



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

SECRETARÍA DE SALUD
SUB-SECRETARÍA DE RIESGOS POBLACIONALES
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA Y MANEJO ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON DENGUE

3ra. Edición Revisada
HONDURAS, C.A.
2008



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

SECRETARÍA DE SALUD
SUB-SECRETARÍA DE RIESGOS POBLACIONALES
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE

LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA Y MANEJO ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON DENGUE

3ra. Edición Revisada
HONDURAS, C.A.
2008

AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

DRA. ELSA PALOU
SECRETARIA DE SALUD

DR. CARLOS AGUILAR
SUB-SECRETARIO DE RIESGOS POBLACIONALES

DRA. NERZA PAZ
SUB-SECRETARIA DE REDES DE SERVICIO

DR. RUBEN VILLEDA GUIOT
SUB-SECRETARIO DE SALUD

DR. JORGE ALBERTO FERNÁNDEZ
DIRECTORA GENERAL DE PROMOCIÓN

DR. JOSÉ ANGEL VÁSQUEZ
DIRECTOR GENERAL DE VIGILANCIA

DR. MANUEL ADALID GAMERO
DIRECTOR GENERAL DE REDES DE SERVICIO

DR. ORLES ESCOBAR
DIRECTOR GENERAL DE REGULACIÓN

CON LA COLABORACIÓN ENTRE OTRAS PERSONAS DE:

DR. OSMÍN TOVAR
DR. JOSÉ SAMRA
DRA. MARIBEL RIVERA
DRA. ROXANA ARAUJO
DRA. ALMA VELÁSQUEZ
DR. DELMIN CURY
DRA. ROSA KAFATY
DR. LUIS AMÉNDOLA
DR. FRANCISCO CLEAVES
DRA. RUTH MEDINA
DRA. LESBY CASTRO
DRA. DINA CASTRO
DRA. MARÍA DEL CARMEN MEJÍA
DR. ORLANDO SOLORZANO
DR. LENÍN R. QUESADA
DRA. NANCY ORTEGA

Y TODAS LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON DE ALGUNA
MANERA A LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

SE AGRADECE ASIMISMO A LOS COMPAÑEROS PROFESIO-
NALES DE LA SALUD DE CUBA, MÉXICO, COSTA RICA, EL
SALVADOR Y GUATEMALA QUE HAN CONTRIBUIDO CON SUS
OPINIONES EN LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

ÍNDICE

I.- Introducción	7
II.- Justificación	9
• Propósito	11
• Objetivos	11
III.- Vigilancia Epidemiológica	
• Definición de Caso de Dengue Clásico	13
• Definición de Caso de Dengue Hemorrágico.....	14
IV.- Lineamientos para la notificación, recolección y manejo de muestras clínicas	
• Instrucciones para la toma y manejo de muestras	16
V.- Lineamientos de manejo estandarizado de pacientes con dengue	
• Dengue Grupo “A”	19
• Dengue Grupo “B”	22
• Dengue Grupo “C”	25
• Dengue Grupo “D”	29
VI.- Anexos	33

INTRODUCCIÓN

El Dengue es una enfermedad viral transmitida por vectores, y se constituye en la más importante enfermedad emergente por arbovirus en el mundo dada su extensión en la casi totalidad de las regiones tropicales y subtropicales del mundo.

Sus formas más complicadas son el Dengue Hemorrágico y el Síndrome del Shock por Dengue que a pesar de ser desde hace más de veinte años una importante causa de morbilidad en los países de las Américas, es conocida desde hace más de medio siglo en los países del Sudeste de Asia por su enorme mortalidad que le convierten en la primera causa de internamiento hospitalario y lamentablemente en la primera causa de muerte en el nivel hospitalario.

La presencia de un cuerpo organizado de conocimientos, y líneas de manejo del paciente con dengue se abre como una necesidad urgente ante las cada vez más frecuentes epidemias del dengue que se dan desde 1995 y en las que uno de los hallazgos más relevantes es el creciente número de casos de dengue hemorrágico que va creciendo proporcionalmente al total de casos y ejerciendo cada vez más presión sobre el sistema de salud, tanto en términos de sus recursos existentes como en costos no previstos.

Como parte de un esfuerzo colaborativo de personal clínico y epidemiólogos comprometidos surgen los presentes lineamientos de manejo del paciente con dengue que se espera puedan ser utilizados por el personal asistencial en los diferentes niveles de atención, a fin de dar respuestas más consistentes, integradas y homólogas, y desterrar permanentemente la heterogeneidad de esquemas de tratamiento para emplear el que garantice una atención oportuna y una oportunidad de resolver satisfactoriamente los problemas que el paciente con dengue consulta.

JUSTIFICACIÓN

Desde su aparición como un problema de salud pública, el dengue ha sido estudiado en sus manifestaciones clínicas y en sus procesos fisiopatológicos, lo que ha sentado las bases para el desarrollo de esquemas de manejo terapéutico, que inicialmente han sido fundamentados en las experiencias de países con características de hiperendemicidad como el Sudeste Asiático (Tailandia, Filipinas y Vietnam) o como Cuba que enfrentó epidemias severas como la de 1981.

