



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA

SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DEL DENGUE

SANTO DOMINGO
REPÚBLICA DOMINICANA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA EL MANEJO DEL DENGUE

República Dominicana
Octubre, 2023



® **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**

Título original: Protocolo de Atención para el Manejo del Dengue (actualización)

Coordinación técnica editorial:

Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Formato gráfico:

Emmanuel Trinidad, Dirección de Normas, Guías y Protocolos MISPAS

eISBN: 978-9945-644-37-1

2da edición: octubre, 2023 (actualización)

1era edición: febrero, 2017

Copyright © Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La mencionada institución autoriza la utilización y reproducción de este documento para actividades académicas y sin fines de lucro. Su contenido es el resultado de las consultas realizadas con los expertos de las áreas y las sociedades especializadas involucradas, tras el análisis de las necesidades existentes en torno al tema en el Sistema Nacional de Salud, a través de la coordinación técnica y metodológica de la Dirección de Normas, Guías y Protocolos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.



AUTORIDADES

Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. José Antonio Matos Pérez
Viceministro de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud

Dr. Eladio Radhamés Pérez Antonio
Viceministro de Salud Colectiva

Lcdo. Miguel Antonio Rodríguez Viñas
Viceministro de Fortalecimiento y Desarrollo del Sector Salud

Lcda. Raysa Bello Arias de Peña
Viceministro de Asistencia Social

Dr. Fernando José Ureña González
Viceministro de Salud Pública y Asistencia Social

EQUIPO RESPONSABLE

Dra. Yocastia de Jesús Arambales. Directora del Viceministerio de Salud Colectiva
Dra. Altagracia Milagros Peña González. Directora de Normas, Guías y Protocolos
Lcda. Yessica Rondón Díaz. Encargada de Documentos Técnicos Sanitarios

EQUIPO ELABORADOR

Dr. José Brea Del Castillo
Dr. Clemente Terrero
Dr. Edgar Allan Vargas M
Dra. Rita Alexandra Rojas Fermín
Dra. Carmen Adames
Dr. Julio Elías Cabrera Pérez
Dr. Iván Peñafiel
Dra. Claudia Arias
Dr. Hans Salas Maronsky

EQUIPO DE ACTUALIZACIÓN

SOCIEDAD DOMINICANA DE INFECTOLOGÍA

Dra. Rosa Abreu. Infectólogo Pediatra. Presidenta
Dr. Carlos Rodríguez. Infectólogo Internista
Dr. Eduardo de la Cruz. Infectólogo Pediatra
Dr. José Díaz. Infectólogo Pediatra
Dr. Yoel García. Infectólogo Internista
Dra. Carmen Mota. Infectóloga Pediatra
Dra. Carmen Sarah Mota. Infectóloga Pediatra
Dra. Elaine Pozo. Infectóloga Pediatra
Dra. Genara Santana. Infectóloga Pediatra
Dra. Jissel Salvador. Intensivista Pediatra
Dra. Johana Espíritu. Infectóloga Pediatra
Dra. Madelin Reynoso. Infectóloga Pediatra
Dra. Marlene Cosme. Infectóloga Internista
Dra. Rita Rojas. Infectóloga Internista

Dra. Vicenta Sánchez. Infectóloga Pediatra

Dra. Virgen Gómez Alba. Infectóloga Pediatra

Dra. Yori Roque. Infectóloga Internista

SOCIEDAD DOMINICANA DE PEDIATRÍA

Dra. Rosa Acevedo. Pediatra Nutrióloga Clínica. Presidenta

Dra. Luz Herrera. Pediatra

ASESORÍA JURÍDICA, METODOLÓGICA Y SANITARIA

Dirección de Normas, Guías y Protocolos

Lcda. Anel Payero González. Coordinadora técnico legal

Dra. Ibsen Veloz Suarez. Encargada de reglamentación sanitaria

Dra. Delia Naís Castillo. Analista de documentación sanitaria

Lcda. Dayanara Lara Vittini. Analista de documentación sanitaria

SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Resolución núm. 0023-2023.

Que aprueba y pone en vigencia los documentos normativos y técnicos sanitarios para diversos eventos clínicos.

El **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS)**, Institución Estatal organizada de acuerdo con la Ley Orgánica de la Administración Pública Núm. 247-12, G.O.Núm.10691, del catorce (14) de agosto del año dos mil doce (2012) y la ley General de Salud Núm. 42-01, de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001), debidamente provista de su Registro Nacional de Contribuyente (RNC) Núm. 401007398, con domicilio y asiento social principal en la avenida Héctor Homero Hernández Vargas, esquina Avenida Tiradentes, Ensanche la Fe, debidamente representado por el Ministro **Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes**, dominicano, mayor de edad, casado, titular de la cédula de identidad y electoral Núm. 031-0096377-0, médico de profesión, con domicilio y residencia en la ciudad de Santiago de los Caballeros, ciudad de la República Dominicana.

Considerando (1): Que la Constitución de la República, dispone que: "El estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales".

Considerando (2): Que la salud es un bien de orden público y de interés social, un factor básico para el desarrollo de la persona, que constituye un derecho humano e inalienable que debe ser promovido y satisfecho por el Estado, en base a los principios y estrategias de universalidad, equidad, solaridad, eficiencia y eficacia.

