

**HOSPITAL CLINICO QUIRÚRGICO
"DR MIGUEL ENRIQUEZ"**



**PROTOCOLO PARA LA ASISTENCIA INTEGRAL A
PACIENTES CON DENGUE**

La Habana

El Dengue es una enfermedad viral con tendencia epidémica, transmitida por mosquitos del género Aedes, con un espectro clínico amplio, desde fiebre indiferenciada, fiebre con cefalea, gran malestar general, dolores osteomioarticulares, con o sin exantema, síntomas digestivos (dolor abdominal, vómitos y/o diarreas), leucopenia, trombocitopenia y algún tipo de sangrado en piel y mucosas hasta formas graves con choque hipovolémico por extravasación de plasma. **ES UNA SOLA ENFERMEDAD.** El deterioro clínico de los pacientes con dengue se produce durante o tras la caída de la fiebre y se anuncia por la presencia de Signos de alarma. Se considera dengue grave a los enfermos que presentan durante su evolución choque (causa más frecuente de gravedad), los que tienen hemorragias intensas (sobre todo digestivas) y a los que padecen afectación particular e intensa de órganos como: hígado, miocardio y encéfalo.

FORMAS CLÍNICAS DE DENGUE SEGÚN RECOMENDACIONES DE OMS/OPS

CASO CLÍNICO DE DENGUE

Un caso clínico de dengue se define como una persona con enfermedad febril aguda que dura de 2 a 7 días, con dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- ✓ Cefalea y/o dolor retroorbitario.
- ✓ Mialgia y/o artralgia
- ✓ Erupción cutánea
- ✓ Manifestaciones hemorrágicas
- ✓ Leucopenia

CASO CLÍNICO DE DENGUE GRAVE

- ✓ **Por extravasación intensa de fluidos**
 - Choque por dengue
 - Distrés Respiratorio.
- ✓ **Por hemorragias intensas** (generalmente durante o después del choque)
 - Hematemesis, melena
 - Hemorragia pulmonar
 - Hemorragia cerebral
- ✓ **Por afectación de órganos**
 - Hepatopatía severa
 - Miocarditis
 - Encefalitis por Dengue

DEFINICIÓN CLÍNICA DE CASO DE SÍNDROME DE CHOQUE POR DENGUE (SCD)

Caso con criterio clínico epidemiológico de Dengue que evidencia fallo circulatorio manifestado por: pulso rápido y débil, estrechamiento de la presión arterial diferencial (diferencia de hasta 20 mmHg o menos) o hipotensión arterial según los criterios para la edad, así como extremidades frías, oliguria y confusión mental.

ETIOLOGÍA

El complejo dengue lo constituyen cuatro serotipos virales serológicamente diferenciables (Dengue 1, 2, 3 y 4) que comparten analogías estructurales y patogénicas, por lo que cualquiera puede producir las formas graves de la enfermedad, aunque los serotipos 2 y 3 han estado asociados a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos.

EPIDEMIOLOGÍA

Se reconoce hoy al dengue como la más importante arbovirosis a nivel mundial. Cada año se producen hasta 50 millones de infecciones y más de 20 000 muertes en más de 100 países. Se calcula que más de dos mil millones de personas se encuentran en situación de riesgo y la enfermedad produce gran afectación social y económica, por lo cual la OMS la considera uno de principales problemas de salud de la humanidad.

Para que en una ciudad, región o país se produzca transmisión de la enfermedad tienen que estar presente de forma simultánea: el virus, el vector y el huésped susceptible. El huésped cuando está infectado y se encuentra en fase de viremia (de cinco a siete días) constituye el reservorio de la enfermedad.

Todos los vectores conocidos que puedan transmitir los cuatro serotipos del virus del dengue pertenecen al género *Aedes*, de los cuales el *Aedes aegypti* es el más importante. Esta especie acompaña al ser humano dentro de la vivienda y en sus alrededores, pues la hembra prefiere la sangre humana y pica principalmente durante el día a una o varias personas para procurar cada puesta de huevecillos, lo cual realiza en depósitos naturales o artificiales de agua, hasta que se convierten en larvas, pupas y mosquitos adultos.

La otra especie de importancia epidemiológica es el *Aedes albopictus*. No existe hasta ahora vacuna eficaz por lo cual el control del vector es la única forma de prevención. El diagnóstico se apoya en criterios clínicos, epidemiológicos y serológicos, pero la conducta práctica es eminentemente clínica.

DENGUE ES UNA SOLA ENFERMEDAD

La infección por dengue tiene un espectro clínico muy amplio que va desde casos clínicamente inaparente hasta una enfermedad de variada intensidad. Incluye desde formas febriles con síntomas generales asociado a mayor o menor afectación del organismo; hasta cuadros graves de choque y grandes hemorragias.

Hasta ahora se ha aceptado que la diferencia principal entre las formas menos graves y más graves de dengue no son precisamente los sangrados, sino la extravasación de plasma, en particular cuando tiene expresión y repercusión clínica expresada en aumento significativo del hematocrito y por colección de líquido en cavidades serosas, tales como derrame pleural, ascitis y derrame pericárdico.