Sin embargo las manifestaciones de la enfermedad varían de un individuo a otro en la misma población conforme sus características individuales, así como la virulencia de la cepa viral responsable de la transmisión de la enfermedad; según la experiencia cubana en una población étnicamente heterogénea el cuadro clínico y las complicaciones pueden variar; la teoría de mayor aceptación sobre la patogenia de la enfermedad es la amplificación de la respuesta inmune que explica que el mayor número de casos de dengue hemorrágico se presenten en individuos que cursan con infecciones por serotipos de dengue diferentes a la primera infección.

Las consideraciones anteriores han llevado al diseño de esquemas terapéuticos para el manejo de casos de dengue hemorrágico y síndrome del choque por dengue, que han sido difundidos internacionalmente, y a los que cada país ha hecho sus adaptaciones de acuerdo a las características clínicas observadas en su población y a la tecnología disponible en cada uno de ellos.

Honduras ha presentado casos de dengue desde 1977 y la presentación del dengue hemorrágico se ha documentado desde 1991, pero es hasta la epidemia de 1995 que el número de casos de dengue hemorrágico comienza a demandar respuestas mejor estructuradas del sistema de salud que incluyen una mayor correspondencia entre los esquemas de manejo clínico de la

enfermedad y las características de presentación propias del dengue en la población hondureña y la organización de espacios de atención del paciente con dengue en hospitales y centros de salud equipados para tal fin.

Las epidemias del año 2000 y sobre todo del 2002 han dejado una experiencia muy rica en el personal tratante, que ha incluido lamentablemente 17 defunciones en el último año que pueden haber sido prevenidas con una asistencia oportuna de los pacientes a los establecimientos de salud, una mejor referencia de pacientes con complicaciones y la oportuna interpretación y manejo de los casos.

La participación de brigadas internacionales durante la epidemia del 2002, que llegaron para apoyar al país, permitió contrastar los diferentes esquemas de manejo en otros países con la experiencia nacional, y lograr los presentes lineamientos que procuran reunir los conocimientos más recientes y las formas de presentación clínica del dengue y dengue hemorrágico en los centros asistenciales de Honduras.

Los lineamientos de manejo clínico del dengue son pues el fruto del trabajo de médicos nacionales y además han sido homologados con médicos del El Salvador Guatemala en el marco de la reciente Reunión Trinacional de Homologación de la Definición de Caso de Dengue y Dengue Hemorrágico en el mes de Octubre del 2002.

La necesidad de estandarizar criterios en el manejo de pacientes con dengue en los centros asistenciales del país justifica entonces la edición del presente documento, su uso en los centros asistenciales y su permanente actualización.

PROPÓSITO

Contribuir a la reducción de la mortalidad por dengue y disminuir el impacto de la morbilidad sobre los servicios de salud.

OBJETIVOS

Los presentes lineamientos de manejo del paciente con dengue llevan como objetivos los siguientes:

- 1.- Dar las bases homologadas para un diagnóstico oportuno del dengue en sus diferentes manifestaciones clínicas que garantice la sensibilidad necesaria para detectar los pacientes con esta enfermedad.
- 2.- Incorporar al manejo de pacientes con dengue lo más reciente del conocimiento y de la experiencia nacional en los últimos años que han demostrado ser útiles y efectivas en el abordaje del dengue.
- 3.- Garantizar un manejo que permita disminuir la mortalidad del dengue y su manejo.
- 4.- Facilitar la capacitación de recursos institucionales involucrados en la prevención y manejo del dengue.

I.- VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1.- LA DETECCIÓN DE CASOS CLÍNICOS DEBE REALIZARSE EN TODAS LAS UPS's, IHSS, CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS Y CON LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.

ACTIVIDAD

1.1 Detección, investigación, registro y notificación de pacientes sospechosos.

PROCEDIMIENTO

1.1.1 Definición de caso de dengue

Definición de caso de dengue clásico:

Enfermedad febril de inicio brusco, con una duración de hasta 7 días, con dos o más de las siguientes manifestaciones: Cefalea, mialgias, artralgias, dolor retro-ocular, erupción cutánea, leucopenia, presencia o no de sangrado.

Caso sospechoso de dengue clásico:

Caso compatible con la definición de dengue clásico.

Caso confirmado de dengue clásico:

Caso sospechoso con resultado laboratorio positivo a una o más pruebas de dengue o por nexo epidemiológico con otros casos confirmados por laboratorio.

Caso notificable:

Todo caso sospechoso o confirmado de dengue clásico.

Definición de caso de dengue hemorrágico:

Todo paciente con manifestaciones de dengue clásico más evidencia de fuga capilar* más al menos uno de los siguientes criterios:

- Trombocitopenia igual o menor a 100,000.
- Manifestaciones hemorrágicas.

* Fuga capilar se evidencia por la presencia de derrames serosos (Ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico), edema peri vesicular, hemoconcentración (hematocrito mayor o igual al 20% de acuerdo a edad, sexo y área geográfica, descenso del 20% del hematocrito en la convalecencia o la hidratación adecuada), hipoalbuminemia y disminución de la presión arterial media.

Caso sospechoso de dengue hemorrágico:

Todo caso compatible con la definición de caso de dengue hemorrágico.

