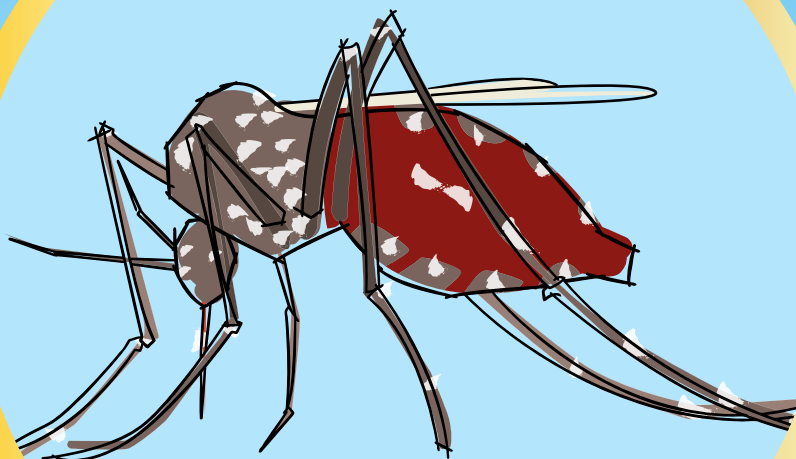


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

PROTOCOLO PARA EL MANEJO CLÍNICO DE DENGUE



GUÍA PARA EL PRIMERO, SEGUNDO Y
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Guatemala, mayo 2019

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Doctor Carlos Enrique Soto Menegazzo

Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Licenciado José Gustavo Arévalo Henríquez

Viceministro Administrativo y Financiero

Doctor Alvar Frank Pérez Méndez

Viceministro de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Doctor Mario Alberto Figueroa Álvarez

Viceministro de Ciencias de la Salud

Doctor Julio Humberto García Colindres

Viceministro de Atención en Salud

Equipo Técnico

Epidemiología del MSPAS

Viceministerio de Hospitales

**Esté documento fué posible gracias a la colaboración de la Organización
Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud OPS/OMS**

INDICE

Contenido

DENGUE	1
1. Definición	1
2. Transmisión	1
3. Serotipos	1
4. Tiempo de incubación: (4 a 10 días)	1
5. Curso de la enfermedad	1
6. Fases del dengue	2
6.1 Fase febril	2
6.2. Fase crítica	2
6.3. Fase de recuperación	3
7. Fisiopatología	4
8. Atención del paciente con dengue	4
9. Definiciones de caso sospechoso	5
9.1. Dengue sin signos de alarma	5
9.2. Dengue con signos de alarma	6
9.3. Dengue grave: Todo caso de Dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones:	6
10. MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	6
Paso 1. Evaluación general	6
Paso 2. Diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad	7
Paso 3. Manejo Dengue sin signos de alarma	7
11. MANEJO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO	9
Paso 1: evaluación general	9
Examen físico	9
Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad	10
Paso 3: tratamiento:	10
Dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso	12
Manejo	12
Pruebas de laboratorio	12
Notificaciones obligatorias	12
Dengue sin signos de alarma más condiciones asociadas o riesgo social	12
Manejo	12
Pruebas de laboratorio	12
Vigilar/evaluar	13
Notificaciones obligatorias	13
Dengue con signos de alarma	13
Manejo	13
Pruebas de laboratorio	14
Notificaciones obligatorias	14
Dengue grave	14
Primera hora	14
12. MANEJO DEL PACIENTE ADULTO	15
Paso 1: evaluación general	15
Anamnesis.	15
Examen físico	16
Laboratorio	16
Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad	16
Paso 3: tratamiento (Anexo 5)	17
Dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso	17
Manejo	17

Pruebas de laboratorio	17
Notificaciones obligatorias	17
Dengue sin signos de alarma más condiciones asociadas o riesgo social	17
Manejo	17
Pruebas de laboratorio	18
Además se recomienda	18
Vigilar/evaluar	18
Notificaciones obligatorias	18
Dengue con signos de alarma	18
Manejo	18
Sin comorbilidades:	18
Con comorbilidad:	19
Pruebas de laboratorio	19
Notificaciones obligatorias	19
Dengue grave	20
Sin comorbilidades menores de 60 años	20
Dengue Grave Con Comorbilidad o Mayor De 60 Años	20
Manejo	20
Con comorbilidad	20
Al terminar primera hora	20
Tratamiento de las complicaciones hemorrágicas	22
Los pacientes con riesgo de hemorragia grave son aquellos con:	22
Las hemorragias graves pueden manifestarse por:	23
Pruebas de laboratorio	23
Criterios de egreso	23
Consideraciones especiales	24
13.MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON DENGUE	24
Paso 1: evaluación general	25
Anamnesis.	25
Examen físico	25
Laboratorio:	25
Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad	25
Paso 3: tratamiento	26
Embarazada con dengue sin signos de alarma	26
Manejo	26
Embarazada con dengue con signos de alarma	27
Manejo	27
Embarazada con Dengue grave	27
Al terminar primera hora	28
Criterios de egreso	28
BIBLIOGRAFIA	29

PRESENTACIÓN

Guatemala es un país tropical del cinturón de las Américas, con una población multiétnica, multilingüe y multicultural con 17,689,642 habitantes, distribuidos en 22 departamentos y con frecuentes episodios epidémicos de dengue en sus diferentes manifestaciones.

La guía aquí presentada es 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 triage 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).

Es por esta razón que el 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 a los recursos existentes, sin desestimar lo más importante que es la prevención.



Dr. Carlos Enrique Soto Menegazzo
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social



DENGUE

Definición

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica, dinámica y prevenible. La infección puede cursar en forma asintomática o presentarse con un espectro clínico amplio que incluye manifestaciones graves y las no graves.

2. Transmisión

Transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por el *Aedes aegypti* en la región de las Américas. El mosquito se torna infectante de 8 a 12 días después de alimentarse de un paciente infectado y así continúa durante toda su vida (45 días).

3. Serotipos

Los virus del dengue han sido agrupados en cuatro serotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4. Los cuatro serotipos son capaces de producir infección asintomática, enfermedad febril y cuadros graves que pueden conducir hasta la muerte.

4. Tiempo de incubación: (4 a 10 días)

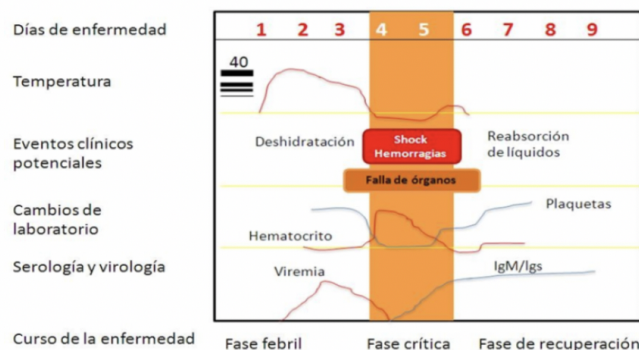
Las personas infectadas son los portadores y multiplicadores principales del virus, ya que los mosquitos se infectan al picarlas. Tras la aparición de los primeros síntomas, las personas infectadas con el virus pueden transmitir la infección al mosquito vector mientras dura la fiebre (entre 2 a 7 días).