Cada uno de los cuatro virus del dengue puede producir cualquier cuadro clínico del referido espectro.

También existen las formas clínicas que por no ser tan frecuentes se les llama “*atípicas*” que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad.

El dengue es una enfermedad muy dinámica, a pesar de ser de corta duración (no más de una semana en casi el 90% de las veces). Su expresión puede modificarse con el paso de los días y puede también agravarse de manera súbita; por lo cual el enfermo necesita que el médico realice seguimiento, preferentemente en forma diaria.

El curso de la enfermedad del dengue pasa por tres etapas clínicas:

- Etapa febril; la única para la inmensa mayoría de los enfermos.
- Etapa crítica.
- Etapa de recuperación (Ver Figura).

La etapa febril: Es variable en su duración y **SE ASOCIA A LA PRESENCIA DEL VIRUS EN SANGRE (VIREMIA)**. Como en otras enfermedades, la evolución hacia la curación pasa por la caída de la fiebre y durante la misma el enfermo va a tener sudoración, fatigas o algún decaimiento; todo de tipo transitorio, pero habitualmente el propio paciente se percata que evoluciona hacia la mejoría. Otras veces, **LA CAÍDA DE LA FIEBRE SE ASOCIA AL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SE AGRAVA, Y LA DEFERESCENCIA, ANUNCIA, EL INICIO DE LA ETAPA CRÍTICA DE LA ENFERMEDAD.**

Una importante característica del dengue es que el **PRIMER DÍA AFEBRIL ES EL DÍA DE MAYOR RIESGO DONDE PUEDEN PRESENTARSE LAS COMPLICACIONES.**

La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma (escape de líquidos desde el espacio intravascular hacia el extravascular) y su expresión clínica es el choque por dengue. A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como afectación de hígado y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos.

La etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero **EN OCASIONES EXISTE UN ESTADO DE SOBRECARGA LÍQUIDA, ASÍ COMO ALGUNA INFECCIÓN BACTERIANA SOBREAÑADIDA.**

CUADRO CLINICO

Generalmente la primera manifestación clínica **es la fiebre de intensidad variable**, aunque puede ser antecedida por diversos pródromos. La fiebre se asocia a **cefalea y vómitos**, así como dolores en el cuerpo que es el cuadro de “dengue clásico” mejor llamada fiebre del dengue (FD). En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre este asociada a síntomas digestivos bastante inespecíficos. **La fiebre puede durar de 2 a 7 días** y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos. Puede haber enrojecimiento de la faringe aunque otros síntomas y signos del aparato respiratorio no son frecuentes ni importantes. Puede existir **dolor abdominal discreto y diarreas**, esto último más frecuente en los pacientes menores de dos años y en los adultos.

SECUENCIA DE LOS SIGNOS CLÍNICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS FORMAS CLÍNICAS DEL DENGUE

Identificar la **secuencia** de las manifestaciones clínicas y de laboratorio es muy importante para diferenciar el dengue de otra enfermedad que pudiera tener semejantes alteraciones pero en distinto orden de presentación (**leptospirosis, meningococemia, influenza, sepsis, abdomen agudo y otras**) y, además, constituye la única posibilidad de **detectar precozmente** cual es el paciente de dengue que puede evolucionar o está ya evolucionando hacia la forma clínica grave de dengue hemorrágico y choque por dengue.

En los primeros días aparece **exantema** en un porcentaje variable de los pacientes; **no se ha demostrado que el exantema sea un factor de pronóstico.**

Las manifestaciones referidas predominan al menos durante **las primeras 48 horas** de enfermedad y pueden extenderse durante algunos días más en la que pudiéramos considerar como la:

ETAPA FEBRIL de la enfermedad, durante la cual **no es posible conocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o si es apenas el comienzo de un dengue grave, con choque y grandes sangrados.**

Entre el 3º y 6º día para los niños, y **entre el 4º y 6º día para los adultos** (como período más frecuente pero no exclusivo de los enfermos que evolucionan al dengue grave), la **fiebre desciende, el dolor abdominal se hace intenso y mantenido, se constata derrame pleural o ascitis, los vómitos aumentan en frecuencia y comienza la ETAPA CRÍTICA** de la enfermedad, por cuanto es el momento de mayor frecuencia de instalación del choque.

El hematocrito comienza siendo normal y va ascendiendo a la vez que los estudios radiológicos de tórax o la ultrasonografía abdominal muestran **ascitis o derrame pleural derecho o bilateral.** La máxima elevación del hematocrito coincide con el choque.

El recuento plaquetario muestra un descenso progresivo hasta llegar a las cifras más bajas durante el día del choque para después ascender rápidamente y normalizarse en pocos días.

El choque se presenta con una frecuencia 4 ó 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta; que durante la etapa febril.