Caso confirmado de dengue hemorrágico:

Caso sospechoso de dengue hemorrágico con resultado laboratorial positivo (serología o aislamiento viral), o nexa epidemiológico con otros casos confirmados por laboratorio.

Caso notificable:

Todo caso sospechoso o confirmado de dengue hemorrágico.

Fuente: TALLER TRINACIONAL DE HOMOLOGACIÓN DE DEFINICIÓN DE CASO Y LINEAMIENTOS DE MANEJO DE PACIENTES CON DENGUE (10 y 11 de Octubre 2002).

1.1.2 Registrar el caso en el expediente clínico y ATA consignando el nombre, dirección completa o sitio de referencia del paciente, notificando el mismo a través del telegrama epidemiológico y Trans-1. En el caso de paciente sospechoso de Dengue Hemorrágico debe reportarse inmediatamente a las instancias respectivas (Área, Región, Epidemiología, Vectores Nivel Central).

Responsables: UPS's, IHSS, Clínicas y Hospitales privados y Comunidad.

1.2 Laboratorio: Toma de muestra hemática por punción capilar o punción venosa.

1.2.1 Se tomará una muestra de sangre para serología por punción venosa después del sexto día de iniciados los síntomas si se tiene acceso a un laboratorio (CESAMO u HOSPITAL) y por punción capilar en papel filtro en las UPS's que no tengan acceso a laboratorio. (Ver Anexo 1- Metodología de la Toma de Muestra). Para investigaciones específicas (búsqueda activa de casos) se recomienda el uso de muestra de suero (punción venosa).

Para aislamiento de virus se tomará una muestra de sangre por punción venosa de 0-5 días. (Ver Anexo 1).

La ficha de vigilancia epidemiológica del dengue deberá llenarse completamente (Ver Anexo 2).

Responsables: UPS's y Laboratorio.

LINEAMIENTOS PARA LA NOTIFICACIÓN, RECOLECCIÓN Y MANEJO DE MUESTRAS CLÍNICAS DE CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE/ DENGUE HEMORRÁGICO (DH)

El dengue se caracteriza por un cuadro febril agudo acompañado de dolor de cabeza, dolor en los ojos, dolor en el cuerpo, muchas veces una erupción cutánea, y otros síntomas variables, que pueden incluir manifestaciones hemorrágicas obvias o leves (como erupción petequeal) o hemoconcentración, shock o coma. Debe sospecharse esta enfermedad siempre que se observe un aumento en el número de personas que acuden a la consulta externa con cuadro febril agudo.

Instrucciones para la toma y manejo de muestras

- 1.- Una vez que se hace el diagnóstico clínico del paciente como caso sospechoso de dengue, se procede a tomar una muestra de sangre (ver el flujograma de manejo de muestras) y llenar la hoja de solicitud de examen o investigación de caso (copia adjunta). Con el envío de esta hoja se cumple el requisito de referencia de muestras. Estas hojas se pueden obtener del Departamento de Enfermedades de Transmisión Vectorial o Epidemiología de cada región sanitaria.
- 2.- Es de gran importancia llenar la hoja de solicitud de examen lo más completa y clara posible. La información recibida de cada caso (especialmente los síntomas, la fecha de comienzo de síntomas y la fecha de toma de la muestra) es crucial para llevar a cabo el Análisis de Laboratorio. Además, una dirección completa hace posible señalar en que área hay que implantar medidas de control. No se analizarán muestras que al llegar al Laboratorio tengan más de un mes de haber sido tomadas, ni muestras sin la información arriba indicada, o escrita en letra legible.
- 3.- La muestra de sangre se recoge en un tubo de tapón rojo sin antico-

agulante en cantidad de 6 ml. Luego de separar el suero éste se debe mantener sobre hielo o en refrigeración (**no en congelador**) hasta su entrega al Laboratorio. si es para aislamiento viral y congelación si es para serología.

- 4.- Para poder diagnosticar dengue se necesita una muestra de sangre tomada en el período agudo de la enfermedad y una segunda muestra que puede tomarse desde el sexto día después del comienzo de los síntomas. Si se le instruye al enfermo sobre la importancia de regresar para la segunda muestra y se le da una cita para un día y hora que sean convenientes, se facilita el obtener la segunda muestra. Si el paciente viene al médico por primera vez en o después del sexto (6°) día después del comienzo de los síntomas, esa primera muestra es suficiente. En ese caso no hay que hacer al paciente volver para una segunda muestra, en el primer caso deberá enviar al Laboratorio regional ambas muestras, éste, si cuenta con las facilidades procesará por MAC-Elisa la segunda muestra y reportará de inmediato el resultado al Laboratorio Central de Virología en donde se procesará la primera muestra (aguda).
- 5.- Las muestras agudas (tomadas hasta el quinto día después del comienzo de síntomas), se utilizarán para la prueba de aislamiento de virus. Las muestras convalecientes (tomadas en o después del sexto día después del comienzo de síntomas) se utilizarán para la identificación de anticuerpos contra dengue. Las hojas de informe de caso y la muestra aguda de sangre deben llegar al Laboratorio lo más rápido posible, se pueden enviar por la vía más expedita, la muestra aguda debe enviarse dentro de los cinco días después de la toma para lograr éxito en el aislamiento de virus.

