntos		Puntos		Puntos
Espontánea	4	Orientado correctamente	5	Obedece órdenes correctamente	6
A la orden	3	Paciente confuso	4	Localiza estímulos dolorosos	5
Ante un estímulo doloroso	2	Lenguaje inapropiado	3	Evita estímulos dolorosos	4
Ausencia de apertura ocular	1	Lenguaje incomprensible	2	Respuesta con flexión anormal de los miembros	3
		Carencia de actividad verbal	1	Respuesta con extensión anormal de los miembros	2
				Ausencia de respuesta motora	1

Escala de coma de Blantyre		
Respuesta	Hallazgos	Puntos
Mejor respuesta motora	Localiza el estímulo doloroso	2
	Retira la extremidad frente a un estímulo doloroso	1
	No responde o la respuesta es inapropiada	0
Mejor respuesta verbal	No llora frente al dolor o respuesta verbal (si ha adquirido lenguaje)	2
	Llanto anormal frente al dolor	1
	Ausencia de respuesta motora	0
Movimiento ocular	Mira o sigue con los ojos	1
	No mira, ni sigue	0

Fuente: Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington,DC: OPS/OMS, 2016

## Anexo IV: Ficha de vigilancia epidemiológica Integrada de Arbovirosis

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA Ficha epidemiológica integrada Dengue - Chikungunya - Zika			
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>			
1.1 Enfermedad Vectorial <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Chikungunya <input type="checkbox"/> Zika		1.2 Fecha de notificación (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	1.3 No. de ficha [ ]/[ ]/[ ]
1.4 Datos de la unidad notificadora <input type="radio"/> Área de salud _____ <input type="radio"/> Distrito _____ <input type="radio"/> Servicio _____ <input type="radio"/> Otro (especifique) _____			
<b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>			
2.1 Apellidos _____		Nombres _____	
2.2 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	2.3 Edad _____	2.4 Unidad de medida de la edad <input type="radio"/> Años <input type="radio"/> Días <input type="radio"/> Meses	2.5 Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
2.6 Embarazada <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	2.7 Semanas de embarazo [ ]	2.8 Etapas de gestación <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> Cúterpeno	2.9 Tipo de parto <input type="radio"/> Vaginal <input type="radio"/> Cesaria
2.10 Datos del recién nacido Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]		Lugar de nacimiento _____	Peso [ ] Libras
Condición <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto	Mal formaciones genéticas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Especifique _____	
2.11 Dirección de residencia Departamento _____ Municipio _____ Comunidad _____			
Barrio o colonia _____	Calle / No. / zona _____	Lugar de referencia _____	
2.12 País de procedencia <input type="radio"/> Guatemala Otro _____	2.13 Grupo étnico <input type="radio"/> Maya <input type="radio"/> Ladino / Mestizo <input type="radio"/> Garifuna <input type="radio"/> Xinca <input type="radio"/> Otro (especifique) _____	2.14 Ocupación _____	
2.15 Datos del responsable (si es menor de edad)			
<b>3. DATOS CLÍNICOS</b>			
3.1 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	3.2 Días con síntomas _____	3.3 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	
3.4 Hospitalizado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lugar _____	Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	
3.5 Atención médica <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cuándo (dd/mm/aaaa) [ ]/[ ]/[ ]/[ ]	Dónde _____	
<b>4. SIGNOS Y SINTOMAS</b>			
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Conjuntivitis no purulenta	<input type="checkbox"/> Enterorragia	<input type="checkbox"/> Hemorragia urinaria
<input type="checkbox"/> Artralgia	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Epistaxis	<input type="checkbox"/> Hemorragia vaginal
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Exantema maculopapular (rash)	<input type="checkbox"/> Melena
<input type="checkbox"/> Astenia	<input type="checkbox"/> Dolor retro - orbitario	<input type="checkbox"/> Fiebre	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Edema en articulaciones	<input type="checkbox"/> Hemorragia de encías	<input type="checkbox"/> Petoquis
<input type="checkbox"/> Manifestaciones neurológicas (especifique) _____			<input type="checkbox"/> Vómitos con sangre
			<input type="checkbox"/> Piel fría
			<input type="checkbox"/> Sudoración
			<input type="checkbox"/> Tos
			<input type="checkbox"/> Vómitos

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Departamento de Epidemiología, Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Integrada de Arbovirosis (ficha actualizada 2021).



