



SECRETARÍA DE SALUD
SUB-SECRETARÍA DE RIESGOS POBLACIONALES
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
UNIDAD DE CONTROL DE VECTORES
PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE

LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA Y MANEJO ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON DENGUE

Ira. Edición
HONDURAS, C.A., 2003



OPS/OMS

DFID Department for
International
Development



SECRETARIA DE SALUD
SUB-SECRETARÍA DE RIESGOS POBLACIONALES
DIRECCIÓN GENERAL DE VIGILANCIA DE LA SALUD
UNIDAD DE CONTROL DE VECTORES
PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE

LINEAMIENTOS DE VIGILANCIA Y MANEJO ESTANDARIZADO DE PACIENTES CON DENGUE

Ira. Edición
HONDURAS, C.A., 2003

AUTORIDADES DE LA SECRETARÍA DE SALUD

LIC. ELIAS LIZARDO
SECRETARIO DE SALUD

DR. MANUEL SANDOVAL
SUB-SECRETARIO DE SALUD

DRA. FANNY MEJÍA
SUB-SECRETARIA DE SALUD

DR. MARCO TULIO CARRANZA
DIRECTOR GENERAL

DRA. MIRNA MORENO DE LOBO
DIRECTORA GENERAL

LIC. ROSSANA PORTILLO
DIRECTORA GENERAL

DR. JORGE HIGUERO CRESPO
DIRECTOR GENERAL

DR. ALIRIO CRUZ LÓPEZ
SUB-SECRETARIO DE SALUD (QDDG).

CON LA COLABORACIÓN ENTRE OTRAS PERSONAS DE:

DRA. ROSA KAFATY
DRA. MARIBEL RIVERA
DR. JOSÉ SAMRA
DR. OSMÍN TOVAR
DRA. ALMA VELÁSQUEZ
DR. MARCO PINEL
DR. EDUARDO FERNÁNDEZ
DR. OSWALDO GUIFARRO
DR. LUIS AMÉNDOLA
DR. FRANCISCO CLEAVES
DRA. RUTH MEDINA
DRA. LESBY CASTRO

DRA. DINA CASTRO
DRA. MARÍA DEL CARMEN MEJÍA
DRA. RUDVELINDA RIVERA
DR. ORLANDO SOLORZANO
DR. DELMIN CURY
DR. CONCEPCIÓN ZÚNIGA
DR. ARTURO MARADIAGA
DR. WALTER MONCADA
DRA. LAURA JULIA SALGADO
DR. ALIRIOCRUZ

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

SE AGRADECE ASIMISMO A LOS COMPAÑEROS PROFESIONALES 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 Hemorragia)	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 causada 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 del 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 homologas, 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 dado base para el desarrollo de esquemas de manejo terapéutico, que inicialmente han sido fundamentados en las experiencias de países con características de hiperendemicidad como las de los del Sudeste Asiático tales como Tailandia, Filipinas y Vietnam o aquellos como Cuba que enfrentaron epidemias severas como la de 1981.

Sin embargo las manifestaciones de la enfermedad varían de un individuo a otro en la misma población conforme características personales, así como también la virulencia de la cepa viral responsable de la transmisión de la enfermedad; conforme la experiencia cubana en una población étnicamente heterogénea el cuadro clínico puede variar y asimismo las complicaciones; aún constituye la teoría de mayor aceptación la de amplificación de la respuesta inmune para explicar que el mayor número de casos de dengue hemorrágico se presenten en individuos que cursan infecciones por serotipos de dengue diferentes a los de previas infecciones.

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 sus países 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 comienzan a demandar respuestas mejor estructuradas del sistema de salud lo que incluye una mayor correspondencia entre los esquemas de manejo clínico de la enfermedad y las características de presentación propias del den-

que 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 última epidemia, que llegaron al país a apoyar el manejo de los pacientes con dengue, permitieron contrastar los diferentes esquemas de manejados en otros países y a la vez en el contexto de 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 acerca de la misma como la experiencia nacional de los últimos años recientes que ha mostrado ser útil y efectiva en el abordaje del dengue.
- 3.- Garantizar un manejo que permita disminuir la letalidad del dengue y el manejo oportuno de posibles complicaciones.
- 4.- Facilitar la capacitación de recursos institucionales involucrados en la prevención y manejo del dengue.