<u>Tipo de muestra</u>	<u>Intervalo desde el comienzo de síntomas</u>	<u>Análisis</u>
“Aguda”	Hasta 5 días	Aislamiento
“Convaleciente”	6 o más días	Serología

Las muestras tomadas los días 4 y 5 de enfermedad son de bajo rendimiento tanto para aislamiento como para serología, pueden o no tener un resultado positivo.

En pacientes hospitalizados con síntomas más severos de lo usual, se considera hacer una excepción y hacer la prueba serológica con la muestra de sangre aguda. Sin embargo no hay garantía de que podamos dar un diagnóstico ya que en la mayoría de los casos solamente se puede hacer el diagnóstico definitivo con las dos muestras de sangre. Si se trata de un caso sospechoso de dengue hemorrágico deberá indicarlo en la hoja de solicitud de examen y obtener en lo posible muestra aguda y convaleciente.

- 6.- Como excepción se pueden tomar muestras de sangre en papel filtro analítico estandarizado a partir del sexto día del inicio de síntomas, por personal colaborador de Vectores en búsqueda de segundas muestras o una sola muestra cuando el paciente se capte en este período. Es válido también la toma de muestras hemáticas en papel filtro en lugares muy postergados siempre y cuando el paciente no presente erupción, porque en este caso obligatoriamente debe tomarse muestra de suero, para diagnóstico diferencial con Sarampión y Rubéola.
- 7.- Se enviará un informe al remitente con los resultados de toda prueba de dengue con resultado positivo, o claramente negativo. Naturalmente en los casos que el aislamiento de virus sea negativo y no se reciba la segunda muestra, no podemos reportar ningún resultado. Para enviar resultados, es indispensable que se nos informe en la hoja de investigación el nombre completo de la persona remitente y su dirección. Todos los Laboratorios deberán enviar los informes de resultados cada semana al Laboratorio Regional con copia al Laboratorio Central.

LINEAMIENTOS DE MANEJO ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON DENGUE

NOTA: LOS CASOS QUE SE SALGAN DE LA EVOLUCIÓN NATURAL DE LA ENFERMEDAD, DEBEN SER INVESTIGADOS POR ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y/O COMPLICACIONES SECUNDARIAS AL DENGUE Y SERÁN MANEJADOS DE ACUERDO AL DIAGNÓSTICO ESTABLECIDO Y AL CRITERIO MÉDICO.

DENGUE GRUPO A

1.- IDENTIFICACIÓN

Todo paciente que cumpla con los siguientes criterios:

- **Criterio epidemiológico:** Aumento de casos febriles en la comunidad, presencia del vector, casos de Dengue en la familia, escuela o centro de trabajo.
- **Criterio clínico:** Compatible con la definición de dengue clásico: Enfermedad febril de inicio brusco, con una duración de hasta 7 días, con dos o más de las siguientes manifestaciones: cefalea, mialgias, artralgias, dolor retro-ocular, erupción cutánea, leucopenia, sin sangrado.

2.- NIVEL DE ATENCIÓN

- Manejo ambulatorio en el hogar y educación a los responsables.
- Control diario en Clínica de Dengue o ingreso en la Clínica de Dengue, según los criterios siguientes: decaimiento, hiporexia, complicaciones con otra patología, deshidratación, fiebre mayor o igual a 39°C (en niños menores de 6 años por riesgos de convulsiones febriles), convulsiones, inaccesibilidad del paciente a la UPS.

3.- MANEJO

I. AMBULATORIO: En el hogar

- **Hidratación oral:** Sales de hidratación oral (LITROSOL) y líquidos abundantes: agua, té, jugos naturales, leche, sopas. **NO GASEOSAS.**
- Únicamente se recomienda **Acetaminofén** (10-15 mg/kg de peso/dosis cada 4-6 horas en niños y en adultos de 500-1000 mg. v.o. cada 4-6 horas).
- **Medios físicos:** Si la temperatura es mayor de 38.5°C.
- **Realizar prueba de torniquete:** Durante 3-5 minutos, no debe realizarse sin tener esfigmomanómetro.
- Tomar signos vitales y presión arterial:

Si PAM¹ es normal y no hay signos de alarma, ni criterios de ingreso, el manejo es ambulatorio.

Si PAM es menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (ver tabla en anexos), se ingresa y se maneja como el grupo D.

- **Control diario:** se utilizará la *hoja de control diario de pacientes con dengue*, anotando diariamente en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de signos de alarma.
- Hemograma completo cada día para valorar:
 - Tendencia de las plaquetas.

¹ PAM (Presión Arterial Media)= Presión Diastólica+(Presión Sistólica - Presión Diastólica)

- Presencia de emoconcentración: Hematocrito mayor o igual al 20% de acuerdo a la edad, sexo y área geográfica, descenso del hematocrito en la convalecencia o con la hidratación adecuada.

En todos los establecimientos de salud se tomará la muestra para serología y aislamiento viral de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Laboratorio Central de Virología.