Existen **signos de alarma** que anuncian la inminencia del **choque**, tales como el **dolor abdominal intenso y Mantenido, los vómitos frecuentes, la somnolencia y/o irritabilidad, así como la caída brusca de la temperatura que conduce a hipotermia a veces asociada a lipotimia.**

Estos signos identifican precozmente la existencia de una pérdida de líquidos hacia el espacio extravascular que por tener un volumen exagerado y producirse de manera súbita el paciente difícilmente podrá compensar o no podrá compensar por sí solo.

Los **signos de choque** la mayoría de las veces tienen duración de algunas horas. Cuando el **choque** se hace prolongado o recurrente, o sea, **se prolonga más de 12 ó 24 horas** y excepcionalmente más de 48 horas, **se aprecian en el pulmón imágenes radiológicas de edema intersticial a veces semejando lesiones neumónicas.**

Más adelante puede instalarse un síndrome de dificultad respiratoria por edema pulmonar no cardiogénico. 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 cardiópatas, nefrópatas o personas ancianas. Debe vigilarse también una posible **coinfección bacteriana**, casi siempre pulmonar, así como la aparición del llamado **exantema tardío (10 días o más)**. Algunos pacientes adultos se mantienen muchos días con astenia y algunos refieren bradipsiquia durante semanas.

DAÑO SEVERO DE ÓRGANOS

En los enfermos con dengue es frecuente que exista alguna afectación hepática, generalmente recuperable.

También puede existir alguna afectación miocárdica particularmente en adultos, con poca expresión electrocardiográfica. Con menor frecuencia ocurre la afectación renal y neurológica.

No obstante, algunos enfermos con dengue pueden manifestar especial afectación de un órgano. Por su relativa poca frecuencia también se les ha llamado “formas atípicas de dengue”, a veces asociadas a una determinada predisposición individual u otra enfermedad previa o coexistente (infecciosa o no infecciosa).

Durante una epidemia es posible que se presente alguno de estos casos: Hepatitis o Hepatopatía, que conduce a fallo hepático agudo; encefalitis o encefalopatía, expresada frecuentemente en afectación de la conciencia (coma), a veces también con convulsiones; miocarditis o miocardiopatía, manifestada en hipocontractilidad miocárdica con disminución de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y posible fallo cardíaco; así como nefritis o nefropatía que puede ser causa de fallo renal agudo o puede afectar selectivamente a la función de reabsorción propia del túbulo renal distal y de esa manera contribuir al aumento de líquido del espacio extravascular.

Clasificación de la enfermedad:

Dengue sin signos de alarma los pacientes que pasan a la fase de defervescencia y no desarrollan escape de plasma o daño de órganos.

Dengue con signos de alarma: Aquellos que presenten signos de alarma.

Dengue grave: Escape severo de plasma o daño grave de órganos

CLASIFICACIÓN OPERACIONAL

GRUPO 0 FIEBRE INDETERMINADA

Paciente que no reúne los requisitos para considerarlo como fiebre debida al dengue, ni signos de localización del cuadro febril, pero se determina nexo epidemiológico (relación con áreas con evidencias de transmisión, provincias con evidencia de transmisión y arribo de viajeros y colaboradores procedentes de áreas endémicas de dengue.)

GRUPO 1 CASO SOSPECHOSO DE DENGUE

Fiebre y 2 de los siguientes síntomas:

- Cefalea o dolor retroocular
- Artromialgias
- Exantema
- Manifestaciones digestivas (dolor abdominal ligero, vómitos aislados y/o diarreas)
- Leucopenia

GRUPO 2 CASO SOSPECHOSO DE DENGUE CON SANGRADOS EN PIEL

- Paciente que tiene criterios de definición de caso. Fiebre de dengue más sangrado en piel (petequias) o la PRUEBA DEL LAZO es positiva.

GRUPO 3 CASO SOSPECHOSO DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

GRUPO 4 CASO SOSPECHOSO DE DENGUE CON CHOQUE

- T.A.S. < de 90 mm de Hg (ENFOQUE PRÁCTICO)
- T.A. diferencial \leq A 20 mm de Hg o sin pulso ni tensión arterial
- Signos de hipoperfusión manifiesta (choque clínico) llene capilar lento, paciente frío y sudoroso, pulso filiforme, puede estar ansioso y tener confusión mental (hipoxia cerebral por hipoperfusión)
- Signos de hipoperfusión subclínica (“choque compensado”) frialdad en guantes y botas, pulso que cae con la inspiración profunda, -
- Hipoxemia.