5. Curso de la enfermedad

Después del periodo de incubación, la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. (Figura 1)

Figura No. 1

Figura No. 1



Fuente: OPS/OMS Adapted from WCL y 1980 by Hung NT. Lum LCS Tan LH

6. Fases del dengue

6.1 Fase febril

Generalmente, los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina. Usualmente la fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retro-ocular. Algunos pacientes pueden presentar hiperemia de oro faringe, sin referir el paciente dolor, por lo que este hallazgo NO corresponde a una amigdalitis aguda.

Los trastornos gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito y las evacuaciones líquidas) son comunes. En la fase febril temprana, puede ser difícil distinguir clínicamente el dengue de otras enfermedades febriles agudas. A los pocos días del inicio de la enfermedad pueden presentarse manifestaciones hemorrágicas menores como petequias y equimosis en la piel.

El hígado puede estar aumentado de tamaño y doloroso a la palpación. La bradicardia relativa es común en esta fase, ya que la fiebre no eleva sustancialmente la frecuencia cardíaca, la presencia de este hallazgo clínico en el paciente con sospecha clínica de dengue podría ayudar en el reconocimiento temprano del caso sospechoso de dengue, sin embargo también se puede encontrar en otras enfermedades infecciosas como fiebre tifoidea. La principal complicación observada en esta fase es deshidratación, la fiebre alta puede en los niños asociarse a convulsiones.

En este período se detecta la presencia del virus en la sangre (viremia) y la disminución del recuento de glóbulos blancos. Por lo tanto, la vigilancia de los signos de alarma y de otros parámetros clínicos es crucial para el reconocimiento de la progresión a la fase crítica. Las manifestaciones referidas predominan al menos durante las primeras 48 horas de enfermedad y pueden extenderse durante algunos días más, en la que se puede considerar como la ETAPA FEBRIL de la enfermedad.

En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque o grandes hemorragias.

6.2. Fase crítica

En algunos pacientes, cuando la temperatura desciende a 37.5 grados Celsius o menos y se mantiene por debajo de este nivel, por lo general, en los primeros 3 a 7 días de la enfermedad, puede aumentar la permeabilidad capilar; Esto marca el comienzo de la fase crítica, o sea, el de las manifestaciones clínicas debidas a la extravasación de plasma, y que, por lo general, dura de 24 a 72 horas. Puede asociarse con hemorragia de las mucosas nasal (epistaxis) y de las encías (gingivorragia), así como con sangrado transvaginal en mujeres en edad fértil (metrorragia o hipermenorrea).

Los pacientes sin un gran aumento de la permeabilidad capilar mejoran, mientras que aquellos con mayor permeabilidad capilar pueden empeorar como resultado de la pérdida de volumen plasmático y llegar a presentar signos de alarma, si no se restaura la volemia de manera oportuna y correcto, "pocas horas después" presentar signos clínicos de hipoperfusión tisular y choque hipovolémico.

El choque ocurre cuando se pierde un volumen crítico de plasma por extravasación y por lo general es precedido por signos de alarma. Cuando se produce el choque, la temperatura corporal puede estar por debajo de lo normal. Si el período de choque es prolongado o recurrente, resulta en la hipoperfusión de órganos, con hipoxia y deterioro progresivo del paciente. Puede, entonces, ocurrir un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y daño orgánico múltiple, que se acompañan de acidosis metabólica y coagulopatía de consumo.

En vista de que el laboratorio no sustituye a la clínica deberá realizarse un buen examen físico.

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.

6.3. Fase de recuperación

En esta etapa de la evolución, es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Hay una mejoría del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, se estabiliza el estado hemodinámico y se incrementa la diuresis.

Después de la etapa crítica, el enfermo pasa un tiempo variable en la etapa de recuperación que también requiere de la atención médica, pues durante este período es que el paciente debe eliminar fisiológicamente el exceso de líquidos que se había extravasado hasta normalizar todas sus funciones vitales; en el niño y el adulto sano esta diuresis aumentada es bien tolerada, pero hay que vigilar especialmente a los pacientes con algún tipo de cardiopatía, nefropatía o adultos mayores.

Se debe estar alerta por la posibilidad de una infección bacteriana.

Algunos pacientes adultos se mantienen muchos días con debilitamiento (astenia) y algunos refieren síntoma neurológico caracterizado por la lentitud psíquica, mental o del pensamiento (bradipsiquia) durante semanas.

La principal complicación observada en esta fase es la hipervolemia, en los pacientes con tratamiento intravenoso excesivo con líquidos o en los que se ha extendido hasta esta fase.

7. Fisiopatología

Cuando el virus es introducido en la piel la primera célula diana es la célula dendrítica presente en la epidermis, principalmente las células de Langerhans, que se activan y presentan el virus al linfocito T. De igual manera, los virus que invadieron la sangre son identificados por los monocitos y células endoteliales, que también cumplen la función presentadora. Los primeros linfocitos en activarse son los CD4 y posteriormente los CD8, con liberación de citoquinas. 1

La producción excesiva de citoquinas conduce a la disfunción de las células endoteliales vasculares, con aumento de la permeabilidad vascular que resulta en la extravasación de plasma, que es la alteración fisiopatológica fundamental del dengue mediante la cual se escapa agua y proteínas hacia el espacio extravascular que puede llevar a choque hipovolémico.1

Según el estudio DENCO [Dengue y estudio de control en múltiples países], el dolor abdominal intenso, el sangrado de mucosas y el letargo fueron las manifestaciones clínicas con significancia estadística en este estudio multicéntrico realizado en dos continentes y ocho países y se presentaron 24 horas antes de que la gravedad del dengue se estableciera. Los signos de alarma, descritos en los párrafos siguientes, son consecuencia de un incremento de la permeabilidad capilar, por lo que marcan el inicio de la fase crítica. 2

- Dolor abdominal intenso y continuo o dolor a la palpación del abdomen. Este dolor indica que la condición del paciente puede evolucionar o ya está evolucionando al estado de choque por dengue y sus graves complicaciones.
- Sangrado activo de mucosas. Suele presentarse en las encías y la nariz, pero también puede ser transvaginal (metrorragia e hipermenorrea), del aparato digestivo (vómito con estrías sanguinolentas) o del riñón (hematuria macroscópica). El sangrado de mucosas acompañado de alteración hemodinámica del paciente se considera signo de alarma.
- Alteración del estado de conciencia. Puede presentarse irritabilidad (inquietud) o somnolencia (letargo), con un puntaje en la escala de coma de Glasgow menor de 15. Se acepta que ambas manifestaciones son expresión de la hipoxia cerebral provocada por la hipovolemia determinada por la extravasación de plasma. 2