- **Notificación como caso sospechoso de Dengue al nivel correspondiente.**
- **Educación a los familiares:** Acerca del manejo ambulatorio, la importancia de acudir al control diario e inmediatamente en caso de presentarse **uno o más de las manifestaciones siguientes:**
 - **Vómitos persistentes**
 - **Dolor abdominal intenso y sostenido**
 - **Distensión abdominal**
 - **Sangrados (de piel o mucosas)**
 - **Cansancio (derrame pleural)**
 - **Respiración rápida o dolor en el pecho**
 - **Caída brusca de la temperatura**
 - **Frialdad de extremidades**
 - **Somnolencia**
 - **Agitación**

DENGUE GRUPO B

1.- IDENTIFICACIÓN

Todo paciente con cuadro clínico de dengue, con cualquiera de las siguientes manifestaciones:

- Petequias, u otra manifestación hemorrágica espontánea (gingivorragia, epistaxis, metrorragia, hematemesis, melena, etc.).
- Prueba de torniquete positiva (no se hace en pacientes con petequias).
- Trombocitopenia menor o igual de 100,000
- Sin signos de alarma

2.- NIVEL DE ATENCIÓN

- **Unidad de Dengue**

3.- MANEJO

- **Hidratación oral:** Sales de hidratación oral (LITROSOL) y líquidos abundantes: Agua, té, jugos naturales, leche, sopas, **NO GASEOSAS**.
- A todo paciente debe canalizarse una vía periférica.
- **Dieta electiva:** La que el paciente tolere (hipograsa).
- Únicamente se recomienda **Acetaminofén** (10-15 mg/kg de peso/ dosis cada 4-6 horas en niños y en adultos 500-1000 mg. v.o. cada 4-6 horas).
- **Medios físicos:** Si la temperatura es mayor de 38°C.
- **Realizar prueba de torniquete:** Durante 3-5 minutos, no debe realizarse sin tener esfigmomanómetro.

- Signos vitales y nota médica según necesidad.

- **Tomar presión arterial cada 6 horas:**

Si PAM es normal y no hay signos de alarma, continuar monitoreo cada 6 horas.

Si PAM es menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (var tabla en anexos), se maneja como el grupo D.

- Utilizar la ***Hoja de control diario de pacientes con dengue***, anotando en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de signos de alarma.

- **Hemograma completo cada día para valorar:**

- Tendencia de las plaquetas
- Presencia de hemoconcentración: Hematocrito mayor o igual al 20% de acuerdo a edad, sexo y área geográfica, descenso del hematocrito en la convalecencia o con la hidratación adecuada.

En todos los establecimientos de salud se tomará la muestra para serología y aislamiento viral de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Laboratorio Central de Virología.

- Vigilar por sangrados que pongan en peligro la vida del paciente: A través de la caída de la cifra de hemoglobina, hematocrito o compromiso hemodinámico. El hematocrito, la hemoglobina y el recuento plaquetario, deben tomarse de acuerdo con la intensidad del sangrado, se recomienda tomar uno al ingreso y repetirlo a las 4-6 horas. Si es normal, repetirlo cada 24 horas.
- Tratamiento local compresivo si hay sangrados en mucosas (en caso de epistaxis, taponamiento nasal durante 2 días).

- Buscar signos de fuga capilar.
- **Notificación como caso sospechoso de Dengue Hemorrágico al nivel correspondiente.**
- **Vigilancia estricta de signos de alarma:**
 - Vómitos persistentes
 - Dolor abdominal intenso y sostenido
 - Distensión abdominal
 - Sangrados (de piel o mucosas)
 - Cansancio (derrame pleural)
 - Respiración rápida o dolor en el pecho
 - Caída brusca de la temperatura
 - Frialidad de extremidades
- **Vigilancia estricta de signos de choque:**
 - Taquicardia
 - Frialidad distal
 - Llenado capilar lento (mayor de 2 segundos)
 - Pulsos débiles o imperceptibles
 - Hipotensión arterial
 - Cianosis
 - Sudoración en ausencia de fiebre
 - Oliguria (Diuresis menor de 1 ml/kg/hora)
 - Presión arterial media menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (ver tabla en anexos)
 - Palidez intensa
 - Cambios en el estado de conciencia (agitación o somnolencia).

DENGUE GRUPO C

1. IDENTIFICACIÓN

Paciente con cuadro clínico de dengue clásico más signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y sostenido
- Distensión abdominal
- Vómitos persistentes
- Descenso brusco de la temperatura
- Taquipnea o dolor torácico
- Cansancio

NOTA: NO TIENEN QUE ESTAR PRESENTES TODOS LOS SIGNOS, CON UNO DE ELLOS ES SUFICIENTE PARA CLASIFICARSE EN EL GRUPO C. ESTE PACIENTE TIENE FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR CHOQUE.

2. NIVEL DE ATENCIÓN

- Unidad de Dengue

3. MANEJO

- **Vigilancia estricta:** Anotando en la hoja de monitoreo de signos de alarma con la frecuencia requerida de acuerdo a la gravedad del paciente o por lo menos cada hora.
- **Hidratación:** Siempre que sea posible hidratar al paciente vía oral con sales de hidratación oral (Litrosol) y líquidos abundantes: agua, té, jugos naturales, leche, sopas. **NO GASEOSAS.**
- A todo paciente debe canalizársele una vía periférica. En caso de intolerancia o rechazo a la vía oral, utilizar soluciones endovenosas de acuerdo a la evolución clínica del paciente.