Diagnóstico presuntivo:

Tiene fiebre y/o alguno de los siguientes:

- Anorexia y náusea
- Rash
- Mialgia y/cefalea

- Signos de alarma
- Leucopenia

PRUEBA DEL LAZO (realizar al ingreso y diariamente)

Signos de alarma*

- ✓ **Dolor espontáneo mantenido o durante la palpación de abdomen**
- ✓ **Sangrado de mucosas**
 - Petequias, equimosis, hematomas
 - Gingivorragia, sangrado nasal
 - Vómitos con sangre
 - Heces negruzcas o con sangre evidente
 - Menstruación excesiva / sangrado vaginal
- ✓ **Vómitos frecuentes**
- ✓ **Dolor abdominal intenso**
- ✓ **Mareos, confusión mental, convulsiones**
- ✓ **Manos o pies fríos**
- ✓ **Dificultad para respirar**
- ✓ **Caída brusca de la fiebre con malestar general (El choque se presenta con una frecuencia 4 ó 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta)**
- ✓ **Acumulación clínica de fluidos.**
- ✓ **Letargia o irritabilidad.**
- ✓ **Hepatomegalia >2cm.**
- ✓ **Laboratorio: Aumento del Hto asociado a rápida caída de las plaquetas**

Criterios de dengue grave

- Evidencia de escape de plasma.
- Hematocrito alto o aumento progresivo.
- Derrame pleural o ascitis.
- Compromiso circulatorio o choque (taquicardia, piel fría, retardo del llenado capilar >3 segundos, pulsos débiles o no palpables, estrechamiento de la diferencia del pulso, o en el choque tardío, PA no medible).
- Hay sangrado significativo.
- Hay alteración de la conciencia (letargia o irritabilidad, coma, convulsiones)

- Hay compromiso gastrointestinal severo (vómitos persistentes, dolor abdominal que aumenta, ictericia).
- Hay daño severo de órganos (falla hepática aguda, encefalopatía o encefalitis, Fallo renal agudo, cardiomiopatías u otras manifestaciones inusuales).

Complicaciones durante las fases del dengue:

Fase febril: Deshidratación y disturbios neurológicos.

Fase crítica: Shock por escape de fluidos, hemorragia severa, daño de órganos.

Fase de recuperación: Hipervolemia.

MANEJO POR PASO DEL PACIENTE CON SÍNDROME FEBRIL CON ALTA SOSPECHA DE DENGUE.

PASO 1. Recepción y Evaluación en el SERVICIO DE URGENCIA:

TODO PACIENTE CON FIEBRE REMITIDO DEL AREA DEBE SER INGRESADO (PUEDE SER INGRESADO DIRECTAMENTE A LA SALA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE SIN PREVIA VALORACIÓN POR EL CLINICO DE GUARDIA) O QUE ACUDA ESPONTANEAMENTE SIN CAUSA DEFINIDA DE LA FIEBRE).

A: Registrar datos personales en hoja de cargo; nombre completo, dirección particular, número de carnet de identidad, policlínico y fecha de inicio de los primeros síntomas. Hacer ingreso directo en sala de dengue si el estado clínico del paciente lo permite acompañado por personal designado por el jefe de la guardia.

DEBE SER RECOGIDA LA REMISIÓN DEL PACIENTE POR EL HOSPITAL AL INGRESO.

B: Realizar microhistoria.

Debe incluir

Datos personales del paciente.

Datos clínicos.

- Factores de riesgo: (embarazo, obesidad, diabetes, hipertensión arterial, edad, Insuficiencia renal, enfermedad hemolíticas.)
- Cantidad de ingesta líquida diaria.
- Presencia de signos de alarma.
- Diuresis: (frecuencia y volumen.)
- Existencia de diarreas: (número y volumen, presencia de sangre de sangre o no)
- Cambios en el estado mental/convulsiones/mareos
- Diuresis (frecuencia, volumen y hora de última diuresis)
- Otro datos clínicos relevantes que sugieran otra enfermedad, como: Leptospirosis, Infección aguda por VIH, Meningoencefalitis, etc.)

En caso de gestantes debe detectarse desde el cuerpo de guardia y se ingresara en UCIE e inmediatamente se solicitara traslado hacia hospital Nacional nunca debe ser ingresada en sala de hospitalización.

Examen físico (Completo y evaluación mental.)

- Evaluación del estado mental.
- Evaluación del estado de hidratación.
- Evaluación de la hemodinámica.
- Presencia de taquipnea, respiración acidótica/ derrame pleural.
- Presencia de dolor abdominal/hepatomegalia/ascitis.
- Presencia de rash y/o sangrados.
- Prueba del Lazo (repetir si fue negativo al inicio o si no hay sangrado).

Investigaciones: (Si trae complementarios recientes del área de salud no se repiten hasta estar ingresado)

- Hematocrito (determinado en la fase febril temprana representa el valor basal del paciente.)
- Leucograma (un descenso en el número de leucocitos hace más probable el diagnóstico de dengue.)
- Conteo de plaquetas (concurrente con un Hematocrito que aumenta en relación con el basal, es sugestiva de Progresión a la fase crítica de extravasación plasmática.)

Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico no son necesarias para el manejo clínico de los pacientes, excepto en casos con manifestaciones inusuales.

No olvidar hacerse esas preguntas

- ¿Es dengue?
- ¿Qué fase del dengue? (febril/crítica/recuperación)
- ¿Hay signos de alarma?
- ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación? ¿Está en choque?
- ¿El paciente donde debe ser hospitalizado?