L- 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 laboratorial 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 de sangrado.

* Fuga capilar se evidencia por la presencia de Seroscitis (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 AT-1 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 (CES AMO 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 HEMORRAGICO (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, y otros síntomas variables, que pueden incluir manifestaciones hemorrágicas obvias o leves (como erupción petequial) 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 anticoagulante 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^o) 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 retroocular, erupción cutánea, leucopenia, presencia o no de 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), 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 autoriza **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 38.5°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 dengue*", anotando diariamente en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de señales de peligro.
- Hemograma completo cada día para valorar:
 - Seguimiento de plaquetas.

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

- Hemoconcentración: 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 los siguientes **signos de alarma:**
 - **Vómitos frecuentes**
 - **Dolor abdominal intenso y permanente**
 - **Distensión abdominal**
 - **Frialdad de extremidades**
 - **Persistencia de la fiebre o caída brusca de la temperatura**
 - **Respiración rápida o dolor en el pecho**
 - **Sangrados (de piel o mucosas)**
 - **Cansancio (derrame pleural)**
 - **Taquicardia**
 - **Somnolencia**
 - **Agitación**

DENGUE GRUPO B

1.- IDENTIFICACIÓN

Todo paciente con cualquiera de lo siguiente, pero sin signos de alarma:

- Caso febril con petequias u otro sangrado espontáneo (gingivorragia, epistaxis, metrorragia, vómitos con estrías sanguinolentas, melena u otro.).
- Caso febril con prueba de torniquete positivo (no se hace en pacientes con petequias).
- Trombocitopenia menor o igual de 100,000

2.- NIVEL DE ATENCIÓN

- **Unidad de Dengue**

3.- MANEJO

- **Hidratación oral:** Sales de hidratación oral (LITROSQL)
- 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.
- Únicamente se autoriza **Acetaminofén** (10-15 mg/kg de peso/dosis cada 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 según necesidad:**

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) y se maneja como el grupo D.

➤ Utilizar la "*Hoja de control diario de dengue* ", anotando en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de señales de peligro.

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

- Seguimiento de plaquetas
- 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 frecuentes
 - Dolor abdominal intenso y permanente
 - Distensión abdominal
 - Frialdad de extremidades
 - Persistencia de la fiebre o caída brusca de la temperatura
 - Respiración rápida o dolor en el pecho
 - Sangrados
 - Cansancio (derrame pleural)
 - Taquicardia
 - Somnolencia
 - Agitación
- Vigilancia estricta de signos de choque:
 - Taquicardia
 - Frialdad 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 exagerada
 - Cambios en el estado de conciencia

DENGUE GRUPO C

1. IDENTIFICACIÓN

Paciente con cuadro de dengue clásico más signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y sostenido
- Vómitos persistentes
- Descenso brusco de la temperatura
- Irritabilidad y/o somnolencia

NOTA: NO TIENEN QUE ESTAR PRESENTES TODOS LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS, CON UNO DE ESTOS SIGNOS 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 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 al día y depende de la edad del paciente y de la presencia de enfermedades intercurrentes (el mantenimiento debe hacerse según esquema de Holliday, ver esquema en anexos).

- **Dieta electiva:** la que el paciente tolere.
- Únicamente se autoriza **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 38.5 °C.
- **Realizar prueba de torniquete:** durante 3-5 minutos, no debe realizarse sin tener esfígmomanómetro.
- **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 dengue*", anotando en ella los signos vitales, los resultados de laboratorio y la presencia o no de señales de peligro.
- **Hemograma completo cada día para valorar:**

- Disminución de plaquetas
 - 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. Transfundir sangre completa 20 ml/kg/día en caso de no disponer de plaquetas.

- Hemograma de control si ameritó transfusión de hemoderivados.
- **Buscar signos de extravasación** (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 exagerada
 - Cambios en el estado de conciencia

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

DENGUE GRUPO D

1. IDENTIFICACIÓN

Paciente con cuadro de dengue clásico más 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 exagerada**
- **Cambios en el estado de conciencia**

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 RECAÍDA ES MÍNIMO.