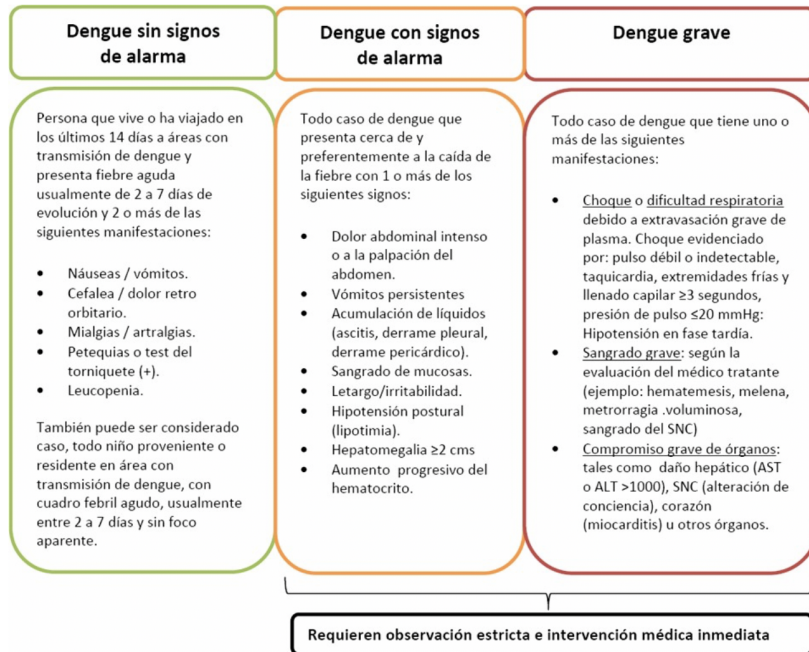
8. Atención del paciente con dengue

El abordaje del paciente con diagnóstico sospechoso de dengue tiene como objetivo identificar la fase clínica de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Esta información es necesaria para instaurar un manejo adecuado.

El dengue es una enfermedad dinámica y puede evolucionar de un dengue sin signos de alarma, a un dengue con signos de alarma y/o a un dengue grave; por lo que es básico que el médico identifique los signos de alarma, para un adecuado manejo del paciente lo que puede ayudar a una resolución exitosa.

La clasificación según la gravedad tiene un gran potencial práctico para el médico tratante para decidir dónde y con qué intensidad se debe observar y tratar al paciente (es decir, el triage, especialmente útil en los brotes). 3

Figura No. 2
Clasificación revisada de gravedad del dengue para las Américas



Fuente: OPS/OMS

9. Definiciones de caso sospechoso

9.1. Dengue sin signos de alarma

Persona residente o procedente de área endémica de Dengue, que presente enfermedad febril aguda por arriba de 38.5°C , de inicio repentino que dura de 2 a 7 días, acompañada de dos o más de los siguientes signos y/o síntomas: dolor de cabeza (cefalea), dolor retroorbitario, dolor de articulaciones (artralgias), dolor de músculos (mialgias), náuseas/vómitos, erupción cutánea (rash). Petequias, leucopenia o prueba de torniquete positiva.4La prueba del torniquete por sí sola no es útil como herramienta clínica para diferenciar el dengue de otros síndromes febriles en niños entre los dos y los 12 años de zonas endémica, además el valor predictivo positivo, para posibilidad de manifestaciones hemorrágicas es bajo.8

También puede considerarse caso sospechoso 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. 5

9.2. Dengue con signos de alarma

Todo caso de Dengue que cerca o al caer la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos: 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen; 2. Vómitos persistentes; 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico); 4. Sangrado de mucosas; 5. Letargo / irritabilidad; 6. Hipotensión postural (lipotimia); 7. Hepatomegalia > 2 cm; 8. Aumento progresivo del hematocrito.

9.3. Dengue grave: Todo caso de Dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones:

- Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidenciado por: pulso acelerado, débil o indetectable (según edad), taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión arterial ≤ 20 mmHg; hipotensión en fase tardía.
- Sangrado grave: Según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central [SNC])
- Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥ 1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos.

10. MANEJO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

En la atención ambulatoria del dengue en el primer nivel de atención, no se requiere tecnología avanzada, instalaciones de gran complejidad. Solo es necesario un personal de salud sensibilizado y capacitado, que tenga la sospecha clínica oportuna de los pacientes con dengue y brinde una consulta ambulatoria diaria, estén en la disposición o accesibilidad de evaluarlo, si este no puede asistir al Centro Asistencia cercano al lugar donde vive el paciente, para que detecte oportunamente al paciente que debe ser hospitalizado. En este grupo se incluye los pacientes que cumplen con la definición clínica de caso sospecho de dengue, y no tienen los criterios para ser enviado a hospitalizar el día que son atendidos. Pasos del abordaje del paciente atendido en el primer nivel.

Paso 1. Evaluación general

Anamnesis: debe incluir, historia clínica que incluya antecedentes personales médicos y la historia clínica completa actual del motivo por el cual está consultando (pregunte si existen más personas en su casa o vecinos con una enfermedad similar a la suya).

- Fecha del inicio de la fiebre
- Adecuada tolerancia oral
- Búsqueda de signos de alarma: dolor abdominal intenso y sostenido, alteración del sensorio (letargo o irritabilidad), sangrado.
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea)
- Cambios del sistema nervioso central: irritabilidad, somnolencia, letargo y convulsiones
- Diuresis (frecuencia en las últimas 6 horas, volumen y hora de la última micción)
- Antecedentes personales patológicos

Examen físico: Tomar y registrar signos vitales para evaluar el estado hemodinámico: temperatura, intensidad de pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión diferencial de pulso, presión arterial media y frecuencia respiratoria, llenado capilar. (Anexo 1)

Evaluar:

- a. Estado de conciencia con la escala de Glasgow (Anexo 2)
- b. Estado de hidratación
- c. Presencia de disnea
- d. Auscultación cardíaca
- e. Auscultación pulmonar
- f. Presencia de derrames pleurales
- g. Revisión de abdomen: dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia
- h. Presencia de sangrado
- i. Piel
- j. Presencia de edema
- k. Estado nutricional

Paso 2. Diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad

A partir de la anamnesis y el examen físico, el personal de salud debe poder definir si cumple con la definición de caso sospecho y responderse las siguientes preguntas con respecto al paciente:

- ¿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 referencia para ingreso hospitalario 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
- Embarazadas
- Adultos casos especiales: anticoagulados, renales crónicos o en terapia sustitutiva, cirróticos, cardiopatías.
- Pacientes en situación social de riesgo

Paso 3. Manejo Dengue sin signos de alarma

- Los casos sospechosos deben ser notificados a epidemiología llenando en forma completa la ficha de notificación, en especial la dirección de la residencia a fin de que se realicen las medidas de prevención y control adecuadas, para evitar que más personas se enfermen.

- No es necesaria la confirmación de la enfermedad por laboratorio, para el manejo médico del paciente.
- Si el personal de salud del primer nivel no tiene claro su diagnóstico, podría enviar un examen de laboratorio o gabinete para descartar otra enfermedad. Si se solicitan exámenes de laboratorio deben ser evaluados, y decidir si el paciente continúa en la consulta de dengue o se da de alta de esta consulta, se refiere o se brinda tratamiento para su otra enfermedad.

Si no existe ningún criterio para hospitalizar al paciente se envía para la casa y se cita para el día siguiente con las siguientes recomendaciones:

- Dar Leche, jugos de frutas, sueros, de rehidratación oral, agua de arroz y sopa.
- Prescribir acetaminofén a la dosis usual (no más de 4 gramos al día en adultos y niños 10 mg/kg/dosis), cada 6 horas. (en niños no más de 3 gramos al día).
- Niños a partir de los 10 años: 500-650 mg/4-6 h; máx. 4 g/día.