PASO 2:

Sala de dengue: Definir diagnóstico y evaluación de la fase y vigilancia estricta de la severidad de la enfermedad.

DETERMINAR EL VALOR DE IGM A PARTIR DEL SEXTO DÍA.

Llenado correcto de la Indicación con: Nombre y apellidos, edad, carnet de identidad, Dirección completa del domicilio donde vive sino coincide con la dirección del carnet de Identidad, municipio, policlínico, Fecha de los primeros síntomas, Fecha del IGM, Sala, Cama y cuño médico.

Debe ponerse en el borde superior de la primera hoja de la historia clínica la fecha de inicio de primeros síntomas y fecha que debe ser realizado el IGM.

AISLAMIENTO BAJO MOSQUITERO.

Realizar historia clínica completa al ingreso e incluir encuesta epidemiológica.

En base a la evaluación de la historia.

Del examen físico, del hemograma y en particular del hematocrito el médico debe ser capaz de determinar:

- Si la enfermedad es dengue.
- Fase del dengue en que se encuentra el paciente (Febril, Crítica o de recuperación).
- Si están presentes algunos de los signos de alarma,
- Cuál es el estado de hidratación y hemodinámica del paciente.

LOS EXAMENES COMPLEMENTARIOS DEBEN ENTREGARSE LOS RESULTADOS EN EL DÍA PARA SER VALORADOS POR EL MÉDICO DE ASISTENCIA.

EL IGM SE REALIZARÁ POR EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA Y LAS MUESTRAS SON PROCESADAS EN EL LABORATORIO DE REFERENCIA POLICLINICO LAWTON DEL MUNICIPIO 10 DE OCTUBRE: SE PROCESAN EN EL DÍA Y SUS RESULTADOS SE RETROALIMENTAN HACIA EL HOSPITAL EN MENOS DE 24 HRAS.

MANEJO CLÍNICO DE LOS GRUPO 0 y 1. AISLAMIENTO HOSPITALARIO.

- Evaluación clínica diaria y con un hemograma hasta 48h después de la caída de la fiebre (según posibilidades). Realizar evolución medica diaria.
- ¿Qué debe monitorearse?
 - Evolución de la enfermedad
 - Defervescencia
 - Aparición de signos de alarma
 - Aumento del Hematocrito con disminución progresiva y concomitante de las plaquetas

¿Qué debe hacerse?

- Reposo en cama. Aislamiento bajo mosquitero.
- Signos vitales cada 4 horas.
- Ingesta apropiada de líquidos (5 vasos o más en adultos y proporcional en niños)
Leche, jugos de frutas, agua de arroz, sopa, sales de hidratación oral
(agua sin electrolitos puede causar trastornos hidro – electrolíticos)
- Dipirona 300mg via oral cada 8 horas o Paracetamol (< 4g/d en adultos y 10-15 mg/kg/ dosis cada 4-6 horas en niños)
- Compresas para la fiebre.
- Recuento y fórmula leucocitaria. La periodicidad de los exámenes complementarios (leucograma y conteo de plaquetas) debe ser decisión por el médico de asistencia según evolución y manifestación de la enfermedad en cada caso.
- Monosero para IgM-Dengue. Obtención de muestras de sangre para pruebas de Dengue (aislamiento viral o prueba serológica, según el día de la enfermedad). Al 6to Día.

¿Qué debe evitarse?

- Administrar esteroides ni antiinflamatorios no esteroideos (IV,IM, VO ni en supositorios) ni Aspirina.
- Administrar antibióticos
- Los medicamentos antihipertensivos deben administrarse con precaución. Evitar la administración de diuréticos y betabloquadores que pueden agravar el Choque
- Realizar maniobras invasivas.

Si el paciente está tomando uno de estos medicamentos debe consultar con su Médico la conveniencia de continuar el tratamiento.

Si aparece uno o más de los siguientes síntomas el paciente debe consultar inmediatamente:

- Sangrado:
- Petequias, equimosis, hematomas
- Gingivorragia, sangrado nasal
- Vómitos con sangre
- Heces negruzcas o con sangre evidente
- Menstruación excesiva / sangrado vaginal

- Vómitos frecuentes
- ✓ Dolor abdominal intenso
- ✓ Mareos, confusión mental, convulsiones
- ✓ Manos o pies fríos
- ✓ Dificultad para respira

MANEJO CLÍNICO DE LOS GRUPO 2. AISLAMIENTO HOSPITALARIO.

Se realizará igual manejo que a los grupos 0 y 1.

Debe diferenciarse de:

- Enfermedad meningocócica
- Leptospirosis
- Sepsis
- Hemopatias

PRUEBA DEL LAZO

Realizar diariamente y al ingreso.

Comprimir el brazo con el mango del tensiómetro en una cifra intermedia entre la TA sistólica y diastólica durante 5 minutos.

Se considera la prueba positiva con la aparición de petequias en área distal al sitio de compresión.