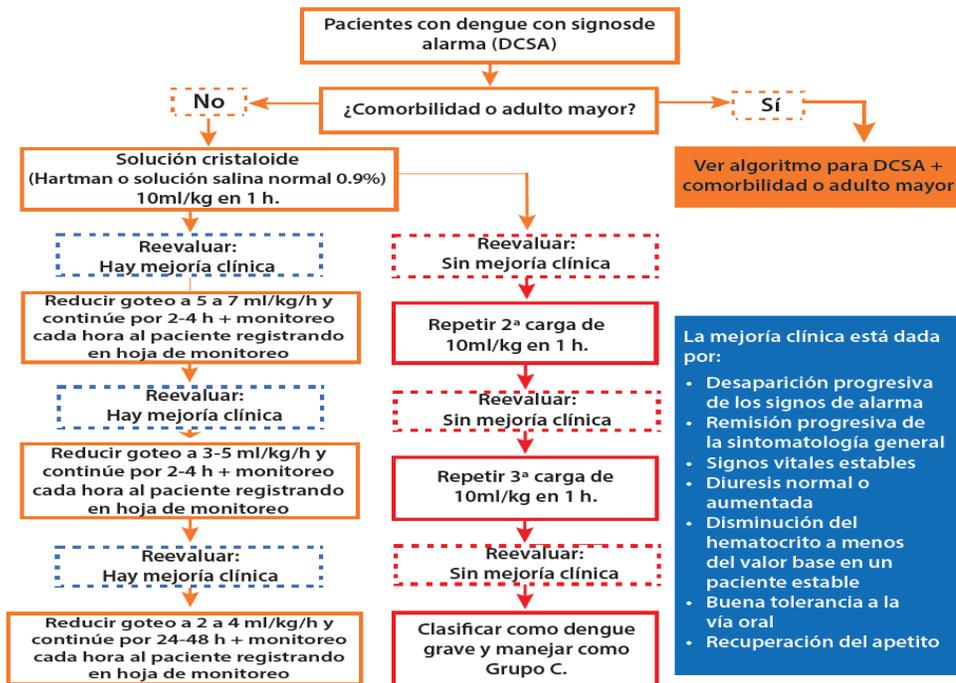
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**  
**DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA**  
Ficha epidemiológica integrada  
Dengue - Chikungunya - Zika



5. FACTORES DE RIESGO			
¿Viajó en los últimos 15 días al inicio de los síntomas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		¿A dónde? _____	
¿Recibió sangre en los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
¿Hay otros enfermos con los mismos síntomas en la familia? (familia, localidad, población) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
¿Almacena agua en pilas, toneles u otros recipientes? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
¿Ha tenido dengue anteriormente? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sabe		¿Cuándo? (mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	
Ubicación de la vivienda <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural <input type="radio"/> Urbana - Rural		No. habitantes en la casa [ ][ ]	
¿Hay chatarra, recipientes inútiles y/o llantas en su patio o alrededores? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Ubicación vivienda menos 100 metros de: cementerio, chatarrera y llanteras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Vivienda cerrada a la vecindad <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Disponibilidad de agua domiciliar <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No			
Abordaje del caso <input type="radio"/> Centro educativo <input type="radio"/> Centro de privación de libertad <input type="radio"/> Institución militar		<input type="radio"/> Albergue <input type="radio"/> Comunidad <input type="radio"/> Otro _____	
6. LABORATORIO			
6.1 Se realizó toma de muestra <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		6.2 Fecha de toma de muestras (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	
6.3 Tipo de muestra <input type="radio"/> Suero <input type="radio"/> Orina	6.4 Resultado <input type="radio"/> Serología IgM <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo		6.3 Fecha de resultado de orina (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
	<input type="radio"/> Serología NS1 <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo		[ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
	<input type="radio"/> RT-PCR <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo		[ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
6.5 Virología Serotipo de Dengue <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4		Detección viral Chikungunya <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Detección viral Zika <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
7. CONCLUSIÓN FINAL DEL CASO			
Dengue <input type="radio"/> Dengue sin signos de alarma <input type="radio"/> Dengue con signos de alarma <input type="radio"/> Dengue grave	8.1 Clasificación <input type="radio"/> Sospechoso <input type="radio"/> Probable <input type="radio"/> Confirmado <input type="radio"/> Confirmado por nexo epidemiológico <input type="radio"/> Descartado	8.1 Condición egreso <input type="radio"/> Vivo <input type="radio"/> Muerto <input type="radio"/> Traslado a otro hospital <input type="radio"/> Contraindicado	Fecha de defunción (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]
Responsable llenado de ficha (nombre y apellidos)		Carga	
Carga		Fecha (dd/mm/aaaa) [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]	