SI EL PACIENTE ES NEONATO (MENOR A 28 DIAS DE VIDA) DEBE DE SER REFERIDO A UN CENTRO ASISTENCIAL DONDE EXISTA MÉDICO PEDIATRA PARA SU EVALUACION.

- No se debe prescribir, ni recomendar al paciente, ingerir esteroides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), ácido acetil salicílico, metamizol y otros. Los pacientes que siguen tratamiento crónico con alguno de estos medicamentos deben ser valorados por el médico especialista la conveniencia de continuar.
- No se debe administrar antibióticos en la fase febril del paciente con dengue, excepto que curse además con un proceso infeccioso bacteriano bien documentado ejemplo: amigdalitis purulenta, sepsis urinaria, celulitis, infección pulmonar etc.
- La administración de medicamentos intramusculares no se recomienda.
- Es importante recomendar a los familiares o acompañantes del paciente buscar y eliminar los criaderos de mosquitos en la casa y alrededor de la misma.

Todo lo antes mencionado debe explicársele con claridad al paciente y en el caso de niños, a los padres o acompañantes dar el plan educativo sobre los signos de alarma.

Vigilar/evaluar diariamente

- Signos vitales: pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial (anexo hoja de valoración ambulatoria)
- Equilibrio hídrico: ingresos y egresos (informar las veces que orina)
- Signos de alarma
- En los niños es importante preguntarles a las madres si el niño está ingiriendo alimentos o si ella observa algún cambio negativo en el paciente.
- 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.

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 posterior manejo ambulatorio ya sea en el primer nivel o en la residencia del paciente.

Manejo de situaciones poco frecuente en el primer nivel de atención.

Un paciente puede llegar al consultorio del primer nivel de atención con signos de alarma y datos de inestabilidad (niños aumento de la frecuencia cardíaca, adultos PAM (presión arterial media) menor de 70mm Hg y frecuencia cardíaca mayor de 100). El médico debe proceder de inmediato a estabilizar el paciente, canalizar una vía de grueso calibre con solución de lactato de Ringer o solución fisiológica al 0.9% antes de ser trasladado iniciando un bolus de 10 a 20ml/ kgrs rápido en niños y adultos jóvenes sin comorbilidad. En los adultos mayores o cardiopatas la cantidad de líquido a pasar debe ser menor y en un tiempo de 30 minutos. Debe ser acompañado por personal de salud en el traslado y de preferencia utilizar una ambulancia.

Criterios de alta de la consulta ambulatoria

- Ausencia de fiebre por 72 horas sin uso de antipiréticos
- Ausencia de signos de alarma
- Buena tolerancia oral
- Hemodinámicamente estable

11.MANEJO DEL PACIENTE PEDIATRICO

Pasos del abordaje del paciente pediátrico con dengue

Paso 1: evaluación general

Anamnesis. Debe incluir:

- Fecha del inicio de la fiebre
- Adecuada tolerancia oral
- Búsqueda de signos de alarma: dolor abdominal intenso y sostenido, alteración del sensorio (letargo o irritabilidad), sangrado.
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea)
- Cambios del sistema nervioso central: irritabilidad, somnolencia, letargo y convulsiones
- Diuresis (frecuencia en las últimas 6 horas, volumen y hora de la última micción)
- Antecedentes personales patológicos

Examen físico

- Tomar y registrar signos vitales para evaluar el estado hemodinámico: temperatura, intensidad de pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión diferencial de pulso, presión arterial media y frecuencia respiratoria, llenado capilar. (Anexo 1)
- Evaluar el estado de conciencia con la escala de Glasgow. (Anexo 2)
- Determinar el estado de hidratación.

- Determinar la presencia de derrames pleurales y disnea
- Comprobar la presencia de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia.
- Investigar la presencia de sangrado
- Valorar estado nutricional

Laboratorio: Los pacientes febriles con diagnóstico potencial de dengue deberán hacerse las pruebas de laboratorio que figuran a continuación.

- Hematología completa

Pueden considerarse análisis adicionales según criterio médico.

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

Una vez se haya diagnosticado el caso, la notificación de la enfermedad, es obligatoria e inmediata (Vigilancia Epidemiológica. Anexo 3).

Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad

A partir de la anamnesis, el examen físico y los resultados de laboratorio (hemograma completo), los médicos deben poder responderse las siguientes preguntas con respecto al paciente:

- ¿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 ingreso hospitalario son:

- Niños menores de 1 año
- Niños con enfermedades de base descompensadas
- Niños con signos de alarma
- Niños en situación de riesgo social

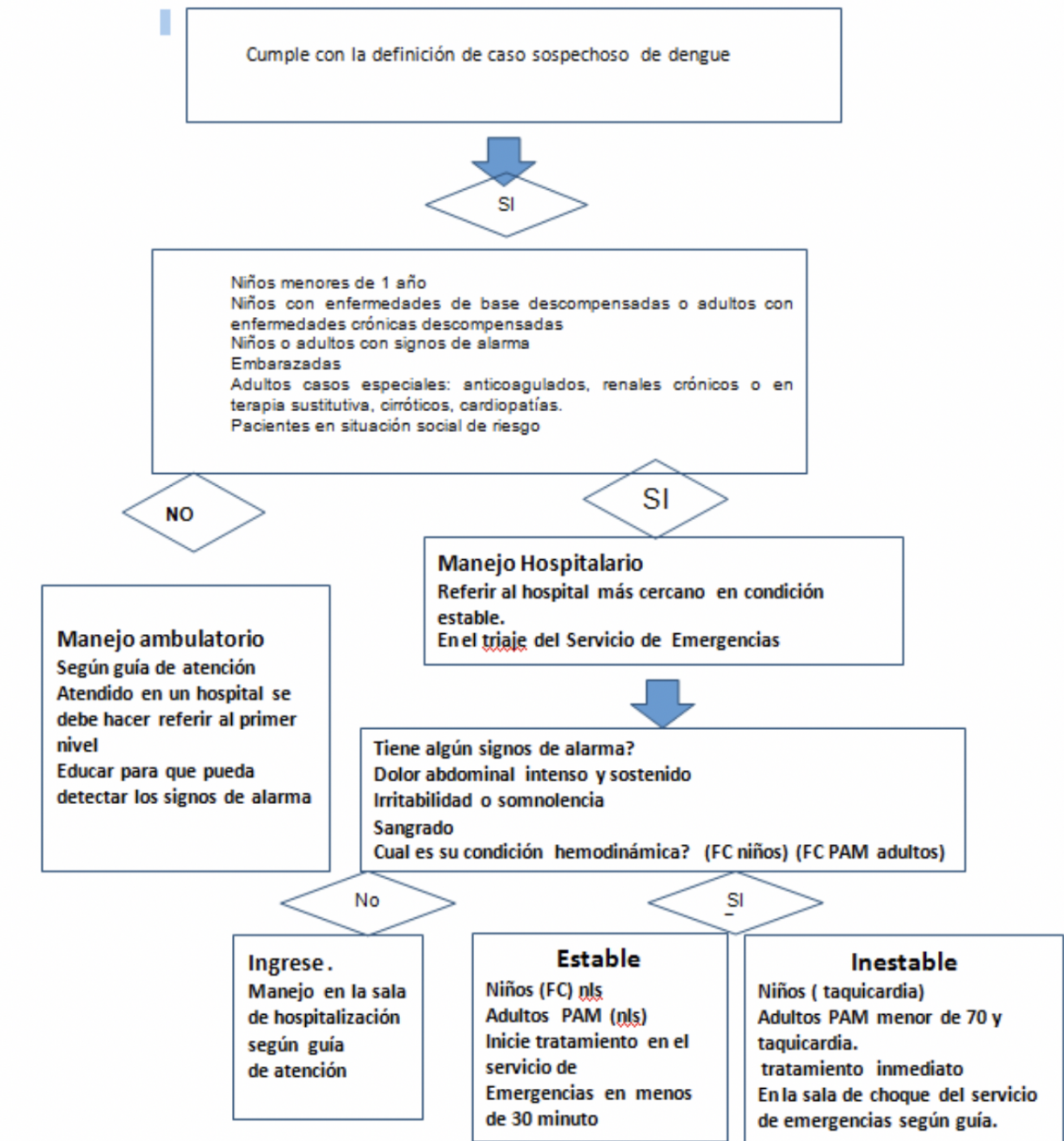
Paso 3: tratamiento: Según las manifestaciones clínicas y las circunstancias, los pacientes podrían requerir:

- Tratamiento en el hogar: dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso
- Ingreso a sala general unidad de dengue / encamamiento para observación y manejo de su infección y las afecciones asociadas: pacientes estables sin signos de alarma más afección asociada o riesgo social

- Ingreso a encamamiento con monitoreo constante: pacientes con dengue con signos de alarma

Ingreso a área de choque para estabilización y posterior reubicación a unidad de cuidados intensivos: pacientes con dengue grave con choque con signos refractarios al tratamiento, compromiso grave de órganos, sangrado grave.

Figura No. 3
Flujograma de Atención pacientes sospechosos de Dengue



Dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso

Manejo

- Plan educacional (encargado de paciente) sobre manejo de paciente ambulatorio e identificación de aparición de signos de alarma.
- Mantener hidratado al paciente por vía oral (lactancia materna, sales de hidratación oral, líquidos caseros)
- En caso de intolerancia por vía oral o aparición de signos de alarma, consultar inmediatamente al servicio de asistencia más cercano.
- Dar tratamiento sintomático por fiebre con acetaminofén 10mg/kg/dosis c/6 horas y medios físicos. Solo si tiene fiebre
- Activar sistema de referencia y/o contra referencia al servicio de salud más cercano.

Pruebas de laboratorio

- Exámenes de laboratorio de acuerdo a criterio médico sobre caso clínico

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica caso y notificación a donde corresponda (Anexo 3)

Dengue sin signos de alarma más condiciones asociadas o riesgo social

Manejo

- Ingreso a sala general unidad de dengue / encamamiento para observación
- Mantener hidratado al paciente por vía oral.
- En caso de intolerancia a la vía oral, valorar la presencia de signos de alarma e iniciar tratamiento.
- En ausencia de signos de alarma e intolerancia reforzar técnica alimenticia.
- Dar tratamiento sintomático por fiebre con acetaminofén 10mg/kg/dosis c/6 horas y medios físicos.

Pruebas de laboratorio

- Exámenes de laboratorio de acuerdo a criterio médico sobre caso clínico

Además, el paciente

- Hará uso estricto de mosquitero en la fase febril
- Dar plan educacional a encargado de paciente

Vigilar/evaluar

- signos vitales: pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial cada 4 horas
- curva de temperatura
- equilibrio hídrico: ingresos y egresos (informar las veces que micciona)
- signos de alarma cada 4 horas
- laboratorio de acuerdo al criterio médico según condición asociada
- plan educacional sobre los signos de alarma al encargado del paciente

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica caso y notificación a donde corresponda (Anexo 3)

Dengue con signos de alarma

Manejo

- Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre adecuado para la edad.
- Iniciar hidratación con, Lactato de Ringer o Hartman, solución salina 0.9%: 10cc/kg a pasar en media hora, en servicio de emergencia.
- Ingreso a encamamiento con monitoreo constante
- Control de signos vitales y signos de alarma cada hora (Anexo1)
- Dar tratamiento sintomático por fiebre con acetaminofén 10mg/kg/dosis c/6 horas. Dar solo si hay fiebre.
- Re evaluar: presión arterial, presión arterial media adecuada para la edad, frecuencia cardíaca, signos de sobre carga hídrica y diuresis. Si persisten los signos de alarma y no hay datos de sobre carga hídrica, repetir hidratación: Lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0.9%: 10cc/kg a pasar en media hora y re evaluar.
- Si paciente hemodinámicamente estable, inicie soluciones de mantenimiento, utilizando la fórmula de Holliday Segar. (Anexo4)
- Monitoree al paciente de forma dinámica, si paciente presenta signos de choque, evalúe su traslado a unidad de terapia intensiva de su hospital, si no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe manejarse en encamamiento general con vigilancia permanente y esquema de dengue grave.

El traslado de un paciente a otro hospital con signos de choque, incrementa el riesgo de muerte. Nunca trasladar paciente en etapa crítica

Pruebas de laboratorio

- Exámenes de laboratorio de acuerdo a criterio médico sobre caso clínico

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica caso y notificación a donde corresponda (Anexo 3)

Dengue grave

Ingreso a área de choque para estabilización y posterior reubicación a unidad de cuidados intensivos

Primera hora

- Valoración de vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media, cada 5 a 30 minutos. (Anexo 1)
- Oxigenoterapia
- Exámenes de laboratorio, según criterio médico.
- Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0,9%) a 20 cc/kg. Administre 3,4, o más bolus a menos que se desarrolle estertores, dificultad respiratorio o hepatomegalia y de acuerdo a respuesta fisiológica y a niveles de la PAM.¹¹
- Tratamientos adicionales: corrija descompensaciones metabólicas concomitantes.

IMPORTANTE

VALORACIÓN FRECUENTE DURANTE LA REANIMACIÓN CON LIQUIDOS

Son esenciales para tratar correctamente el shock y debe incluir:

- Valorar la respuesta fisiológica tras cada administración de bolos de líquido (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 mejor estado mental
- Determinar si es necesario la administración de más bolos de líquido
- Valorar signos de efectos adversos (ej. edema pulmonar) durante y después de la reanimación con líquidos.¹²

Al terminar primera hora

- Re evaluar
- ¿Responde a líquidos (es decir, normalización de perfusión/hemodinámica)

SI	NO
Inicie soluciones de mantenimiento según fórmula Holliday Segar y debe continuar re evaluando cada 30 minutos la hemodinámica del paciente	Manejo de acuerdo a protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque

El traslado de un paciente a otro hospital en choque, incrementa el riesgo de muerte.

NUNCA TRASLADAR PACIENTE EN ETAPA CRÍTICA

Criterios de egreso

- Ausencia de fiebre por 72 horas sin uso de antipiréticos
- Ausencia de signos de alarma
- Buena 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 a encargado de paciente.