Correlacionar el hallazgo con el cuadro clínico más que con el número absoluto de plaquetas.

Si no cuenta con tensiómetro utilizar liga elástica

- ✓ Hidratación oral. Líquidos 5 vasos de 8 onzas al día como mínimo y de acuerdo al peso o superficie corporal en niños
- ✓ Vigilancia estrecha
- ✓ Buscar hemoconcentración
- ✓ Vigilar ascitis o hidrotórax.
- ✓ Buscar signos de alarma durante la caída de la fiebre.

Es importante tener en cuenta que los pacientes con sospecha de dengue pueden pasar de una etapa uno o dos hacia una etapa más grave rápidamente y es por esto que desde el primer contacto con el sistema de salud se debe ir en busca de la presencia de signos de alarma.

MANEJO CLÍNICO DE LOS GRUPO 3

A) IDENTIFICACION

- ✓ Dolor abdominal intenso y mantenido.
- ✓ Vómitos frecuentes y/o diarreas abundantes.
- ✓ Descenso brusco de la temperatura asociado a sudoración profusa,
- ✓ Lipotimia o decaimiento excesivo.
- ✓ Irritabilidad, somnolencia, o ambos en forma alternante.
- ✓ Sangrado de mucosas
- ✓ Hepatomegalia > 2 cm
- ✓ Derrames serosos

Nota: No tienen que estar presentes todos. Uno o dos de estos signos son suficientes. Generalmente ocurren a la caída de la fiebre.

B) UBICACIÓN

En cualquiera de los niveles de atención comenzar de inmediato tratamiento rehidratante intravenoso garantizando su traslado de a UTIP

La vigilancia debe ser estricta, continua con personal especializado.

C) LABORATORIO

- ✓ Hematocritos seriados: vigilar aumento progresivo
- ✓ Recuentos plaquetarios seriados: vigilar descenso progresivo.
- ✓ Buscar ascitis (clínica y US abdominal) e hidrotórax (Rx tórax y US abdominal).
- ✓ Vigilar signos iniciales de choque

D) TRATAMIENTO

Infusión Intra venosa con solución salina fisiológica a 10 ml x Kg de peso en 1 hora. Repetir dosis si fuese necesario mientras persistan los signos de alarma y disminuir progresivamente según evolución

- ✓ Monitorización clínica y de laboratorio.
- ✓ Vigilar cianosis:
- ✓ iniciar oxígeno-terapia.

DEBE DIFERENCIARSE DE:

- ✓ Abdomen agudo (embarazo ectópico, colecistitis aguda, apendicitis aguda, pancreatitis aguda, entre otras)
 - ✓ Enfermedad meningocócica
 - ✓ Leptospirosis
 - ✓ Sepsis
 - ✓ Hemopatías

ATENCIÓN: Considerar este paciente en peligro inminente de choque.
Tratar precozmente el choque es decisivo para el pronóstico.

RECORDAR QUE: La hidratación previene el choque y garantiza la perfusión de

Órganos y tejidos evitando complicaciones.

MONITOREO POR EL MÉDICO TRATANTE

Los pacientes con signos de alarma deben ser monitoreados hasta que termine la Fase crítica.

- ✓ Debe mantenerse un detallado balance de líquidos.
- ✓ Signos vitales y perfusión periférica (cada 1- 4h hasta que el paciente esté fuera de la fase crítica)
- ✓ Diuresis (cada 4-6 horas)
- ✓ Hematocrito (antes y después del reemplazo de líquidos, luego cada 6-12 horas)
- ✓ Glicemia
- ✓ Función de otros órganos según evolución clínica
- ✓ Vigilar Hipotensión

La mejoría está indicada por:

- ✓ - diuresis adecuada;
- ✓ - disminución del hematocrito por debajo del valor de base en un paciente
- ✓ estable;
- ✓ la vía oral se mantiene según la tolerancia del paciente, aun en presencia de signos de alarma.

MANEJO CLÍNICO DE LOS GRUPO 4

A) IDENTIFICACION

- ✓ Tensión arterial diferencial < 20 mm Hg.
- ✓ Tensión arterial sistólica < 90 mm Hg. o según criterios para la edad en niños
- ✓ Palidez, frialdad, sudoración, pulso filiforme, llene capilar lento, cianosis, taquicardia, oliguria o taquipnea
- ✓ Signos de hipoperfusión.
- ✓

C) LABORATORIO

- ✓ Gasometría,
- ✓ Hemoglobina, Hematocrito.
- ✓ Leucograma con diferencial,
- ✓ Glicemia,
- ✓ Creatinina si es posible
- ✓ Conteo de plaquetas

NO ESPERAR LOS RESULTADOS, LO

B) UBICACIÓN

- ✓ Hospitalización inmediata o traslado a Salas de Cuidados Intensivos.