Considerando (3): Que el Estado debe garantizar el derecho a la salud integral de la persona, cuya protección sera mediante la inclusión de medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades.

Considerando (4): Que los ministros podrán dictar disposiciones y reglamentaciones de carácter interno sobre los servicios a su cargo, siempre que no colidan con la Constitución, las leyes, los reglamentos o las instituciones del Poder Ejecutivo.

Considerando (5): Que la Ley General de Salud Núm. 42-01, así como la Ley del Sistema Dominicano de Seguridad Social Núm. 87-01 y sus reglamentos, establecen con claridad que la Garantía de la Calidad es un componente básico de la función de




GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Rectoría del Sistema Nacional de Salud, atribución que queda a cargo de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Considerando (6): Que, desde el ejercicio de la función rectora, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, debe establecer las directrices que orienten el desarrollo de intervenciones que garanticen la calidad en salud en el Sistema Nacional de Salud de la República Dominicana, a través de la mejora continua y la satisfacción de las necesidades y requerimientos de la población, impactando positivamente en el perfil salud-enfermedad.

Considerando (7): Que una de la función del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como rector del Sistema Nacional de Salud, establecida por la Ley General de Salud Núm. 42-21, en la letra g del artículo 14, es la de "formular todas las medidas, normas y procedimientos que, conforme a las leyes, reglamentos y demás disposiciones competen al ejercicio de sus funciones y tiendan a la protección de la salud de los habitantes".

Considerando (8): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de la conducción de las políticas públicas en materia de salud, ha contemplado desde hace varios años en su agenda de prioridades, la incorporación de toda una serie de disposiciones y lineamientos orientados a insertar el tema de la calidad en la atención como eje fundamental del quehacer diario de los servicios de salud, y que dichas políticas son parte de los instrumentos mediante los cuales el órgano rector promueve y garantiza la conducción estratégica del Sistema Nacional de Salud, asegurando los mejores resultados y el impacto adecuado en la salud de la población.

Considerando (9): Que, es imprescindible que las distintas iniciativas de calidad en salud, realizadas a nivel institucional y sectorial, promovidas por las instituciones públicas centrales y locales, desarrolladas con la participación y en consulta con la sociedad civil, guarden la necesaria coherencia con los instrumentos del Sistema Nacional de Salud, funcionando de manera articulada, con la finalidad de elevar la eficacia de las intervenciones colectivas e individuales.

Considerando (10): Que la regulación es un proceso permanente de formulación y actualización de normas, así como de su aplicación por la vía del control y la evaluación de la estructura, de los procesos y de sus resultados, en áreas de importancia estratégica, como políticas, planes programas servicios, calidad de la atención, economía, financiamiento e inversiones en salud, así como desarrollo de la investigación científica y de los recursos humanos y tecnológicos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

Considerando (11): Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido como una prioridad del Sistema Nacional de Salud, fomentar la calidad en los productos y servicios que impactan en la salud de la población.

Considerando (12): Que, la implantación y apego a reglamentos, guías y protocolos de atención influye de manera directa en la calidad de la atención de los servicios.

VISTA: La Constitución de la República Dominicana, de fecha trece (13) del mes de junio del año dos mil quince (2015).

VISTA: La Ley Orgánica de la Administración Pública, No.247-12 de fecha catorce (14) del mes de agosto del año dos mil doce (2012).

VISTA: La Ley General de Salud, Núm. 42-01 de fecha ocho (8) de marzo del año dos mil uno (2001).

VISTA: La Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social, Núm. 87-01, de fecha ocho (8) del mes de mayo del año dos mil uno (2001) y sus reglamentos de aplicación.

VISTA: La Ley de la Estrategia Nacional de Desarrollo, Núm. 1 -12 de fecha veinticinco (25) del mes de enero del año dos mil doce (2012).

VISTA: La Ley del Sistema Dominicano para la Calidad, Núm. 166-12 de fecha diecinueve (19) del mes de junio del año dos mil doce (2012).

VISTA: La Ley que crea el Sistema Nacional de Salud, Núm. 123-15 de fecha dieciséis (16) del mes de julio del año dos mil quince (2015).

VISTO: El Decreto que establece el que establece el Reglamento General de Centros Especializados de Atención en Salud de las Redes Públicas Núm. 434-07, de fecha dieciocho (18) del mes de agosto del año dos mil siete (2007).

En el ejercicio de las atribuciones que me confiere la Ley General de Salud Núm. 42-01, dicto la siguiente:

Resolución

PRIMERO: Se instruye con carácter de obligatoriedad a todos los servicios y establecimientos de salud públicos, privados, patronatos y ONG a acatar el uso de Reglamentos, Guías de Práctica Clínica y Protocolos de Atención, para los

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

principales eventos en el proceso asistencial, como herramientas operativas fundamentales para mejoría continua de la calidad de los servicios prestados.

