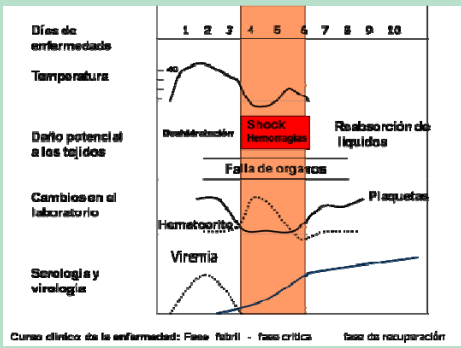
Dengue manejo de casos

Sintomatología

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
- 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 o mantenido
- Vómitos persistentes
- Acumulación de líquidos por clínica
- Sangrado de mucosas
- Letárgia o inquietud
- Crecimiento del hígado > de 2cm
- Laboratorio: incremento del Hematocrito Concomitantemente con rápida disminución del conteo de plaquetas



Clasificación

negativo → Condicion co-existente Riesgo Social → positivo / negativo

negativo → **Dengue sin signos de alarma**

positivo → **Dengue con signos de alarma** / **Dengue severo**

Manejo

Grupo A
Puede manejarse en hogar

Criterios de grupo
Paciente sin signos de alarma
y
- Toleran adecuados volúmenes de líquidos por vía oral
- Ha orinado en la últimas seis horas

Pruebas de Laboratorio
- Hemograma completo (Hematocrito, plaquetas y leucocitos)

Tratamiento
- Reposo relativo en cama
- Adecuada ingesta de líquidos
- Suero Oral
- Paracetamol:
  Adultos: 500 mg/dosis (DMD: 4g)
  Niños: 10 -15 mg/kg/día c/6h

Pacientes con Hematocrito. estable pueden continuar
manejo en el hogar.

Monitoreo
- Control diario para evaluar progresión de enfermedad:
  - Disminución de leucocitos
  - Defervescencia
  - Signos de alarma (hasta que este fuera del período crítico)
- Instruir a los pacientes y responsables a regresar urgentemente al hospital si uno o más de los signos de alarma se presentan

Grupo B
Referir para cuidados hospitalarios

Criterios de grupo
Paciente con uno o más de los siguientes hallazgos:
- Condiciones co-exitentes ej.: embarazo, lactantes, personas mayores, Diabetes mellitus
- Riesgo Social: vivir solo, difícil acceso al hospital, pobreza extrema

Ö
Presencia de uno o más signos de alarma:
- Dolor abdominal intense o mantenido
- Vómitos persistentes
- Acumulación de líquidos por clínica
- Sangrado de mucosas
- Letárgia o inquietud
- Aumento de hígado >2cm
- Laboratorio: aumento de Hematocrito.

Pruebas de Laboratorio
- Hemograma completo (Hematocrito, plaquetas y leucocitos)

Tratamiento
- Mantener vía oral con suero oral
- Si no es tolerada, iniciar terapia IV con cristaloides: SSN 0.9% , o Lactato de Ringer a dosis de mantenimiento

Tratamiento
- Obtenga un Hematocrito antes de iniciar líquidos
- Administrar SSN 0,9% o Lactato de Ringer: iniciar a 5-7 ml/kg/h por 1-2 horas, luego reducir a 3-5 ml/kg/h por 2-4 h, y luego reducir a 2-3 ml/kg/h o menos de acuerdo a la respuesta clínica

Reevalué el estado clínico del paciente y repita el Hematocrito
- Si el Hematocrito es igual o hay una 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 5-10 ml/kg/h por 1-2 horas

Reevalué 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 tiene por objetivo:
- Gasto urinario adecuado
- Disminución del Hematocrito por abajo del valor de base en un paciente estable

Monitoreo
- Temperatura
- Ingresos y pérdidas de líquidos
- Gasto urinario
- Signos de alarma
- Htc, plaquetas y leucocitos

Monitoreo
- Signos vitales y perfusión periférica(1-4 horas después de finalizada la fase crítica)
- Gasto urinario(4-6 horas)
- Hematocrito (Antes u después de la reanimación, luego cada 6-12 horas)
- Glicemia
- Otras: en función de daño de órgano (renal, hepática, coagulación son indicadas)

Grupo C
Require tratamiento de urguencia

Criterios de Grupo
Paciente con uno o más de los siguientes hallazgos:
- Importante fuga de plasma con shock
- Acumulación de líquidos con distress respiratorio
- Sangrado severo
- Daño importante de órgano

Pruebas de Laboratorio
- Hemograma completo (Hematocrito, plaquetas y leucocitos)
- Otras pruebas de acuerdo al órgano afectado)

Tratamiento de Shock compensado:
- Iniciar con una solución isotónica de cristaloides IV a 5-10 ml/kg/h infundir en 1 hora, reevaluar condición de paciente

Si el paciente mejora:
- Disminuir gradualmente a 5-7 ml/kg/h por 1-2 h, luego a 3-5 ml/kg/h por 2-4 h, luego a 2-3 ml/kg/h por 2-4 h y continuar reduciendo de acuerdo al estado hemodinámico. Los líquidos IV pueden ser requeridos por 24 a 48 horas

Si el paciente continua inestable:
- Tome un nuevo Hematocrito. después del primer bolo.
- **Si el Hematocrito aumenta/** permanece alto(>50%), repita un segundo bolo de cristaloide a 10-20 ml/kg/h por 1 h.
- Si mejora después del segundo bolo reduzca la infusión a 7-10 ml/kg/h por 1-2 h, continúe reduciendo como se señalo anteriormente.
- **Si el Hematocrito disminuye** esto indica sangrado y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir sangre fresca lo antes posible**.**

Tratamiento del shock hipotensivo
- Iniciar resucitación IV con cristaloide o coloide a 20 ml/kg en 15 min.

Si el paciente mejora
- Administre cristaloide o coloide a 10 ml/kg/h por 1 h, y reduzca gradualmente como se indico antes.

Si el paciente continua inestable
- Revise el Hematocrito tomado antes del primer bolo
- **Si el Hematocrito esta bajo** (<40% en niños y mujeres adultas, < 45% en hombres adultos) esto indica sangrado, y la necesidad urgente de tomar una prueba cruzada y transfundir lo antes posible (mirar arriba)
- **Si el Hematocrito continua alto comparado con el de base cambie la solución intravenosa a coloide** a 10-20 ml/kg infundir como un Segundo bolo en 30 a 60 min. Reevalué después del Segundo bolo
- **Si mejoro** reduzca la velocidad de infusión a 7-10 ml/kg/h por 1-2 horas, luego cambiar a cristaloides y reduzca velocidad como se menciono antes.
- Si el paciente sigue inestable repita el Hematocrito. después del 2do. bolo
- **Si el Hematocrito. disminuye significa sangrado, (mirar arriba)**
- **Si el Hematocrito aumenta o permanece alto** (> 50%),continúe con coloides a 10-20 ml/kg como 3er. Bolo en una 1 hora luego reducir a 7-10 ml/kg /h por 1-2 h, cambie a cristaloide y continúe reduciendo(mirar arriba)

Tratamiento de hemorragias
- Iniciar 5-10 ml/kg de glóbulos rojos empacados o 10-20 ml/kg de sangre fresco.

Criterio de alta
Todos los siguientes deben estar presentes
- **Ausencia de fiebre por 48 h.**
- **Mejoría del estado clínico**
- **Incremento del conteo de plaquetas**
- **Ausencia de distress respiratorio**
- **Hematocrito estable sin líquidos intravenosos**