D) TRATAMIENTO

Canalización urgente de dos venas periféricas con trocar. Si solo puede hacer con mocha, colocar 4. Si no puede: Trocar Intraoseo en tibia superior en mayores de 6 años, el resto en tibia inferior o esternón, después trocar periférico. El abordaje centrovenosa solo en manos hábiles.

Pasar cristaloides I.V 20 ml x Kg en 15 a 30 min. Puede repetirse hasta 3 veces según necesidades

- ✓ Corregir los desbalances hidroelectrolíticos
- ✓ Oxigenoterapia cuanto antes.
- ✓ No corticoides ni heparina.
- ✓ Aporte de coloides sólo después de 2 ó

IMPORTANTE ES TRATARLO DE MANERA INMEDIATA

3 bolos de solución cristalóide sin obtener resultado.

- ✓ Vigilar hematemesis y hemorragia pulmonar. Si fuera necesario administrar glóbulos (5 -10 ml/kg) o sangre recién extraída (10-20 ml/kg).
- ✓ Hacer prevención del edema pulmonar: perfundir líquidos y sodio solamente para compensar el choque, evitar excesos.
- ✓ Vigilar dificultad respiratoria:
- ✓ Ventilación mecánica si frecuencia respiratoria mayor de 30, cianosis o agotamiento de la mecánica ventilatoria.
- ✓ Usar aminas según los protocolos de terapia intensiva.

DEBE DIFERENCIARSE DE OTRAS CAUSAS DE CHOQUE

- ✓ Embarazo ectópico roto
- ✓ Sangramiento digestivo
- ✓ Choque séptico
- ✓ Miocarditis

RECORDAR QUE: La infusión rápida de cristalóides vía intravenosa es la elección terapéutica para la compensación inmediata al choque por dengue.

Monitoreo:

- **Evaluar al paciente permanentemente,**
 - Hasta que el periodo de riesgo termine independientemente del lugar donde se encuentre ingresado.
 - Mantener un registro cuidadoso del balance de fluidos.

Sobrecarga de fluidos

Una de las complicaciones más riesgosas para el paciente con dengue grave es la sobrecarga de fluidos, debido a un exceso en la reposición de líquidos durante la resucitación y/o la reabsorción masiva de grandes volúmenes de fluidos extravasados durante la fase crítica. Las complicaciones asociadas a la sobrecarga hídrica son el distrés respiratorio, la ICCG y el edema agudo de pulmón.

Son signos tempranos más frecuentes de sobrecarga hídrica:

- Dificultad para respirar, distrés respiratorio.
- Taquipnea
- Tiraje intercostal

- Sibilancias, antes que los reales subcrepitantes
- Grandes derrames pleurales
- Ascitis tensa
- Aumento de la presión de la vena yugular

Son signos tardíos de la sobrecarga:

- Edema pulmonar (tos con esputo espumoso y sanguinolento, reales Crepitantes difusos, cianosis).
- Choque irreversible (ICC, a menudo en combinación con hipovolemia).

El manejo de la sobrecarga depende de la fase en que se encuentre el paciente.

En los pacientes con hemodinámica estable y que ya han pasado la fase Crítica (>48h de la defervescencia) debe suspenderse la administración de Fluidos.

De ser necesario, administrar furosemida VO o IV (0,1-05 mg/kg/dosis) cada 12-24 h o una infusión continua de furosemida de 0.1 mg/kg/hora. Monitorear niveles de potasio.

Se considera que un paciente ya salió de la fase crítica (escape de fluidos) si Presenta los siguientes datos:

- PA estable, llenado capilar normal, pulso lleno
- El Hto disminuye en presencia de un buen volumen del pulso
- Está afebril por más de 24–48 h (sin uso de antipiréticos);
- Los síntomas intestinales resolvieron
- La diuresis mejoró

Si el paciente tiene hemodinámica estable pero aún está en la fase crítica:

- Reducir el aporte de fluidos. Evitar el uso de diuréticos durante la fase de escape de fluidos para evitar aumentar la depleción del volumen Intravascular.

Si el paciente está aún en choque, con hematocrito normal o bajo, y Muestra signos de sobrecarga, debe sospecharse hemorragia importante.

El aporte de más fluidos empeora el pronóstico. Debe transfundirse sangre Completa, fresca, a la brevedad posible. Si el paciente permanece en Choque y el hematocrito se eleva, considerar bolos de coloides, en las dosis Antes indicadas.

Manejo de Complicaciones hemorrágicas

Puede ocurrir **sangrado de mucosas** en todo paciente con dengue, pero si el paciente está estable posterior a la administración de fluidos, ésta debe considerarse como sangrado menor.

- Los pacientes con trombocitopenia profunda deben guardar estricto reposo y protegerse contra traumas para reducir el riesgo de sangrados.
- No administrar inyecciones IM para evitar formación de hematomas.
- Si ocurre un sangrado mayor, este suele ser usualmente del tracto Gastrointestinal y/o por vagina, en mujeres adultas.
- Los sangrados internos pueden no ser aparentes por muchas horas (hasta que el paciente tenga su primera deposición negruzca).