SEGUNDO: Se ordena la puesta en vigencia los siguientes documentos normativos y técnicos sanitarios:

1. Directrices Operacionales para la Implementación y Gestión de la Red de Colaboradores Comunitarios para la Eliminación de la Malaria
2. Guía de Diagnóstico y Tratamiento en VIH/SIDA Pediátrico (Actualización)
3. Guías Alimentarias Basadas en Sistemas Alimentarios con Enfoque en Curso de Vida. Manual General
4. Informe de Estimaciones y Proyecciones de Prevalencia de VIH y Carga de Enfermedad, 2021
5. Lineamientos "SalSa"
6. Manual de Procedimientos para el Abordaje Clínico y Programático de la Tuberculosis
7. Manual de Procedimientos para la Administración del Tratamiento Preventivo para Tuberculosis (TPT)
8. Manual para búsqueda activa de casos de Tuberculosis Énfasis en Población Clave y Grupos de Riesgo
9. Perfil de Salud Infantil 2010-2018
10. Plan Estratégico Nacional de Cáncer Infantil, 2023-2030
11. Plan Nacional Intersectorial de Actividad Física, 2023-2030
12. Protocolo de Atención para el Manejo del Dengue (actualización)
13. Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento de Hemofilia y Otros Trastornos Congénitos de Coagulación
14. Protocolo de Evaluación, Detección y Atención Temprana de las Alteraciones en el Crecimiento y Desarrollo en los Niños y Niñas de 0 a 5 Años
15. Protocolo de Manejo y Tratamiento de Leucemia Mieloide Crónica (LMC)
16. Protocolo para el Manejo de Leucemia Linfocítica Crónica
17. Protocolo para la Detección y Atención de la Hipoacusia Neurosensorial en Población Infantil y Adulta
18. XVIII Encuesta Serológica de Vigilancia Centinela de VIH de Segunda Generación en Embarazadas 2020-2021. Informe Final

TERCERO: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el uso de los Reglamentos Técnicos, las Guías de Práctica Clínica y los Protocolos de Atención dentro del Sistema Nacional de Salud, correspondiendo a las Direcciones Regionales de Salud la incorporación de los mismos a los sistemas de aseguramiento de la calidad de la atención de los centros de salud ubicados en sus respectivas jurisdicciones y a las Direcciones Provinciales y de Áreas de


GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DOMINICANA
SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

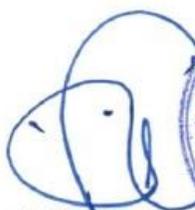
Salud, en tanto a los representantes locales de la rectoría, las funciones de supervisión y monitoreo del proceso de implementación y cumplimiento.

CUARTO: Se instruye al Viceministerio de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud, a crear los mecanismos para dar seguimiento a la aplicación y cumplimiento de la presente resolución.

QUINTO: Se instruye remitir copia íntegra de la presente resolución, para fines de cumplimiento y ejecución, de los documentos puestos en vigencia en la presente a los siguientes: Superintendencia de Salud y Riesgos laborales (SISALRIL), Aseguradoras de Riesgo de Salud (ARS), Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), Asociación Nacional de Clínicas y Hospitales Privados (ANDECLIP), Servicio Nacional de Salud (SNS) y demás prestadores privados y ONGs.

SEXTO: Se instruye a la Oficina de Acceso a la Información publicar en el portal web institucional el contenido de la presente resolución.

En la ciudad de Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, capital de la República Dominicana, a los once (11) días del mes de diciembre del año dos mil veintitrés (2023).




Dr. Daniel Enrique De Jesús Rivera Reyes
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

CONTENIDO

Contenido

0.	SIGLAS Y ACRÓNIMOS	14
1.	INTRODUCCIÓN	16
2.	OBJETIVOS	17
2.1	Objetivo General.....	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3.	EVIDENCIAS CIENTÍFICAS	17
4.	USUARIOS DEL PROTOCOLO	17
5.	POBLACIÓN DIANA	17
6.	DEFINICION	18
7.	CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10	18
8.	HISTORIA CLINICA	18
8.1	FASES DE ENFERMEDAD.....	18
8.1.1	FASE FEBRIL.....	18
8.1.2	FASE CRITICA	18
8.1.3	FASE DE RECUPERACIÓN.....	19
8.2	CLASIFICACIÓN DEL DENGUE SEGÚN LA GRAVEDAD.....	19
9.	MEDIOS DIAGNÓSTICOS	22
9.1	PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS.....	24
9.2	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	25
10.	MANEJO DEL PACIENTE.....	26
11.	TRATAMIENTO	26
11.1	TRATAMIENTO SEGÚN GRUPO (A, B1, B2 y C)	27
11.2	TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS.....	40
11.3	TRATAMIENTO DE LA SOBRECARGA DE VOLUMEN.....	41
12.	SITUACIONES ESPECIALES	42
12.1	DENGUE Y EL EMBARAZO.....	42
12.2	RECIÉN NACIDO, LACTANTE CON DENGUE	44
12.3	DENGUE DEL ADULTO MAYOR.....	45
12.4	INFECCIONES ASOCIADAS	45
12.5	DENGUE E HIPERTENSIÓN ARTERIAL	46
12.6	DENGUE Y DIABETES MELLITUS	46
12.7	DENGUE E INSUFICIENCIA RENAL	46