2. NIVEL DE ATENCIÓN

- **Unidad de Dengue**
 - **Considerar Unidad de Cuidados Intensivos**

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
- En niños, iniciar con infusión Hartman a 20 cc/kg en bolos (máximo de 3 cargas), hasta que la PAM se mantenga en el mínimo esperado de acuerdo a la edad y sexo del paciente.
- En adultos, iniciar con infusión Hartman a chorro, hasta que la PAM se mantenga entre la mínima y la media 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 diagnóstico diferenciales como enfermedades concurrentes o complicaciones del dengue.

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

- Vigilar por dificultad respiratoria. Si es necesario aplicar oxígeno o utilizar ventilación mecánica.

➤ **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. Transfundir sangre completa 20 ml/kg/día en caso de no disponer de plaquetas.

- Hemograma de control si ameritó transfusión de hemoderivados.
- Buscar signos de extravasación (ascitis o hidrotórax) por ultrasonido, Rx, clínica o hemoconcentración.
- Rx de Tórax PA
- Únicamente se autoriza **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 38.5 °C.

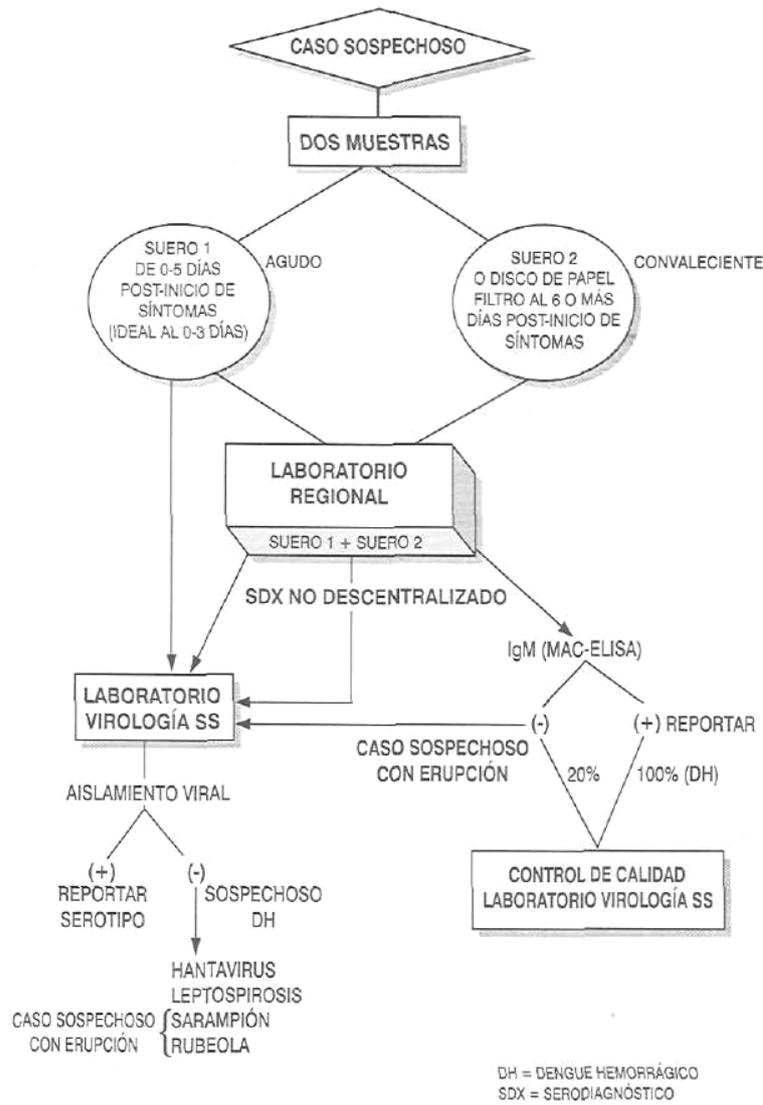
- **Presión Arterial y Signos vitales cada 15 minutos**
- y nota médica según necesidad. **Si la PAM** se mantiene entre la mínima y la media durante seis horas omitir Hartman, y continuar con hidratación oral. Vigilarlo por recaída del choque.
- Utilizar la "*hoja de control diario de dengue*",
- anotando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