Nota: No son necesarias las transfusiones profilácticas de plaquetas en Pacientes con trombocitopenia severa, siempre y cuando el paciente esté Hemodinámicamente estable.

Quiénes están en riesgo de sangrados mayores?

- Shock prolongado/refractario.
- Shock hipotensivo o fallas renal o hepática y/o acidosis metabólica severa y Persistente.
- Pacientes que recibieron AINES.
- Pacientes con enfermedad ulcerosa péptica previa.
- Pacientes en tratamiento anticoagulante.
- Cualquier forma de traumatismo, incluyendo inyecciones IM.

Nota: Los pacientes con patología hemolíticas tienen mayor riesgo de Hemólisis agudas con hemoglobinuria y podrían requerir transfusión de sangre.

Como reconocer un sangrado severo

La hemorragia de mucosas puede presentarse en cualquier caso de dengue, pero si el paciente permanece estable con la reanimación con líquidos, debe considerarse como un sangrado de bajo riesgo.

Paciente con hemodinámica inestable MÁS uno de los siguientes:

- Sangrado persistente y/o severo evidente, independientemente del valor del Hematocrito.
 - Una **disminución** del hematocrito después de la resucitación con fluidos.
 - **Shock hipotensivo** con hematocrito **bajo/normal** antes de la resucitación con fluidos.
 - El shock es **refractario** si ya se ha administrado fluido isotónico >40-60 mL/kg
 - **Acidosis metabólica** persistente ± una presión arterial sistólica normal
-
- Los pacientes que permanecen en choque con valores de hematocrito normales o bajos, pero que muestran signos de sobrecarga de volumen, pueden tener una hemorragia oculta; si se continúa con infusiones de grandes volúmenes

de líquidos intravenosos, solamente se obtendrán resultados adversos.

Tratamiento de las complicaciones hemorrágicas

- Administrar 5-10 ml/kg de Glóbulo o 10-20 ml/kg a una velocidad apropiada y observar la respuesta clínica.
- Una buena respuesta clínica incluye la mejoría del estado hemodinámico y el balance ácido-base.

Considerar repetir la transfusión de sangre si:

- Hay más pérdida de sangre o No hay aumento apropiado del hematocrito posterior a la transfusión.
- Hay poca evidencia sobre la utilidad de transfundir concentrados de Plaquetas y/o plasma fresco congelado en los sangrados severos. Es usado en la práctica clínica diaria pero puede exacerbar la sobrecarga de fluidos.

Se debe considerar la transfusión de plaquetas:

- En caso de sangrado persistente no controlado, después del estado de choque con factores de coagulación corregidas, o
- En caso de operación cesárea de urgencia con riesgo de sangrado. Actúe según el protocolo hemoterapéutico.

Es necesario evaluar la función de la coagulación del paciente (tiempo de protrombina (TP) tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTa) y fibrinógeno).

Si el fibrinógeno es menor de 100 mg/dl, se debe priorizar la transfusión de crioprecipitados (1 u/10 kg).

Si el fibrinógeno es mayor de 100 mg y la TP, TPTa es mayor de 1,5 veces el valor normal del control, se debe considerar la transfusión de plasma fresco congelado (10 ml/kg) en 30 minutos.

La atención de apoyo y la terapia adyuvante pueden ser necesarias en casos graves de dengue.

Esto puede incluir:

- Diálisis, de preferencia la hemodiálisis, ya que la diálisis peritoneal implica Riesgo de hemorragia;
- Terapia con fármacos vasopresores inotrópicos como medida temporal para prevenir la hipotensión, potencialmente mortal, en el choque por dengue y durante la inducción para la intubación, mientras que se lleva a cabo la corrección del volumen intravascular;
- Tratamiento de la insuficiencia de órganos, tales como la insuficiencia hepática grave con encefalopatía o encefalitis;
- Tratamiento de las alteraciones cardíacas, como trastornos de la conducción (por lo general, no requiere intervención).

Otras complicaciones

El dengue puede complicarse con:

- Hiperglucemia
- Hipoglucemia aún en ausencia de diabetes
- Desbalances electrolíticos y ácido-básicos relacionados a los Vómitos, diarreas o al uso de soluciones hipotónicas durante la resucitación. Deben corregirse los desbalances del sodio, potasio, cloro y la acidosis Metabólica.
- NO se recomienda el uso de bicarbonato con ≥ 7.15).
- Diagnosticar y tratar las infecciones nosocomiales secundarias.

Nota: Luego de haber desaparecido los signos y síntomas de gravedad y de permanecer estable hemodinamicamente por mas de 24 horas se realizara traslado a sala de febriles.

Criterios de alta

Haberse realizado la toma de muestra para IGM

Además deben estar presentes todos los siguientes:

- Afebril 24 – 48 h
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinámica estable, Buena diuresis, no distréss respiratorio)
- Tendencia al aumento de plaquetas (usualmente precedido por el aumento de leucocitos)
- Hematocrito estable sin fluidos intravenosos.