12.8	DENGUE Y ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES Y ADMINISTRACIÓN DE ANTICOAGULANTES	47
13.	CRITERIOS DE INGRESO.....	47
14.	CRITERIOS DE EGRESO	47
14.1	CLINICOS.....	47
14.2	LABORATORIO.....	47
15.	ORIENTACIONES AL PACIENTE Y FAMILIARES	48
16.	INDICADORES.....	49
17.	BIBLIOGRAFÍA.....	50
18.	ANEXOS.....	52

0. SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AINE	Medicamentos Antiinflamatorios No Esteroideos
ALT	Alanino Amino Transferasa
AST	Aspartato Amino Transferasa
DCSA	Dengue Con Signos de Alarma
DEET	N, N-Dietil-Meta-Toluamida
DG	Dengue Grave
DSSA	Dengue Sin Signos de Alarma
HELLP	hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAM	Presión Arterial Media
R3535	Etil Butilacetilaminopropionato
RT-PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa
SE	Semana Epidemiológica
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SNC	Sistema Nerviosos Central

ACTUALIZACIÓN

En el interés de la incorporación de los acápite de alcance, población diana, usuarios de la guía, actualización de la epidemiología, además de algunos aspectos relacionados con el manejo recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que actualmente aplican al contexto de Dengue en República Dominicana, se decidió actualizar el Protocolo de Atención de Manejo de Dengue, del Ministerio de Salud de Pública de la República Dominicana del año 2017. Las evidencias utilizadas para actualizar recomendaciones específicas y datos epidemiológicos han sido revisadas de acuerdo a la bibliografía más reciente. Entre los puntos actualizados se encuentran los siguientes:

Puntos actualizados:

Objetivos, evidencias científicas, usuarios del protocolo, definición, clasificación de gravedad del dengue, diagnóstico diferencial, tratamiento y manejo de pacientes (uso de Metamizol), criterios de egreso, orientación a pacientes y familiares.

Puntos incluidos:

Tabla de complicaciones clínicas, algoritmos de manejo según clasificación de gravedad de dengue, criterios de ingreso, indicadores, algoritmos de diagnóstico.

Puntos excluidos:

Referencia de pacientes de dengue, vigilancia epidemiológica.

METODOLOGIA DE ACTUALIZACIÓN

El documento es una actualización del “Protocolo de Atención para el Manejo de Dengue” del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la República Dominicana del año 2017. Considera recomendaciones de las Directrices actualizadas de la Organización Panamericana de la Salud, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y Guías de Práctica Clínica Internacionales. Para su identificación, se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos: digepi.gob, Repositorio del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, cdc.gov/dengue/es, aeped.es, ema.europa.eu/en, sciencedirect.com, entre otras. Además de los aportes de las sociedades médicas que participaron en la revisión de la actualización del presente documento, Sociedad Dominicana de Pediatría y la Sociedad Dominicana de Infectología. Tras esta búsqueda se seleccionaron y analizaron las directrices y pautas actualizadas por la Organización Mundial de la Salud. El trabajo realizado fue asesorado por expertos temáticos y metodológicos, en cuatro reuniones presenciales y cuatro reuniones virtuales, llegando al consenso publicado.

1. INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad causada por un arbovirus, del cual existen cuatro serotipos relacionados (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4) y es la virosis humana transmitida por artrópodos más importante. Constituye un problema de salud mundial. Se caracteriza por fiebre de inicio brusco, que se acompaña de dos o más de las siguientes manifestaciones: náuseas, vómitos, exantema, petequias, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias y leucopenia. ⁽¹⁾

Este cuadro puede evolucionar y presentarse con signos de alarma tales como: dolor abdominal intenso y continuo, vómitos persistentes, acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural o pericárdico), sangrado de mucosas, letargia o irritabilidad, hipotensión postural, hepatomegalia mayor de dos centímetros por debajo del reborde costal, y aumento progresivo del hematocrito. La enfermedad puede también evolucionar hacia las formas más graves, con fuga plasmática, hemorragias o compromiso grave de órganos, pudiendo llegar a causar la muerte. ⁽¹⁾

Desde la reintroducción del dengue en las Américas a inicios de la década de 1980, el número de casos producidos por esta enfermedad ha aumentado de manera constante, con epidemias que ocurren de manera cíclica cada 3 a 5 años. En el año 2019 se registró el mayor número de casos de dengue ocurridos en las Américas; fueron más de 3.1 millones, que incluyeron 28,000 casos graves y 1,766 muertes. ⁽²⁾

Debido al aumento de los casos de dengue en los países de Centroamérica y el Caribe, la Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la vigilancia, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los casos de dengue y otras arbovirosis con la finalidad de reducir complicaciones y defunciones asociadas a este evento. En 2023, entre la semana epidemiológica (SE) 1 hasta la SE 35, se notificaron 3,407,921 casos de dengue en la región de Las Américas, con una tasa de incidencia acumulada de 343 casos por 100.000 habitantes. ⁽²⁾

