

DENGUE MANEJO DE CASOS (OMS)

S
I
N
T
O
M
A
T
O
L
O
G
Í
A

Diagnóstico presuntivo

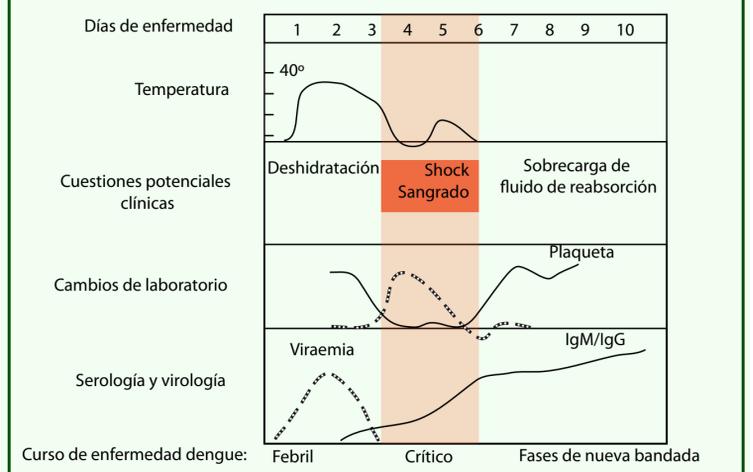
Vive en ó ha viajado a áreas endémicas de dengue más Fiebre y dos de los siguientes:

- Anorexia y nausea.
- Rash.
- Malestar general y dolor (cabeza, huesos, músculos).
- Signos de alarma.
- Leucopenia.
- Prueba de torniquete positiva.

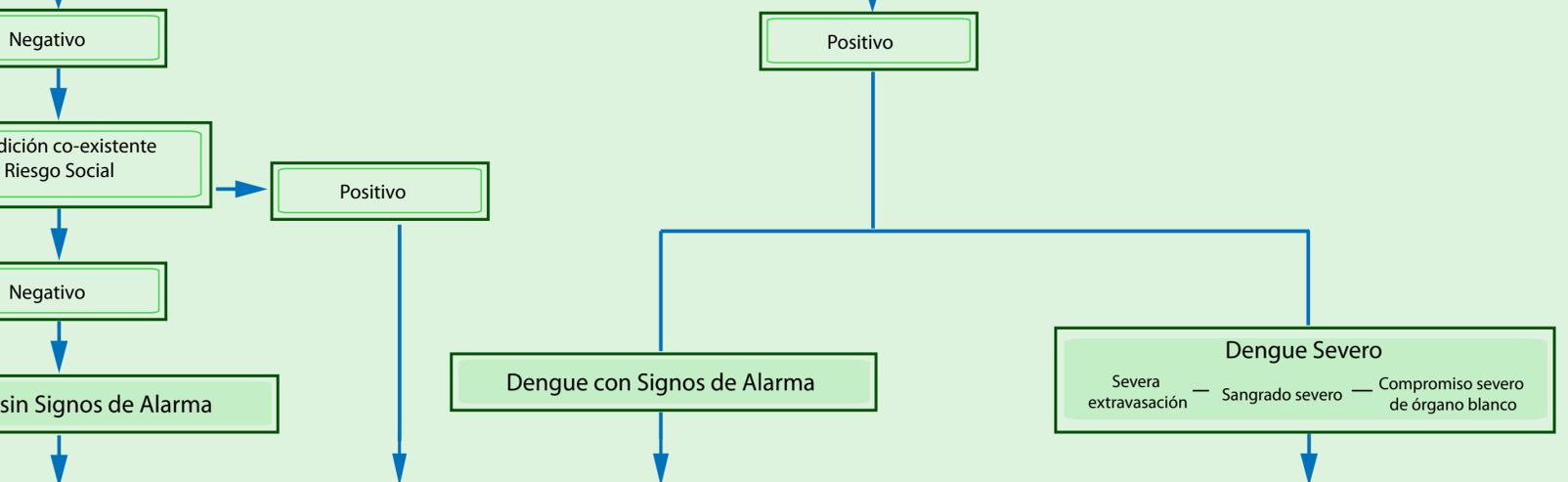
Dengue confirmado por laboratorio (Importante cuando no hay signos de fuga de plasma.)

Signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y persistente..
- Vómitos persistentes.
- Edemas y/o derrames pleural o abdominal.
- Sangrado gingival y/o vaginal.
- Letargia o inquietud.
- Crecimiento del hígado > de 2cm.
- Laboratorio: Incremento del Hematocrito y simultánea disminución de plaquetas.