En niños calcular líquidos de mantenimiento según esquema de Holiday Seagar (ver anexo 5), e iniciar con suero mixto al 0.3% en menores de 2 años y 0.45% en mayores de 2 años.

En adultos utilizar Hartman o solución salina normal al 0.9%. El calculo de los líquidos es de 1,200 a 1,800 cc/m² de superficie corporal*.

- **Dieta electiva:** la que el paciente tolere.
- Únicamente se recomienda **Acetaminofén** (10 - 15 mg/kg de peso / dosis cada 4-6 horas en niños y en adultos de 500 - 1000 mg. v.o. cada 4 - 6 horas).
- **Medios físicos:** Si la temperatura es mayor de 38.5 °C.
- **Realizar prueba de torniquete:** durante 3-5 minutos, no debe realizarse sin tener esfigmomanómetro.
- **Presión arterial y signos vitales:** *Cada hora* y nota médica según necesidad:

Si PAM es normal continuar la vigilancia cada hora

Si PAM es menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (ver tabla en anexos), se maneja como el grupo D.

- **Control diario:** Se utilizará la *hoja de control diario de pacientes con dengue*, anotando en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de signos de alarma.

$$* \text{ Area de Superficie Corporal (ASC)} = \frac{(\text{Peso(Kg)} \times 4) + 7}{\text{Peso(Kg)} + 90}$$

- Tendencia de las plaquetas
 - La presencia de hemoconcentración: hematocrito mayor o igual al 20% de acuerdo a edad, sexo y área geográfica, descenso del hematocrito en la convalecencia o con la hidratación adecuada.
- **Vigilar por sangrados** que pongan en peligro la vida del paciente: a través de la caída de la cifra de hemoglobina, hematocrito o compromiso hemodinámico. El hematocrito, la hemoglobina y el recuento plaquetario, deben tomarse de acuerdo con la intensidad del sangrado, se recomienda tomar uno al ingreso y repetirlo a las 4-6 horas. Si es normal, repetirlo cada 24 horas.

En todos los establecimientos de salud se tomará la muestra para serología y aislamiento viral de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Laboratorio Central de Virología.

- **Tratamiento local compresivo:** Si hay sangrados en mucosas (en caso de epistaxis, taponamiento nasal durante 2 días).

Como criterios para transfusión de hemoderivados se consideran únicamente la presencia de sangrados que pongan en peligro la vida del paciente.

Transfundir plaquetas a 0.1 unidades / Kg. una sola vez si el sangrado pone en peligro la vida del paciente y **no por Trombocitopenia.**

- **Buscar signos de extravasación de plasma** (derrames serosos) por ultrasonido, Rx, clínica o hemoconcentración.

- **Rx de Tórax**
- **Notificación como caso sospechoso de Dengue**
- **Vigilancia estricta de signos de choque:**
 - **Taquicardia**
 - **Frialdad distal**
 - **Llenado capilar lento (mayor de 2 segundos)**
 - **Pulsos débiles no perceptibles**
 - **Hipotensión arterial**
 - **Cianosis**
 - **Sudoración en ausencia de fiebre**
 - **Oliguria (Diuresis menor de 1 ml/kg/hora)**
 - **Presión arterial media menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (ver tabla en anexos)**
 - **Palidez intensa**
 - **Cambios en el estado de conciencia (agitación o somnolencia).**

IDENTIFICAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE EL CHOQUE, SERA DECISIVO PARA EL PRONOSTICO DEL PACIENTE.

DENGUE GRUPO D

1. IDENTIFICACIÓN

Paciente con cuadro clínico de dengue clásico más cualquiera de los siguientes signos de choque:

- **Taquicardia**
- **Frialdad distal**
- **Llenado capilar lento (mayor de 2 segundos)**
- **Pulsos débiles no perceptibles**
- **Hipotensión arterial**
- **Cianosis**
- **Sudoración en ausencia de fiebre**
- **Oliguria (Diuresis menor de 1 ml/kg/hora)**
- **Presión arterial media menor de 70 en adultos y menor a la mínima esperada en niños de acuerdo a edad y sexo (ver tabla en anexos)**
- **Palidez intensa**
- **Cambios en el estado de conciencia (agitación o somnolencia).**

UNA VEZ QUE EL PACIENTE PRESENTE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA Y SE HA RECUPERADO, PUEDE RECAER EN LAS SIGUIENTES 48 HORAS. DESPUÉS DE ESE TIEMPO EL RIESGO DE RECAIDA ES MINIMO.

2. NIVEL DE ATENCIÓN

- **Unidad de Dengue**

3. MANEJO

- Hospitalización bajo **Vigilancia estricta**, con monitoreo de signos vitales y **PAM** cada 15 minutos, o con la frecuencia requerida de acuerdo a la gravedad del paciente.

- Canalizar vía periférica
- Administrar oxígeno por bigotera de 2 a 5 l/minutos
- En niños, iniciar con infusión Hartman ó solución salina SSN a 20 cc/kg en bolos (máximo de 3 cargas), hasta que la PAM se mantenga sobre el mínimo esperado de acuerdo a la edad y sexo del paciente.
- En adultos, iniciar infusión Hartman a chorro, hasta que la PAM se mantenga sobre la mínima esperada para la edad y sexo, evitando la aparición de signos de sobrecarga de volumen.