En el 2023 en la República Dominicana desde la SE 1 hasta la SE 35 se reportaron un total de 7,222 casos de dengue, presentando una tasa de incidencia acumulada de 99.39 casos por cada 100,000 habitantes, siendo la provincia Independencia la que presenta una mayor tasa de incidencia acumulado con 358.38 casos por cada 100,000 habitantes. La letalidad se encuentra en 0.08 (6 defunciones) por cada 100 casos notificados. ⁽³⁾

En la actualidad el país cuenta con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), que contribuye a monitorear el comportamiento de esta enfermedad y fortalece las capacidades para dar respuesta ante este problema de salud pública.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Estandarizar el manejo y tratamiento oportuno del dengue de acuerdo con la clasificación clínica y fase de la enfermedad para disminuir la morbilidad y mortalidad en estos pacientes, **priorizando la prevención del choque.**

2.2 Objetivos Específicos

- Utilizar criterios estandarizados para el diagnóstico y tratamiento.
- Guiar a los equipos multidisciplinarios, responsables del manejo del paciente con dengue, para que puedan hacer un mejor diagnóstico, así como la clasificación correcta para un manejo adecuado y oportuno.

3. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS

- Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika. Edición corregida. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>
- Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020. Algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/algoritmos-para-manejo-clinico-casos-dengue>
- Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/instrumento-para-diagnostico-atencion-pacientes-con-sospecha-arbovirosis-2016>

4. USUARIOS DEL PROTOCOLO

Personal de salud multidisciplinario involucrado en la atención de pacientes con cuadro clínico sospechoso de dengue, compuesta por: médicos generales, infectólogos, internistas, pediatras, intensivistas, emergenciólogos, medicina familiar, enfermería, auditoría médica clínica entre otros.

5. POBLACIÓN DIANA

Todo paciente adulto o pediátrico con sospecha o confirmación del virus del dengue.

6. DEFINICION

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. La infección puede cursar de forma asintomática o manifestarse con un espectro clínico amplio, que incluye manifestaciones graves y no graves. Después del período de incubación (de 4 a 10 días), la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. ⁽⁴⁾ El dengue es una sola enfermedad, con diferentes presentaciones clínicas y evolución impredecible.

7. CLASIFICACIÓN SEGÚN CIE-10

- A90 Fiebre del Dengue

8. HISTORIA CLINICA

Después del período de incubación (de 4 a 10 días), la enfermedad comienza abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación. La clave está en detectar temprano y tener una comprensión de los problemas clínicos que pueden presentarse en las diferentes fases, para así abordar los casos de manera racional y dar una buena respuesta clínica. ⁽¹⁾

8.1 FASES DE ENFERMEDAD ⁽⁴⁾

8.1.1 FASE FEBRIL

Generalmente, los pacientes desarrollan fiebre alta y repentina. Habitualmente, la fase febril aguda dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroocular.

Las características clínicas son indistinguibles entre los casos de dengue y los que más tarde evolucionaron a dengue grave. Por lo tanto, la vigilancia de los signos de alarma y de otros parámetros clínicos es crucial para el reconocimiento de la progresión a la fase crítica.

8.1.2 FASE CRITICA

Se presenta generalmente entre el 3er y 7mo día de la enfermedad, cuando la fiebre desciende o desaparece, puede haber un aumento de la permeabilidad capilar; presentándose los signos de alarma, paralelamente, incrementa los niveles de hematocrito. Esto marca el comienzo de la fase crítica, o sea, el de las manifestaciones clínicas debidas a la extravasación de plasma, que, por lo general dura de 24 a 48 horas, y puede acompañarse con sangrado de mucosas.

Los pacientes que mejoran después de la caída de la fiebre se consideran casos de dengue sin signos de alarma (DSSA). Los pacientes que empeoran con la caída de la fiebre y presentan signos de alarma son casos de dengue con signos de alarma (DCSA). Esos pacientes casi siempre se recuperan con la rehidratación intravenosa temprana. No obstante, algunos casos que no reciben tratamiento oportuno y adecuado, ya sea porque consultan tardíamente al centro de tratamiento, porque no son diagnosticados tempranamente, porque se le

administran soluciones inadecuadas (en composición, volumen, velocidad) o porque no tienen seguimiento del personal de salud durante las diferentes etapas de la enfermedad, son los que con mayor frecuencia evolucionan a las formas graves de la enfermedad.

8.1.3 FASE DE RECUPERACIÓN

Cuando el paciente sobrevive a la fase crítica, pasa a la fase de recuperación, que es cuando tiene lugar una reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Esta etapa de reabsorción de líquidos puede durar de 48 a 72 horas.

En estos casos, mejora del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, se estabiliza el estado hemodinámico y aumenta la diuresis. Algunas veces puede presentarse una erupción tardía denominada “islas blancas en un mar rojo” signo de Herman acompañada de prurito generalizado. Durante esa etapa pueden presentarse bradicardia sinusal y alteraciones electrocardiográficas. Las complicaciones clínicas durante las diferentes fases del dengue se resumen en la tabla 1.