C
L
A
S
I
F
I
C
A
C
I
O
N



M
A
N
E
J
O

GRUPO A Puede manejarse en hogar	GRUPO B Referir para cuidados hospitalarios	GRUPO C Requiere tratamiento de urgencia
<p>Criterios de grupo</p> <p>Paciente sin signos de alarma y</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toleran adecuados volúmenes de líquidos por vía oral. • Ha orinado en las últimas seis horas. 	<p>Criterios de grupo</p> <p>Paciente con uno o más de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones co-existentes ej.: Embarazo, menores de 1 año, personas mayores de 60 años, diabetes mellitus. • Riesgo Social: vivir solo, difícil acceso al hospital, pobreza extrema. <p>Ó</p> <p>Presencia de uno o más signos de alarma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso o mantenido. • Vómitos persistentes. • Acumulación de líquidos por clínica. • Sangrado de mucosas. • Letargia o inquietud. • Aumento de hígado >2cm. • Laboratorio: Aumento de Hematocrito. 	<p>Criterios de grupo</p> <p>Paciente con uno o más de los siguientes hallazgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Importante fuga de plasma con shock hⁱ povelémico. • Acumulación de líquidos con falla respiratoria. • Sangrado severo. • Daño importante de órgano blanco (hígado, riñón, cerebro, corazón).
<p>Pruebas de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo (Hematocrito, plaquetas y leucocitos) 	<p>Pruebas de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo. (Hematocrito, plaquetas y leucocitos). 	<p>Pruebas de Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma completo. (Hematocrito, plaquetas y leucocitos) • Otras pruebas (de acuerdo al órgano afectado)
<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposo relativo en cama. • Adecuada ingesta de líquidos. • Suero Oral. • Paracetamol (Acetaminofén): Adultos: 500 mg/dosis c/6h. (Máximo 4gr. al día). Niños: 10-15 mg/kg/dosis c/6h. • Pacientes con Hematocrito estable pueden continuar manejo en el hogar. 	<p>Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehidratación vía oral. • Si no es tolerada, iniciar terapia IV con cristaloides: SSN 0,9% o Lactato de Ringer a dosis de mantenimiento. • Obtenga un Hematocrito antes de iniciar líquidos. • Administrar SSN 0,9% o Lactato de Ringer: Iniciar a 5-7ml/kg/h por 1-2 horas, si mejoran parámetros clínicos reducir a 3-5ml/kg/h por 2-4h, y si mejoran parámetros clínicos reducir a 2-3ml/kg/h o menos de acuerdo a la respuesta clínica. • Reevalúe el estado clínico del paciente y repita el Hematocrito • Si el Hematocrito es igual o hay un aumento mínimo continuar con 2-3 ml/kg/h por otras 2-4 horas. • Si hay deterioro de signos vitales o incremento rápido del Hematocrito. Aumente la velocidad a 5-10ml/kg/h por 1-2 horas. • Reevalúe el estado clínico, repita Hematocrito y revise la velocidad de infusión de líquidos. • Reduzca la velocidad de líquidos gradualmente cuando el volumen de fuga de plasma disminuya o ha finalizado la fase crítica. • Estas indicaciones tienen por objetivo: • Mantener el volumen plasmático y la frecuencia urinaria. 	<p>Tratamiento de Shock compensado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar con una solución isotónica de cristaloides IV a 5-10ml/kg/h infundir en 1 hora, reevaluar condición de paciente. • Si el paciente mejora: • Disminuir gradualmente a 5-7ml/kg/h por 1-2h, luego a 3-5ml/kg/h por 2-4h, luego a 2-3 ml/kg/h por 2-4h y continuar reduciendo de acuerdo al estado hemodinámico. (Tensión arterial, frecuencia cardíaca, diuresis, llenado capilar) • Los líquidos IV pueden ser requeridos por 24 a 48 horas. • Si el paciente continúa inestable: • Tome un Hematocrito después del primer bolo. • Si el Hematocrito aumenta: Permanece alto (>50%), repita un segundo bolo de cristaloides a 10-20ml/kg/h por 1h. • Si mejora después del segundo bolo reduzca la infusión a 7-10ml/kg/h por 1-2h, continúe reduciendo como se señaló anteriormente. • Si el paciente no mejora y además el Hematocrito disminuye: Ésto indica sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir sangre fresca lo antes posible. <p>Tratamiento del shock hipotensivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar resucitación IV con cristaloides o coloide a 20ml/kg en 15 min. • Si el paciente mejora: • Administre cristaloides o coloide de 10ml/kg/h por 1h, y reduzca gradualmente como se indicó antes. • Si el paciente continúa inestable: • Revise el Hematocrito tomado antes del primer bolo. • Si el Hematocrito está bajo: (<40% en niños y mujeres adultas, <45% en hombres adultos) ésto indica sangrado, y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir lo antes posible (mirar arriba) • Si el Hematocrito continúa alto comparado con el de base cambie la solución intravenosa a coloide a 10-20ml/kg infundir como un segundo bolo en 30 a 60 min. Reevalúe después del segundo bolo. • Si mejoró: reduzca la velocidad de infusión a 7-10ml/kg/h por 1-2 horas, luego cambiar a cristaloides y reduzca velocidad como se mencionó antes. • Si el paciente sigue inestable repita el Hematocrito después del segundo bolo • Si el Hematocrito disminuye significa sangrado, (mirar arriba) • Si el Hematocrito aumenta o permanece alto (>50%), continúe con coloide a 10-20ml/kg como tercer bolo en 1 hora luego reducir a 7-10ml/kg/h por 1-2h, cambie a cristaloides y continúe reduciendo (mirar arriba) <p>Tratamiento de Hemorragias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar 5-10ml/kg de glóbulos rojos empacados o 10-20ml/kg de sangre fresca total.
<p>Monitoreo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control diario para evaluar progresión de enfermedad: - Disminución de leucocitos, plaquetas y Hematocrito. - Descenso de la temperatura. - Signos de alarma (Hasta que esté fuera del periodo crítico) • Instruir a los pacientes y responsables a regresar urgentemente al hospital si uno o más de los signos de alarma se presentan o hay defervescencia de fiebre. 	<p>Monitoreo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura. • Ingresos y pérdidas de líquidos. • Gasto urinario • Signos de alarma • Htc, plaquetas y leucocitos 	<p>Monitoreo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales y perfusión periférica (Cada 1-4 horas hasta que el paciente salga de la fase crítica). • Gasto urinario (4-6 horas). • Hematocrito (Antes o después de la reanimación, luego cada 6-12 horas). • Glicemia. • Otras: Pruebas de función de órgano. (renal, hepática, coagulación son indicadas).

Criterio de alta
Todos los siguientes deben estar presentes

- Ausencia de fiebre por 48h.
- Mejoría del estado clínico

- Incremento del conteo de plaquetas
- Ningún síntoma de dificultad respiratoria

- Hematocrito estable sin líquidos intravenosos