En algunos casos la respuesta clínica del paciente no es la esperada para la restitución de líquidos correspondiente (máximo de 3 bolos en niños o cuando aparezca signos de sobrehidratación a cualquier edad), por lo que se debe evaluar al paciente buscando diagnósticos diferenciales como enfermedades concurrentes o complicaciones del dengue.

Cuando el paciente se estabilice hemodinamicamente, continuar la hidratación por vía oral, si existe intolerancia continuar con líquidos de mantenimiento parenteral.

- Vigilar por dificultad respiratoria.
- **EVITAR AL MÁXIMO TÉCNICAS INVASIVAS O TRANSFUSIONES DE SANGRE O HEMO-DERIVADOS, ALBÚMINA, AMINAS VASOACTIVAS O PLAQUETAS.**
- **Vigilar por sangrados que pongan en peligro la vida del paciente:** A través de la caída de la cifra de hemoglobina, hematocrito o compromiso hemodinámico. El hematocrito, la hemoglobina y el recuento plaquetario, deben tomarse de

acuerdo con la intensidad del sangrado, se recomienda tomar uno al ingreso y repetirlo a las 4-6 horas. Si es normal, repetirlo cada 24 horas.

En todos los establecimientos de salud se tomará la muestra para serología y aislamiento viral de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Laboratorio Central de Virología.

- › Tratamiento local compresivo si hay sangrados en mucosas (en caso de epistaxis, taponamiento nasal durante 2 días).

Como criterios para transfusión de hemoderivados se consideran únicamente la presencia de sangrados que pongan en peligro la vida del paciente.

Transfundir plaquetas a 0.1 unidades / Kg. una sola vez si el sangrado pone en peligro la vida del paciente y **no por Trombocitopenia.**

- › Buscar signos de extravasación de plasma (derrames serosos) derrame por ultrasonido, Rx, clínica o hemoconcentración.
- › Rx de Tórax PA
- › Únicamente se recomienda **acetaminofén** (10 - 15 mg/kg de peso / dosis cada 6 horas en niños y en adultos de 500 - 1000 mg. v.o. cada 4 - 6 horas).
- › **Medios físicos:** Si la temperatura es mayor de 38 °C.

- **Presión Arterial y Signos vitales cada 15 minutos** y nota médica según necesidad.
Si la PAM se mantiene sobre la mínima esperada, omitir Hartman, y continuar con hidratación oral. Vigilarlo por recaída del choque*.
- Utilizar la *hoja de control diario de pacientes con dengue*, anotando en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de signos de alarma.
- **Notificación como caso sospechoso de Dengue al nivel correspondiente.**

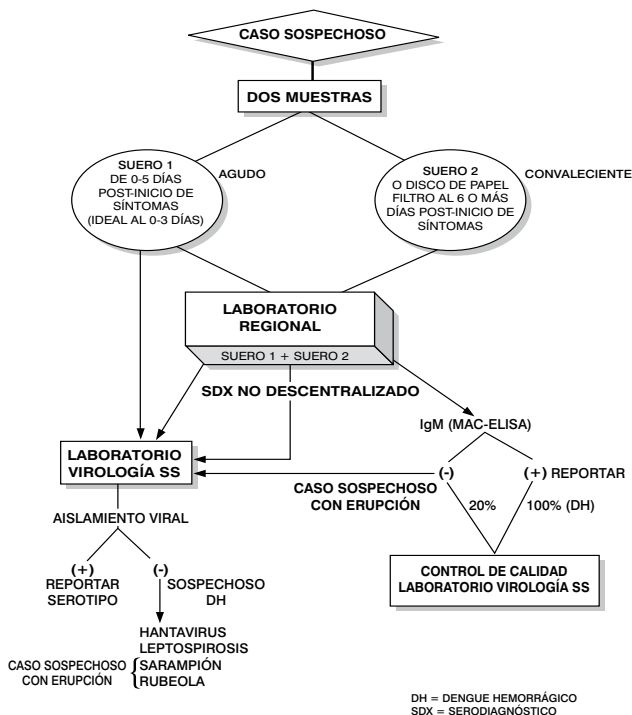
IDENTIFICAR Y TRATAR OPORTUNAMENTE EL CHOQUE, SERA DECISIVO PARA EL PRONOSTICO DEL PACIENTE.

* Una vez que el paciente ha presentado choque, el riesgo de recaer se produce durante 24 a 48 horas. Si recae hay que administrar líquidos como se describe anteriormente hasta que se recupere la presión arterial media.