TABLA 1: COMPLICACIONES CLÍNICAS

Fase febril	Fase crítica	Fase de recuperación
Deshidratación	Choque por la extravasación de plasma; afectación multisistémica, hemorragias y compromiso graves de órganos	Hipervolemia (si el tratamiento intravenoso con líquidos ha sido excesivo o se ha extendido en esta fase)

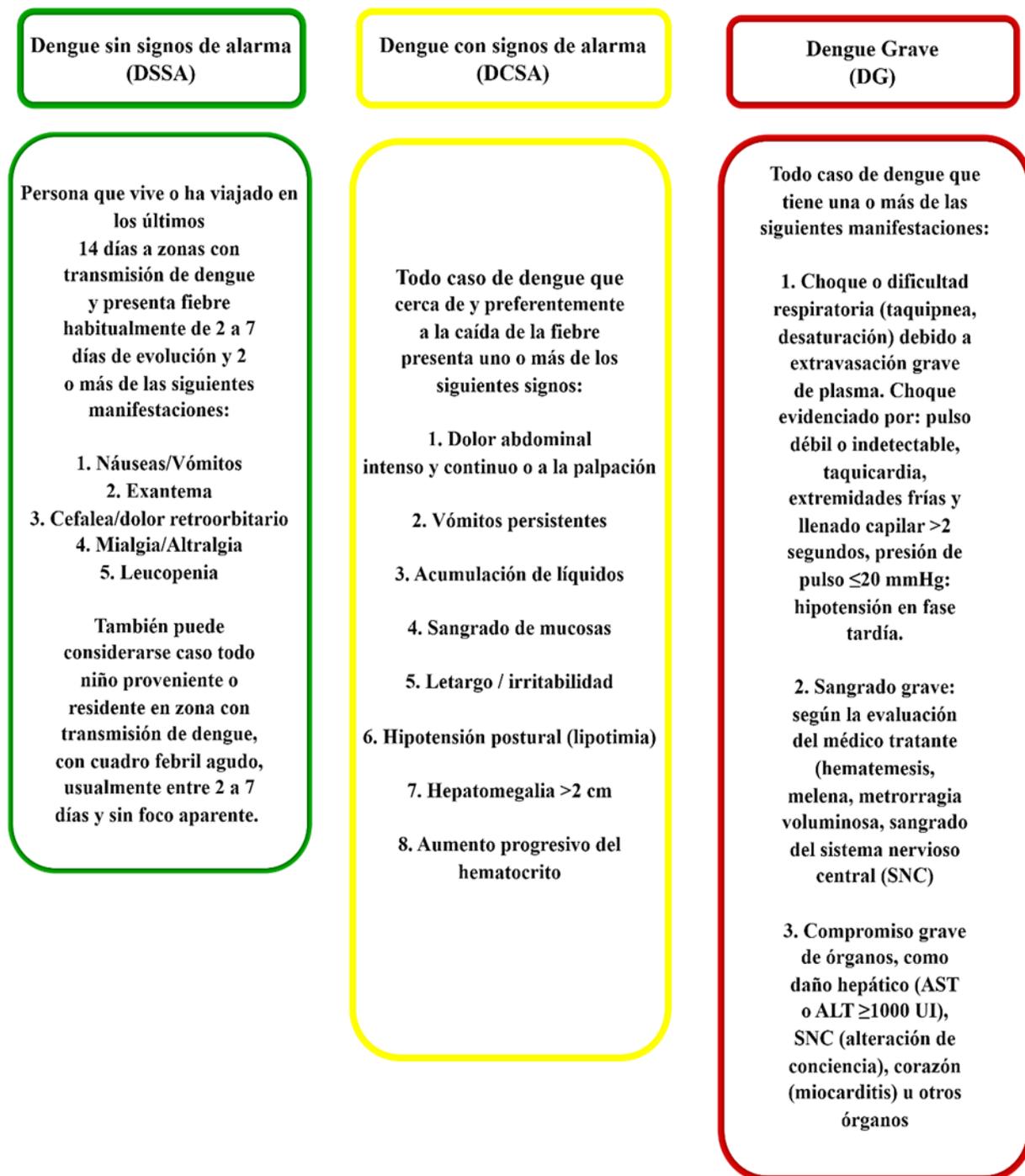
Fuente: Adaptado de Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. ⁽⁴⁾

8.2 CLASIFICACIÓN DEL DENGUE SEGÚN LA GRAVEDAD

La clasificación según la gravedad tiene un gran potencial práctico para el médico tratante para decidir dónde y con qué intensidad se debe observar y tratar al paciente (triaje). ⁽¹⁾

La clasificación actual de la OPS/OMS surgió a propósito del estudio multicéntrico de Dengue Control (DENCO), Dengue sin signos de alarma, Dengue con signos de alarma y Dengue grave. ⁽⁴⁾. En la figura 1 se muestra la clasificación de la enfermedad.

FIGURA 1: CLASIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD DEL DENGUE, OPS/OMS



Fuente: Adaptado de Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. ⁽¹⁾

La mayoría de los signos de alarma, descritos en los párrafos siguientes, son consecuencia de un incremento de la permeabilidad capilar, por lo que marcan el inicio de la fase crítica, estos signos se describen a continuación ⁽¹⁾:

Dolor abdominal intenso y continuo o a la palpación: indica que la condición del paciente puede evolucionar o ya está evolucionando al estado de choque por dengue y sus graves complicaciones. El dolor abdominal se manifiesta como un dolor intenso referido al epigastrio, secundario a la presencia súbita de gran cantidad de líquido extravasado hacia las zonas pararenales y perirenales, que irrita los plexos nerviosos de la región retroperitoneal.