12. MANEJO DEL PACIENTE ADULTO

Pasos del abordaje del paciente adulto con dengue

Paso 1: evaluación general

Anamnesis. debe incluir:

- Fecha del inicio de la fiebre
- Adecuada tolerancia oral
- Búsqueda de signos de alarma: dolor abdominal intenso y sostenido, alteración del sensorio (letargo o irritabilidad), sangrado.
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea)
- Cambios del sistema nervioso central: irritabilidad, somnolencia, letargo y convulsiones
- Diuresis (frecuencia en las últimas 6 horas, volumen y hora de la última micción)
- Antecedentes médicos y tratamiento
- Automedicación

Examen físico

- Tomar y registrar signos vitales para evaluar el estado hemodinámico (temperatura, calidad del pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión de pulso, presión arterial media y frecuencia respiratoria).
- Evaluar el estado de conciencia con la escala de Glasgow (Anexo 2)
- Determinar el estado de hidratación.
- Determinar la presencia de derrames pleurales y disnea
- Comprobar la presencia de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia.
- Investigar la presencia de sangrado
- Valorar estado nutricional

Laboratorio

Pueden considerarse según criterio médico.

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

Una vez se haya diagnosticado el caso, la notificación de la enfermedad es obligatoria e inmediata. (Anexo 3)

Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad

A partir de la anamnesis y el examen físico los médicos deben poder responderse las siguientes preguntas con respecto al paciente:

- ¿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 ingreso hospitalario son:

- Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas
- Pacientes casos especiales: anticoagulados, renales crónicos o en terapia sustitutiva, cirróticos, cardiopatías y otros según criterio del especialista.
- Presencia signos de alarma
- Pacientes en situación social de riesgo

Paso 3: tratamiento (Anexo 5)

Según las manifestaciones clínicas y las circunstancias, los pacientes podrían requerir:

- Tratamiento en el hogar (dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso)
- Ingreso a sala general unidad de dengue / encamamiento para observación y manejo de su infección y las afecciones asociadas (pacientes estables sin signos de alarma más afección asociada o riesgo social)
- Ingreso a encamamiento para monitoreo constante e hidratación intravenosa (pacientes con dengue con signos de alarma)
- Ingreso a área de choque para estabilización y posterior reubicación a unidad de cuidados intensivos (pacientes con dengue grave con choque con signos refractarios al tratamiento, compromiso grave de órganos o sangrado grave)

Dengue sin signos de alarma sin criterios de ingreso

Manejo

- Plan educacional sobre manejo de paciente ambulatorio e identificación de aparición de signos de alarma.
- Mantener hidratado al paciente por vía oral.
- En caso de intolerancia por vía oral o aparición de signos de alarma, consultar inmediatamente al servicio de salud más cercano.
- Dar tratamiento sintomático con acetaminofén 500 mg por fiebre, valorar cada 6 horas y medios físicos.
- Activar sistema de referencia y/o contra referencia al servicio de salud más cercano, según sea el caso.

Pruebas de laboratorio

- De acuerdo a criterio médico

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por personal de salud que identifica caso (Anexo 3)

Dengue sin signos de alarma más condiciones asociadas o riesgo social

Manejo

- Mantener hidratado al paciente por vía oral.
- En caso de intolerancia a la vía oral, valorar la presencia de signos de alarma e iniciar hidratación intravenosa según requerimientos basales y adecuándola a comorbilidades y volemia.

- Dar tratamiento sintomático con acetaminofén 500 mg por fiebre y valorar cada 6 horas y medios físicos solo si tiene fiebre.
- El incremento de la dosis de acetaminofén no ha demostrado la disminución de temperatura ya que puede presentarse en un lapso no mayor a 6 horas.

Pruebas de laboratorio

- Exámenes de laboratorio de acuerdo a criterio médico.

Además se recomienda

- Uso estricto de mosquitero durante fase febril.
- Dar plan educacional al encargado de paciente, con énfasis en evitar la automedicación, reconocimiento y significado de los signos de alarma

Vigilar/evaluar

- Signos vitales: características de pulso, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial, presión arterial media, oximetrías. (Anexo 5)
- Control de ingesta y excreta.
- Evaluar Excreta urinaria cada 6 horas (mayor 0.5 cc kg/hora)
- Signos de alarma cada 4 horas
- Laboratorio de acuerdo al criterio médico según condición asociada

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por médico que identifica caso (Anexo 3)

Dengue con signos de alarma

Manejo

- Control de signos vitales y signos de alarma cada hora (Anexo 1)
- Dar tratamiento sintomático con acetaminofén 500 mg por fiebre valorar cada 6 horas y medios físicos solo si tiene fiebre.
- Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre.
- No retrasar inicio de hidratación, administrar, Lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0.9%

Sin comorbilidades:

- Iniciar hidratación a 10cc/kg para 1 hora.
- Reevaluar signos vitales, sin signos de sobrecarga hídrica y diuresis mayor de 0.5 cc/kg/hr. Iniciar soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y volemia.
- Si paciente presenta PAM 65-70 mm/Hg, taquicardia y diuresis menor 0.5 cc/kg/hr, repetir hidratación con Lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0.9% a 10 cc/kg mientras se continua con soluciones de mantenimiento.

$$\text{PAM: Presión arterial media} = \frac{\text{Pd} + (\text{Ps} - \text{Pd})}{3}$$

Debe evaluarse cada 30 minutos para decidir conducta.

Recuerde que las soluciones coloides (plasma, células empacadas, plaquetas, sangre fresca) no es el tratamiento de primera elección.

- Continuar con bolus hasta mantener una PAM entre 65-70 mm/Hg, 12 frecuencia cardiaca normal y excreta urinaria mayor 0.5 cc/kg/hr y sin signos de sobrecarga hídrica.
- Monitoree al paciente de forma dinámica, si paciente hemodinámicamente estable continuar con soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y continuar bajo monitoreo estricto, con énfasis en evitar la automedicación y reconocimiento y significado de los signos de alarma
- Si paciente presenta signos de choque evaluar su traslado a unidad de terapia intensiva de su hospital, si no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe manejarse en encamamiento general con vigilancia permanente y manejo de dengue grave.

Con comorbilidad: (Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, Cirrosis hepática, mayores de 60 años o con datos de hipervolemia).

- Valorar condición clínica para inicio de bolus.
- Iniciar soluciones intravenosas por requerimientos basales, según criterio de especialista.
- Monitoree al paciente de forma dinámica, si paciente Hemodinámicamente estable continuar con soluciones intravenosas de mantenimiento y continuar bajo monitoreo estricto; hasta que la paciente deje de extravasar y desaparezcan los signos de alarma
- Si presenta signos de choque evaluar su traslado a unidad de terapia intensiva de su hospital, si no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe manejarse en encamamiento general con vigilancia permanente y manejo de dengue grave.

Pruebas de laboratorio

- De acuerdo a criterio médico
- Notificaciones obligatorias

Notificaciones obligatorias

- Llenado de ficha integrada de arbovirosis por médico que identifica caso (Anexo 3)

Dengue grave

- Valoración de vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media, cada 5 a 30 minutos. (Anexo 1)
- Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0,9%).