ANEXOS

ANEXO 1

FLUJOGRAMA DE REFERENCIA Y PROCESAMIENTO DE MUESTRAS DE CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE HEMORRÁGICO



ANEXO 2



SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE SOLICITUD DE EXAMENES



SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO

SI ☐

NO ☐

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ Años _____ Meses SEXO _____ NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____

DIRECCIÓN: DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

BARRIO O COLONIA _____ CALLE Y/O AVENIDA _____ CASA No. _____

DIRECCIÓN EXACTA _____ TEL. _____

HOSPITALIZADO EN _____ FECHA INGRESO _____ SALA _____ No. EXPEDIENTE _____

LUGAR DE TRABAJO O ESTUDIO _____

DATOS CLÍNICOS: FECHA PRIMER SÍNTOMA _____ DÍAS DE EVOLUCIÓN _____

SEMANA EPIDEMIOLÓGICA _____ FECHA DE TOMA DE MUESTRA _____ 1era _____ 2da _____

TIPO DE MUESTRA: SUERO ☐ SANGRE EN DISCO ☐

No.	SÍNTOMAS Y SIGNOS	SI	NO
1	FEBRIL		
2	DOLOR DE CABEZA		
3	DOLOR EN LOS OJOS		
4	MANCHAS ROJOS MUSCULARES		
5	ARTRALGIAS (DOLOR ARTICULAR)		
6	ERUPCIÓN		
7	CAÍDA DE APETITO		
8	PETECQUIAS		
9	COQUEMOS		
10	VÓMITO CON SANGRE		
11	SANGRE EN LA EMPRETA		
12	HEMORRAGIA DE NARIZ		
13	HEMORRAGIA DE ENCÍOS		
14	SANGRE EN LA ORINA		
15	HEMOR. VISO. Y / O IM.		
16	VÓMITOS PERSISTENTES		
17	DOLOR ABDOMINAL INTENSO		
18	PRURITO DE MIEMBROS		
19	SUDORACIÓN		
20	PALECEZ		
21	PRUEBA TORNOQUETE (+) (-)		
22	DERRAME PERICARDÍACO		
23	DERRAME PLEURAL		
24	ASCITIS		
25	PRESIÓN ARTERIAL		

Nombre de la personal que llenó la ficha _____

Dirección Postal _____ No. _____ Área _____

Unidad de Salud _____ Tel. _____

Enviar resultado a: _____

PRUEBAS DE LABORATORIO	FECHA 1			FECHA 1			FECHA 1		
	D	M	A	D	M	A	D	M	A
HR									
HTC									
PLAQUETAS									
LEUCOCITOS									
PAM*									
IMÁGENES RX/URG									

*PAM = Protein (Albumin) (P10-P10) + 0.02

DATOS ADICIONALES:

1. Durante los 10 días antes de enfermarse viajó a otro lugar?

SI ☐ NO ☐

2. A dónde viajó? _____

3. Tuvo dengue antes? SI ☐ NO ☐ Cuándo _____

OTROS DIAGNÓSTICOS: _____

Embarazo: SI ☐ NO ☐

4. Otras pruebas de laboratorio:

a. Hematocrito / Gota Gruesa _____ HbA _____ MAT _____

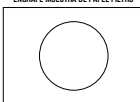
b. Leptodirosis _____

c. Hemocultivo o coprocultivo / Ifosida _____

CLASIFICACIÓN: A ☐ B ☐ C ☐ D ☐

RESULTADOS DE LABORATORIO

ENGRAFE MUESTRA DE PAPEL FILTRO



REGISTRO No. _____

FECHA DE RECIBO _____

FECHA DE LA PRUEBA _____

	Primera Prueba	Segunda Prueba
Cultivo ☐	IGM ELISA ☐	IGM ELISA ☐
Positivo ☐	Positivo ☐	Positivo ☐
Negativo ☐	Negativo ☐	Negativo ☐
Indeterminado ☐	Indeterminado ☐	Indeterminado ☐

DX. DE EGRESO _____ CONFIRMADO ☐

CONDICIÓN DE EGRESO: VIVO ☐ FALLECIDO ☐ DESCARTADO ☐

FECHA _____

ANEXO 4

CLÍNICA DE DENGUE HOJA DE CONTROL DIARIO DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

No. DE EXPEDIENTE: _____

DIRECCIÓN: _____

DÍA	1	2	3	4	5	6	7
FECHA							
P/A							
PAM							
TEMPERATURA							
TORNIQUETE							
HEMATOCRITO							
PLAQUETAS							
LEUCOCITOS							
SANGRADO							
NAUSEAS							
VÓMITOS PERSISTENTES							
DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y SOSTENIDO							
DISTENSION ABDOMINAL							
TAQUIPNEA O DOLOR TORACICO							
CANSANCIO							

ANEXO 5

TABLA DE HOLIDAY-SEAGAR

Necesidades de líquidos de sosten
y electrolitos

Peso Corporal	Volumen de Mantenimiento
2.5 < 10 Kg.	100 cc/Kg/día.
11 - 20 Kg.	1000cc+50cc/Kg/día por cada Kg por arriba de 10Kg.
> 20 Kg.	1500cc+20cc/Kg/día por cada Kg por arriba de 20Kg.

El Método Holiday-Seagar solo se puede utilizar en pacientes de más de 2 semanas de edad.

CRITERIO DE EGRESO

- ◆ Ausencia de fiebre o hipotermia por 24 horas sin tratamiento.
- ◆ Tolerancia de la via oral.
- ◆ Mejoria clinica y recuperaci3n del apetito.
- ◆ Plaquetas Mayores de 50,000 o en ascenso en dos hemogramas consecutivos (despu3s del 6to. d3a de inicio de la fiebre).
- ◆ Presi3n Arterial Media (PAM) constante por un periodo de 24 horas o mas.
- ◆ Ausencia de signos de alarma o shock por 24 horas como minimo, sin l3quidos parenterales.