ANEXO V: Algoritmo para manejo de líquidos intravenosos en pacientes adultos, niños y embarazadas sin comorbilidad con dengue con signos de alarma (DCSA)-Grupo B2

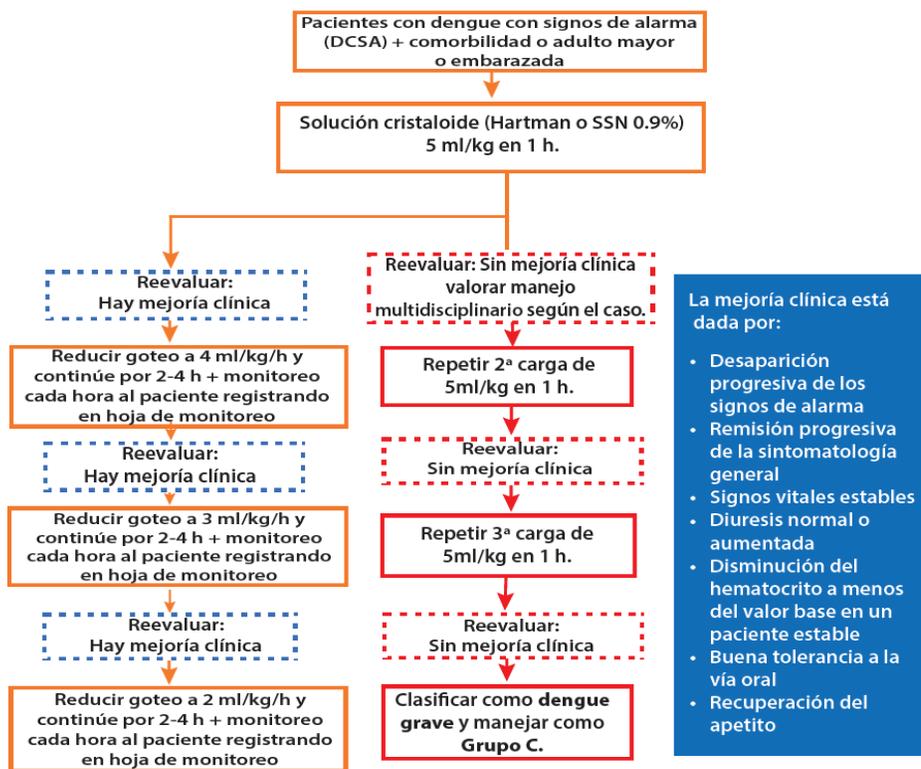
## Algoritmo para Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes Adultos, Niños y Embarazadas sin Comorbilidad con Dengue Con Signos de Alarma (DCSA) - Grupo B2





ANEXO VII: Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes con DCSA+Comorbilidad o adulto mayor – Grupo B2

**Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con DCSA + Comorbilidad o Adulto Mayor – Grupo B2**

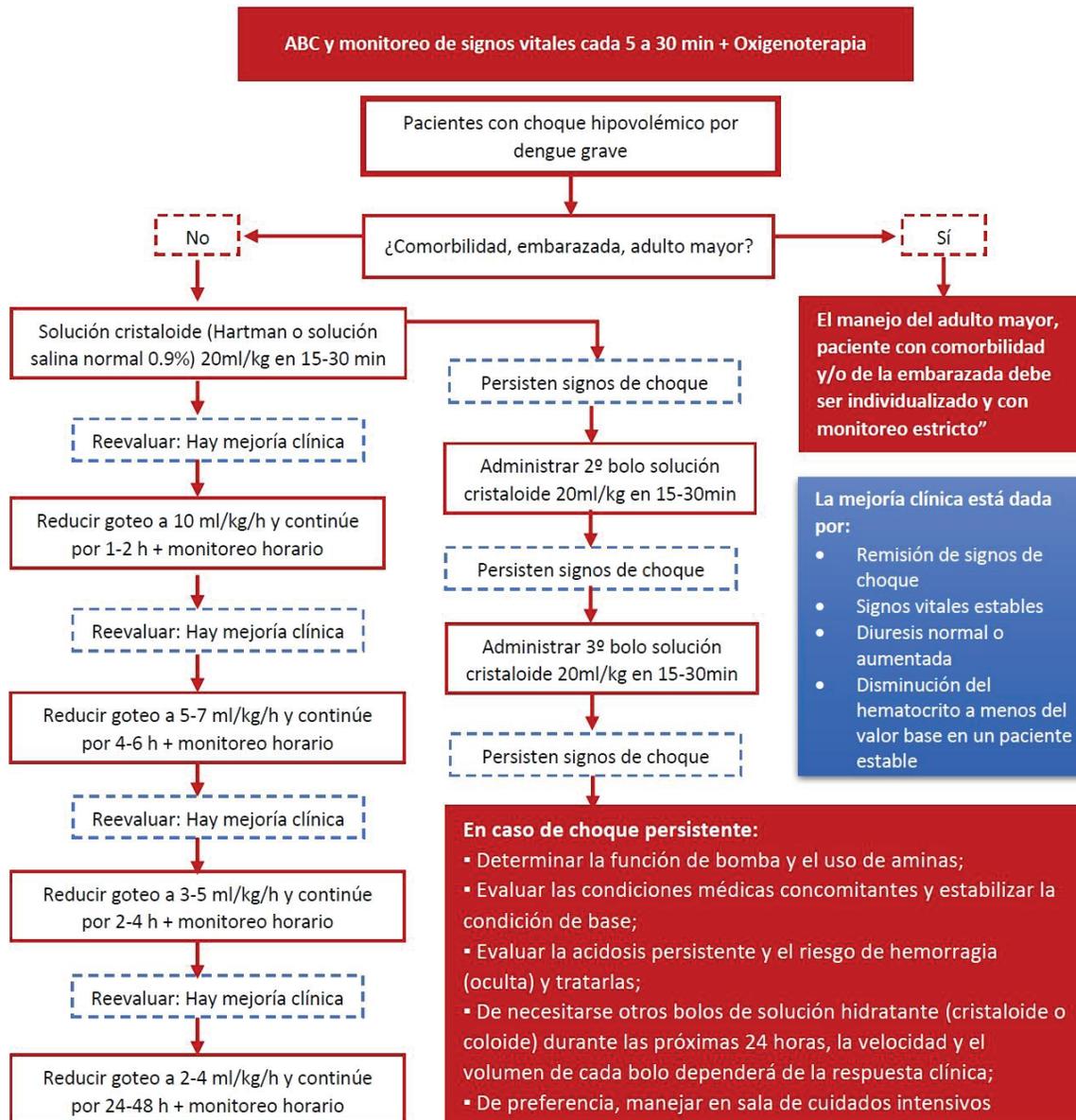


La mejoría clínica está dada por:

- Desaparición progresiva de los signos de alarma
- Remisión progresiva de la sintomatología general
- Signos vitales estables
- Diuresis normal o aumentada
- Disminución del hematocrito a menos del valor base en un paciente estable
- Buena tolerancia a la vía oral
- Recuperación del apetito

ANEXO VIII: Algoritmo para el manejo de líquidos intravenosos en pacientes con choque hipovolémico por dengue grave – Grupo C

**Algoritmo para el Manejo de Líquidos Intravenosos en Pacientes con Choque Hipovolémico por Dengue Grave – Grupo C**



OPS; 2020, p. 14.



**GOBIERNO de  
GUATEMALA**  
DR. ALEJANDRO GIAMMATTEI

MINISTERIO DE  
SALUD PÚBLICA Y  
ASISTENCIA  
SOCIAL