Sin comorbilidades menores de 60 años

- Iniciar hidratación intravenosa a 20 cc/kg en bolus. Administre 3,4, o más bolus hasta tener una meta de PAM de 65 mm/Hg y frecuencia cardíaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr a menos que se desarrolle estertores, dificultad respiratoria o hepatomegalia
- Tratamientos adicionales: corrija descompensaciones metabólicas y electrolíticas concomitantes.

Al terminar primera hora

- Re evaluar
- ¿Responde a líquidos
- PAM>65 mm/Hg, frecuencia cardíaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr

SI	NO
Continúe con soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y debe continuar re evaluando cada 30 minutos la hemodinámica del paciente	Manejo de acuerdo a protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque

**El traslado de un paciente a otro hospital en choque, incrementa el riesgo de muerte.
NUNCA TRASLADAR PACIENTE EN ETAPA CRÍTICA**

Dengue Grave Con Comorbilidad o Mayor De 60 Años

Manejo

Con comorbilidad (Insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, Cirrosis hepática, mayores de 60 años o con datos de hipervolemia).

- Valorar condición clínica para inicio de bolus.
 - o Iniciar soluciones intravenosas, según criterio de especialista en bolus. Administre 3,4, o más bolus hasta tener una meta de PAM>65 mm/Hg , frecuencia cardíaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr a menos que se desarrolle estertores, dificultad respiratorio o hepatomegalia
- Tratamiento adicional: corrija descompensaciones metabólicas y electrolíticas concomitantes.

Al terminar primera hora

- Re evaluar
- ¿Responde a líquidos
 - o PAM>65 mm/Hg, frecuencia cardíaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr

SI	NO
Continúe con soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y debe continuar re evaluando cada 30 minutos la hemodinámica del paciente	Manejo de acuerdo a protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque

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 a protocolo.

- Notificar a epidemiología en un plazo de 24 horas.

Tratamiento de las complicaciones hemorrágicas

La hemorragia de mucosas puede presentarse en cualquier caso de dengue, pero si el paciente se mantiene estable con la reanimación con líquidos, su caso debe considerarse sangrado de bajo riesgo. 5

Por lo general, el sangrado mejora rápidamente durante la fase de recuperación. En el dengue, la trombocitopenia no es necesariamente un factor de sangrado y no está indicado el uso profiláctico de plaquetas, ya que no se ha demostrado la utilidad transfundirlas en esa circunstancia. Si ya se ha presentado hemorragia, la decisión de transfundir plaquetas debe tomarse siempre a partir del cuadro clínico y de la situación particular de cada paciente y no justificarse solamente por un recuento plaquetario bajo. Se debe recordar que las hemorragias en el dengue son multicausales y no exclusivamente por trombocitopenia. 5

Los pacientes con trombocitopenia marcada, cuyo recuento plaquetario puede llegar a menos de 10.000 mm³, deben guardar reposo absoluto, estrictamente acostados y tomarse con ellos medidas para protegerlos de traumatismos y reducir el riesgo de sangrado. No se deben aplicar inyecciones intramusculares para evitar hematomas. Habrá de tenerse presente que la trombocitopenia en el dengue es transitoria y autolimitada y no requiere la administración de corticoides ni otra medicación, no se ha encontrado diferencia en los recuentos plaquetarios posteriores al tratamiento con altas dosis de inmunoglobulina intravenosa, tampoco en la duración de la trombocitopenia ni en los niveles de anticuerpos antiplaquetarios. 5

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 ocurra la primera evacuación negruzca o melena. También pueden 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. 5

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 hemólisis aguda con hemoglobinuria y podría necesitar transfusión de sangre. Los pacientes con anemia por hemátis falciformes (anemia drepanocítica) que contraen dengue pueden tener una evolución muy tórpida y fatal. 5

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
- Choque con disminución del hematocrito basal, antes de la reanimación con líquidos

La transfusión de sangre salva vidas y debe indicarse en cuanto se sospeche o compruebe la presencia de hemorragia grave. Sin embargo, debe hacerse con cautela, porque existe el riesgo de sobrecargar al paciente de líquidos. Las recomendaciones actuales son de usar glóbulos rojos empacados en lugar de sangre completa, sin esperar valores de hemoglobina ni hematocrito. 5

Habrà de tenerse mucho cuidado al introducir una sonda nasogàstrica, pues ella puede causar hemorragia grave y bloquear las vías respiratorias; es preferible usar una sonda orogàstrica. Deberà evitarse al máximo la inserción de catéteres subclavios o yugulares, así como los procedimientos invasivos para el drenaje de volúmenes de plasma extravasados. 5

Pruebas de laboratorio

- Exámenes de laboratorio de acuerdo a criterio médico sobre caso clínico

Criterios de egreso

- Ausencia de fiebre por 72 horas y sin uso de antipiréticos
- Ausencia de signos de alarma
- Buena tolerancia oral
- Hemodinàmicamente estable
- Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas

Al egresar, referir al servicio de atención de salud más cercano y dar amplio plan educacional.

Consideraciones especiales

- La trombocitopenia es frecuente en la infección por dengue. Sin embargo, no se ha comprobado que la transfusión profiláctica de concentrado de plaquetas reduzca el riesgo de sangrado en el dengue. A la inversa, la transfusión de hemoderivados puede ser perjudicial para los pacientes, ya que puede conllevar riesgos de sobrecarga de líquidos, transmisión de enfermedades infecciosas y reacciones a las transfusiones. Se reporta en la literatura que la transfusión de plaquetas en ausencia de sangrado en pacientes con dengue no previno el sangrado. En su lugar, esta práctica se asocia con una recuperación de plaquetas más lenta y una mayor duración de la hospitalización. 9 Un reciente estudio aleatorizado realizado en Singapur y Malasia, demostró en pacientes con dengue y trombocitopenia ($\leq 20\ 000$ plaquetas por μL), que la transfusión de plaquetas profilácticas no mejoró la recuperación de las plaquetas, y podría estar asociada con eventos adversos. 10
- Si ya se ha presentado hemorragia, la decisión de transfundir plaquetas debe tomarse siempre a partir del cuadro clínico y de la situación particular de cada paciente y no justificarse solamente por un recuento plaquetario bajo.
- Se debe recordar que las hemorragias en el dengue son multicausales y no exclusivamente por trombocitopenia.
- Los pacientes con trombocitopenia marcada, cuyo recuento plaquetario puede llegar a menos de $10.000\ \text{mm}^3$, deben guardar reposo absoluto
- La trombocitopenia en el dengue es transitoria y autolimitada y no requiere la administración de corticoides ni otra medicación.
- No se ha encontrado diferencia en los recuentos plaquetarios posteriores al tratamiento con altas dosis de inmunoglobulina intravenosa.
- Transfundir células empacadas con hemoglobina menor a 7mg/dl o con mayor hemoglobina pero presentando signos de gasto alto.

13. MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON DENGUE

Toda paciente embarazada debe ser hospitalizada a un servicio de ginecoobstetricia.