**IDENTIFICARYTRATAROPORTUNAMENTE
EL CHOQUE, SERA DECISIVO PARA EL
PRONOSTICO DEL PACIENTE.**

ANEXOS

ANEXO 1

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



ANEXO 2

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE SOLICITUD DE EXAMEN



SECRETARÍA DE SALUD
DE HONDURAS

SOSPECHOSO DE DENGUE HEMORRÁGICO SI NO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA: _____

DIRECCIÓN EXACTA: LUGAR: _____ MUNICIPIO: _____

DEPARTAMENTO: _____ BARRIO O COLONIA: _____

CALLE Y/O AVENIDA: _____ CASA No.: _____ TEL: _____

HOSPITALIZADO EN: _____ SALA: _____ No. DE EXPEDIENTE: _____

DATOS CLÍNICOS: FECHA DEL PRIMER SÍNTOMA: _____ DÍAS DE EVOLUCIÓN: _____

FECHA DE TOMA DE MUESTRA Hora: _____ Día: _____

TIPO DE MUESTRA SUERO SANGRE EN DISCO

No.	SI	NO	NO SABE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			

PRUEBA DE LABORATORIO	FECHA: DÍA / MES / AÑO	FECHA: DÍA / MES / AÑO	FECHA: DÍA / MES / AÑO
HEC			
HEC			
HTO PLADUETAS			
HTO LEUCOCITOS			

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

PRUEBA DE TORNQUETE:

* POSITIVA

NEGATIVA

(* >20 petequias/pulg')

INFORMACIÓN SOBRE TOMA DE MUESTRAS
al momento primer contacto pte.

- 1ra. MUESTRA: SUERO SANGUÍNEO (ESTÉRIL)
EXAMEN: AISLAMIENTO DE VIRUS.
Primeros cinco días de inicio de síntomas.
- 2da. MUESTRA: SUERO O SANGRE EN PAPEL FILTRO
EXAMEN: Igm - ELISA
Tomarla cuando la primera muestra fue recolectada antes del sexto día de la fecha de inicio de los síntomas.
- EN CASO DE SOSPECHA DE DENGUE HEMORRÁGICO TOMAR OBLIGATORIAMENTE 2 MUESTRAS.

GRADO DENGUE HEMORRÁGICO I II III IV

CONDICIÓN DE EGRESO V M

Persona que remitió _____

Reg. Salud _____ Área _____

U.R.S. _____ Tel: _____

Enviar resultado a: _____

ENGRAPAR AQUÍ MUESTRA EN PAPEL FILTRO

TOMADO DE 6 O MÁS DÍAS DE INICIO DE LA ENFERMEDAD

REGISTRO No. _____

Fecha de Recibo: _____

Fecha de Prueba: _____

RESULTADOS DE LABORATORIO

PRIMERA PRUEBA	SEGUNDA PRUEBA
PRIMEROS 5 DÍAS DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS	DESPUÉS DEL 6da. DÍA DEL INICIO DE LOS SÍNTOMAS
<input type="radio"/> POSITIVO	<input type="radio"/> POSITIVO
<input type="radio"/> NEGATIVO	<input type="radio"/> NEGATIVO
<input type="radio"/> INDETERMINADO	