En casos aislados, el dolor abdominal puede coincidir con hepatitis, enteritis o pancreatitis, alteraciones que sufren algunos pacientes con dengue y que han generado propuestas para explicar el síntoma. Sin embargo, en esos casos, **el dolor abdominal no está asociado a la extravasación de plasma, por lo cual no debe aceptarse como explicación de signo de alarma.**

Vómitos persistentes: **Se define como tres o más episodios en 1 hora o cuatro episodios en 6 horas.** Impiden la hidratación oral adecuada y contribuyen a la hipovolemia. El vómito persistente se ha reconocido como un signo clínico de gravedad.

Acumulación de líquidos: Suele manifestarse por derrame pleural, ascitis o derrame pericárdico y se detecta por métodos clínicos, radiología o ultrasonido, sin que se asocie necesariamente a dificultad respiratoria ni a compromiso hemodinámico, pues de presentarse el último, se clasificaría el paciente como caso de dengue grave.

Sangrado activo de mucosas: Suele presentarse en las encías y la nariz, pero también puede ser transvaginal (metrorragia e hipermenorrea), del aparato digestivo (vómito con estrías sanguinolentas) o del riñón (hematuria macroscópica). El sangrado de mucosas acompañado de alteración hemodinámica del paciente se considera signo de alarma para dengue grave.

Alteración del estado de conciencia: Puede presentarse irritabilidad (inquietud) o somnolencia (letargo), con un puntaje en la escala de coma de Glasgow menor de 15. Se acepta que ambas manifestaciones son expresión de la hipoxia cerebral provocada por la hipovolemia determinada por la extravasación de plasma.

Hepatomegalia: El borde hepático se palpa a más de 2 cm por debajo del reborde costal. Puede deberse al aumento del órgano propiamente tal (por una combinación de congestión, hemorragia intrahepática y metamorfosis grasa) o por desplazamiento del hígado debido al derrame pleural y otras acumulaciones de líquido de localización intraperitoneal (ascitis) o retroperitoneal. **Ha sido factor de riesgo significativo de choque en niños con dengue.**

Aumento progresivo del hematocrito: Si el hematocrito aumenta en al menos dos mediciones consecutivas durante el seguimiento del paciente se trata de un signo de alarma para dengue grave.

9. MEDIOS DIAGNÓSTICOS ⁽⁴⁾

A partir de la historia clínica, el médico debe elaborar una breve historia de la enfermedad para conocer los principales signos y síntomas del paciente, su procedencia y la información sobre casos similares cerca de la zona donde reside. Además, se le realizará un examen físico completo y se tomarán las muestras para los exámenes de laboratorio clínico que puedan hacerse en el servicio correspondiente.

Los pasos para el abordaje de los pacientes con el virus del dengue son los siguientes:

Paso 1: Evaluación General

Historia Clínica:

- Fecha del inicio de la fiebre o enfermedad
- Historia previa de la infección por dengue
- Cantidad de ingesta por la vía oral
- Búsqueda de signos de alarma (Ver figura 1)
- Trastornos gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea)
- Cambios del estado de conciencia: irritabilidad, somnolencia, letargo, lipotimia, mareos, convulsiones y vértigo
- Diuresis (frecuencia en las últimas 24 horas, características, volumen y hora de la última micción)
- **Familiares con dengue o dengue en la comunidad o historia de viajes recientes a zonas endémicas de dengue (14 días anteriores)**
- **También puede considerarse caso todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.**
- Otras características del paciente, por ejemplo, si son lactantes (menores de 2 años), adultos mayores de 65 años y embarazadas.
- Pacientes con condiciones o enfermedades crónicas tales como: obesos, asmáticos, falcémicos, nefrópatas, cardiópatas, pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, entre otras.

Examen físico:

- Tomar y registrar signos vitales y evaluar el estado hemodinámico: temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial, presión arterial media (PAM), presión del pulso o presión diferencial, calidad del pulso, frecuencia respiratoria y llenado capilar.
- Evaluar el estado de conciencia con la escala de Glasgow modificada.
- Determinar el estado de hidratación.
- Determinar la presencia de derrames pleurales, taquipnea, respiración de Kussmaul.
- Comprobar la presencia de dolor abdominal, ascitis, hepatomegalia.
- Investigar la presencia de exantema, petequias o signo de Herman (mar rojo con islas blancas).

- Buscar manifestaciones hemorrágicas espontáneas o provocadas (petequias, sangrado de mucosas, epistaxis, entre otras).

Presencia de fiebre y de dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- Náuseas
- Vómitos
- Exantema
- Cefalea
- Dolor retroocular
- Mialgias
- Artralgias
- Leucopenia

Laboratorio

Los pacientes con fiebre con diagnóstico potencial de dengue deberán hacerse las pruebas de laboratorio que figuran a continuación:

Hemograma:

- El hemograma inicial corresponde al valor basal del paciente.
- Un descenso en el número de leucocitos aumenta la probabilidad del diagnóstico de dengue
- Una disminución rápida del número de plaquetas en muestras consecutivas indica enfermedad activa o en evolución.
- Un hematocrito que aumenta en muestras consecutivas indica fuga de plasma o deshidratación y progresión de la enfermedad a dengue grave.