Pasos del abordaje de la paciente embarazada con dengue

Paso 1: evaluación general

Anamnesis. Debe incluir:

- Fecha del inicio de la fiebre
- Adecuada tolerancia oral
- Búsqueda de signos de alarma: dolor abdominal intenso y sostenido, alteración del sensorio (letargo o irritabilidad), sangrado.
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea)
- Cambios del sistema nervioso central: irritabilidad, somnolencia, letargo y convulsiones
- Diuresis (frecuencia en las últimas 6 horas, volumen y hora de la última micción)
- Antecedentes ginecoobstétricos: menarquía, 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

- Tomar y registrar signos vitales para evaluar el estado hemodinámico (temperatura, características del pulso, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión arterial media y frecuencia respiratoria). (Anexo 1)
- Evaluar el estado de conciencia con la escala de Glasgow (Anexo 2)
- Determinar el estado de hidratación.
- Determinar la presencia de derrame pleural y disnea
- Comprobar la presencia de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia
- 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

Laboratorio: Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son esenciales para iniciar el manejo clínico de los pacientes.

- Hematología
- Orina
- Tiempos de coagulación
- Otros, según criterio médico

Una vez se haya diagnosticado el caso, la notificación de la enfermedad es obligatoria e inmediata. (Anexo 3)

Paso 2: diagnóstico y evaluación de la fase y gravedad de la enfermedad

A partir de la anamnesis, el examen físico, los médicos deben poder responderse las siguientes preguntas con respecto al paciente:

- ¿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?
- ¿Tiene sangrado activo?
- ¿Tiene ruptura de membranas ovulares?
- ¿Tiene actividad uterina?
- ¿Cuál es la edad gestacional?
- ¿Tiene alguna patología placentaria?

Paso 3: tratamiento

Embarazada con dengue sin signos de alarma

Manejo

- Ingresar al servicio de obstetricia con manejo multidisciplinario.
- Mantener hidratada a la paciente por vía oral.
- 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 maduración pulmonar
- Reposo relativo
- Dar tratamiento sintomático por fiebre con acetaminofén, según criterio médico, no mayor de 500mg cada 6 horas y medios físicos.
- Monitoreo de excreta urinaria
- Si el recuento plaquetario es <100.000 por 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 con hemorragia grave.
- 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 <70.000 por 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.

Embarazada con dengue con signos de alarma

Manejo

- Realizar útero inhibición con paciente con menos de 37 semanas
- Maduración pulmonar de 28 a 34 semanas
- Control de signos vitales y signos de alarma cada hora (Anexo 1)
- Dar tratamiento sintomático por fiebre con acetaminofén, según criterio médico, no mayor de 500mg cada 6 horas y medios físicos.
- Asegurar dos vías intravenosas periféricas de calibre 14 a 18.
- Iniciar hidratación a 10cc/kg para 1 hora.
- Reevaluar signos vitales, sin signos de sobrecarga hídrica y diuresis mayor de 0.5 cc/kg/hr. Iniciar soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y volemia.
- Si paciente presenta PAM 65-70 mm/Hg, 11 taquicardia y diuresis menor 0.5 cc/kg/hr, repetir hidratación con Lactato de Ringer, Hartman o solución salina 0.9% a 10 cc/kg mientras se continua con soluciones de mantenimiento
- Continuar con bolus hasta mantener una PAM entre 65-70 mm/Hg, 11 frecuencia cardiaca normal y excreta urinaria mayor 0.5 cc/kg/hr y sin signos de sobrecarga hídrica.
- Monitorice al paciente de forma dinámica, si paciente hemodinamicamente estable continuar con soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y continuar bajo monitoreo estricto, hasta que la paciente deje de extravasar y desaparezcan los signos de alarma.
- Si persiste con taquicardia (frecuencia mayor de 100) y PAM aumenta (mayor de 80) considerar que la paciente cursa sobrecarga hídrica, suspender aplicación de bolus y continuar con soluciones de mantenimiento.
- Si persiste con taquicardia (frecuencia mayor de 100) y PAM disminuye (menor de 65 mmHg) considerar que la paciente cursa hipovolemia, por lo que requiere administrar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer o solución salina 0,9%) a 10 cc/kg en bolus.
- Monitorice al paciente de forma dinámica, si paciente presenta signos de choque y evaluar su traslado a unidad de terapia intensiva de su hospital, si no cuenta con unidad de terapia intensiva, debe manejarse en encamamiento general con vigilancia permanente y esquema de dengue grave.

Embarazada con Dengue grave

- Ingresar a unidad de cuidados intensivos o a encamamiento con monitoreo continuo para manejo multidisciplinario.
- Valoración de vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales y presión arterial media, cada 5 a 30 minutos. (Anexo 1)
- Oxigenoterapia
- Iniciar hidratación intravenosa a 20 cc/kg en bolus. Administre 3,4, o más bolus hasta tener una meta de PAM de 65 mm/Hg, frecuencia cardiaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr a menos que se desarrolle estertores, dificultad respiratorio o hepatomegalia
- Tratamiento adicional: corrija descompensaciones metabólicas y electrolíticas concomitantes.

Al terminar primera hora

- Re evaluar
- ¿Responde a líquidos
- PAM > 65 mm/Hg, frecuencia cardiaca normal, diuresis > 0.5 cc/kg/hr

SI	NO
- Continúe con soluciones de mantenimiento según requerimientos basales y debe continuar re evaluando cada 30 minutos la hemodinámica del paciente	- Manejo de acuerdo a protocolo de terapia intensiva para paciente en estado de choque - Pruebas de laboratorio de acuerdo a criterio médico - Tratamiento de la hemorragia activa, valorar transfundir hemoderivados: células empacadas y plasma fresco congelado - Paciente con compromiso grave de órganos, tales como daño hepático, sistema nervioso central, corazón u otros organos debe manejarse de acuerdo a protocol establecidos

Criterios de egreso

- Ausencia de fiebre por 72 horas y sin uso de antipiréticos
- Ausencia de signos de alarma
- Buena tolerancia oral
- Hemodinámicamente estable
- Hemograma con tendencia al aumento de plaquetas
- Bienestar fetal

Al egresar, referir al servicio de atención de salud, para control pre natal de alto riesgo.

BIBLIOGRAFIA

1. **Estudos Avançados v.22 n.64 Sao Paulo. 2008**
2. **Tropical Medicine and International Health v.16 n.8. 2011. Multicentre prospective study on dengue classification. N. Alexander et al.**
3. **OPS/OMS. 2016. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis**
4. **MSPAS. Protocolo de Vigilancia Epidemiológica Integrada de Arbovirosis**
5. **OPS/OMS. 2016. Dengue. Guías para la atención de enfermos en la región de las Américas**
6. **EmergInfectDis. 2007 Apr; 13(4): 650–651 Reprinted from Australian Family Physician Vol. 35, No. 8, August 2006**
7. **ClinicalMicrobiology and Infection, Volume 6 Number 12, December 2000**
8. **Revista Costarricense de Salud Pública, dic. 2008, vol. 17 no. 33 p. 19-23. ISSN 1409 – 1429**
9. **PLOS Neglected Tropical Diseases | DOI:10.1371/journal.pntd.0004576 March 25, 2016**
10. **www.thelancet.com Vol. 389 April22,2017**
11. **n engl j med 370;17 nejm.org april 24, 2014**
12. **Soporte vital avanzado año 2011**