SEROTIPO: _____

ANEXO 3

Edad	Presión Arterial en Mujeres y Varones con Edades entre 1 semana y 18 años											
	Mujeres						Varone.					
	Presión Arterial Sistólica/Diastólica		Presión Arterial Media		Presión Arterial Sistólica/Diastólica		Presión Arterial Media		Presión Arterial Sistólica/Diastólica		Presión Arterial Media	
	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima
< 7 días	62.5/42.1	71.9/50.5	81.1/58.9	48.9	57.6	66.3	63.1/42.2	72.7/51.1	82.3/60.0	49.2	58.3	67.4
8-30 días	69.7/39.2	81.7/50.7	93.7/62.2	49.4	61.1	72.7	79.9/39.1	82.0/50.3	93.1/61.5	52.7	60.9	72.1
1-5 meses	79.8/38.9	92.0/49.5	104.2/90.1	52.5	63.7	74.8	81.1/36.6	93.0/47.8	105.9/59.0	51.1	62.9	74.6
6-11 meses	79.9/42.9	94.5/52.5	109.1/92.1	55.2	66.5	77.9	80.6/43.3	95.4/53.3	110.2/63.2	55.8	67.3	78.9
1 año	80.2/43.2	93.0/52.4	105.8/91.6	55.5	65.9	76.3	81.4/44.0	93.6/53.0	105.8/62.0	56.5	66.5	76.6
2 años	83.7/48.2	94.6/57.0	105.5/95.8	60.1	69.5	79.1	84.2/47.9	95.0/56.5	105.8/65.1	60.1	69.3	78.7
3 años	79.9/45.3	92.9/55.1	105.3/94.9	56.8	67.6	78.4	80.9/44.9	93.5/54.3	105.2/63.7	56.9	67.4	77.9
4 años	77.6/45.3	90.7/54.5	103.8/93.7	56.1	66.6	77.1	76.7/44.5	90.8/53.9	102.9/63.3	55.9	66.2	76.5
5 años	83.5/47.4	94.1/57.3	104.7/97.2	58.4	69.6	79.7	83.4/47.7	94.3/57.4	105.2/67.1	59.6	69.7	79.8
6 años	84.9/49.1	95.5/59.3	106.1/99.5	61.1	71.4	81.7	86.1/48.5	96.2/58.5	106.3/68.5	61.1	71.1	81.1
7 años	86.1/49.4	96.4/59.7	106.7/100.0	61.6	71.9	82.2	87.4/50.5	97.8/60.7	108.2/70.9	62.8	73.1	83.3
8 años	88.0/50.9	98.3/61.0	108.6/101.1	63.3	73.4	83.6	88.7/51.6	98.7/61.6	108.7/71.6	64.1	74.1	84.1
9 años	89.4/52.5	100.2/62.7	111.9/102.9	64.8	75.2	85.6	90.6/52.6	100.7/62.6	110.1/72.6	65.3	75.3	85.1
10 años	90.9/53.2	101.8/63.1	112.1/103.0	65.6	76.1	86.2	91.4/54.1	101.9/63.6	112.4/73.1	66.5	76.4	86.2
11 años	93.5/54.4	104.6/64.5	115.7/104.6	67.4	77.9	88.3	92.4/53.6	103.2/63.4	114.0/73.2	66.5	76.7	86.8
12 años	96.0/57.4	107.5/67.1	119.0/107.8	70.3	80.6	90.7	95.0/55.8	105.8/65.6	116.6/75.4	68.9	79.1	88.9
13 años	95.1/56.7	107.2/67.4	119.3/108.1	69.5	80.7	91.8	95.2/54.7	107.8/65.5	120.4/76.3	68.2	79.6	91.1
14 años	96.0/57.0	107.8/67.6	119.5/108.2	70.1	81.1	92.1	97.2/55.3	110.1/66.2	123.0/77.1	69.3	80.6	92.4
15 años	96.1/56.0	107.5/66.2	118.9/107.4	69.4	80.1	90.6	100.5/55.2	113.0/66.2	125.5/77.2	70.3	81.8	93.3
16 años	97.9/56.3	109.1/67.0	120.3/107.7	70.2	81.1	91.9	102.4/56.3	114.7/67.4	127.0/78.5	71.7	83.2	94.7
17 años	98.8/57.5	109.9/67.6	121.0/107.7	71.3	81.7	92.1	105.4/59.8	117.6/70.2	129.8/80.6	75.1	86.1	97.1
18 años	99.1/57.0	110.0/67.4	120.9/107.8	71.1	81.6	92.2	108.3/61.8	118.7/71.9	131.1/82.0	76.6	87.6	98.4
Horan M.J, Bonita E, Klimm SYS et al. Report on the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children.- 1987. Pediatrics 1987;79:1-25.												
Rogers M.C, Nichols DG, ed. Textbook of Pediatric Intensive Care. 3th, ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996.												
Presión Arterial Media = (Presión Diastólica) + (Presión Sistólica - Presión Diastólica) / 3 ó PAM = PD + (PP/3)												
PAM = (PS--2XPD)/3												

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							
DOLOR ABDOMINAL							
DIARREA							
TOS							
RINORREA							
OTROS							

ANEXO 5

TABLA DE HOLIDAY-SEGAR

Necesidades de líquidos de sosten y electrolitos

Por cada Kilogramo en el rango	Agregar al requerimiento diario
2.5 - 10 Kg.	100 cc.
11 - 20 Kg.	50 cc.
> 20 Kg.	20 cc.

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