Pueden considerarse análisis adicionales de acuerdo con la evolución de la enfermedad:

- Pruebas de funcionamiento hepático
- Pruebas de coagulación
- Glicemia
- Albúmina
- Electrolitos séricos
- Urea y creatinina séricas
- Gases arteriales
- Enzimas cardíacas
- Examen general de orina

Las pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico de dengue no son esenciales para iniciar el manejo, ya que, el dengue es una enfermedad eminentemente clínica, salvo en presencia de manifestaciones poco comunes.

9.1 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS RECOMENDADAS ⁽⁴⁾

El aislamiento viral, la detección del genoma viral mediante reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) y de alguno de los antígenos del dengue, así como el estudio de la respuesta serológica permiten realizar el diagnóstico de la infección por dengue. **(Ver anexos 1 y 2)**

La muestra que se ha de tomar y el método de diagnóstico dependen de la fase clínica de la enfermedad en que se encuentra el paciente. El suero es la muestra de elección para el diagnóstico del dengue, aunque también puede obtenerse plasma.

Se recomienda obtener muestras de hígado, bazo, ganglio linfático y otros tejidos para los exámenes de los pacientes fallecidos con sospecha clínica de dengue de los cuales puede intentarse el aislamiento viral, el diagnóstico molecular y la detección de antígenos virales.

Aislamiento viral: se considera la “prueba de oro”, puesto que, de ser positivo, constituye una prueba específica e inequívoca de la presencia y viabilidad del virus. Sin embargo, esas técnicas son laboriosas y no suficientemente sensibles para ser utilizadas ampliamente o para el manejo clínico de los casos. **(fase de viremia: 0 a 5 días a partir del inicio de los síntomas).**

Diagnóstico molecular: debido a que es de alta sensibilidad, la prueba RT-PCR se ha convertido en el método de elección para la detección del virus del dengue en el suero del paciente obtenido en la etapa aguda de la enfermedad **(fase de viremia: 0 a 5 días a partir del inicio de los síntomas).**

Detección de antígeno: los métodos que permiten realizar el diagnóstico temprano con sensibilidad y especificidad altas son un apoyo al manejo clínico del paciente. Además, el diagnóstico temprano sirve para tomar rápidamente medidas de control del vector para disminuir la transmisión. Aprovechando que la proteína NS1 es un marcador de la replicación viral que se detecta en suero y plasma en la etapa aguda de la enfermedad. **Debe aclararse que los resultados negativos no excluyen la infección por dengue por lo que, se requieren las pruebas serológicas.** La proteína NS1 es detectable durante la fase febril de las infecciones por el virus del dengue. Las pruebas de NS1 pueden ser tan sensibles como las pruebas moleculares durante los primeros 7 días de síntomas. Después del día 7, no se recomienda hacer esta prueba. ⁽⁵⁾

Métodos serológicos: son pruebas confirmatorias del diagnóstico del dengue, incluyen IgM e IgG. Se recomienda realizar estas entre el **quinto y sexto día del inicio de la enfermedad o después.** La presencia de IgM indica infección actual o reciente y la IgG indica infección pasada.

9.2 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es importante reconocer los signos y síntomas principales de la infección por dengue, ya que, se suele confundir la enfermedad con otras afecciones. En la tabla 2 se describe el diagnóstico diferencial.

TABLA 2: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tipo de enfermedad	Diagnóstico diferencial
Enfermedades parecidas a la fase febril	
Enfermedad tipo influenza	Influenza, sarampión, chikungunya, mononucleosis infecciosa, seroconversión VIH
Enfermedades con erupción cutánea	Rubéola, sarampión, escarlatina, infección meningocócica, chikungunya, toxicodermia, rickettsiosis, ehrlichiosis, infección por Zika
Enfermedades diarreicas	Rotavirus, otras infecciones entéricas
Enfermedades con manifestaciones neurológicas	Meningoencefalitis, convulsiones febriles
Enfermedades parecidas a la fase crítica	
Fiebres hemorrágicas	Leptospirosis, fiebre hemorrágica brasileña, fiebre hemorrágica argentina, fiebre hemorrágica boliviana, mayaro, otras
Otras infecciones	Gastroenteritis aguda, paludismo, leptospirosis, fiebre tifoidea, tifus, hepatitis viral, seroconversión aguda VIH, sepsis grave, choque séptico, infección por hantavirus, leishmaniasis visceral, fiebre amarilla, COVID-19
Neoplasias malignas	Leucemia, linfoma y otras neoplasias
Otros cuadros clínicos	Abdomen agudo (apendicitis, colecistitis), cetoacidosis diabética, acidosis láctica, leucopenia y trombocitopenia con y sin sangrado, trastornos plaquetarios (púrpura), daño renal, dificultad respiratoria (respiración de Kussmaul), lupus eritematoso sistémico, anemias hemolíticas

Fuente: Adaptado de Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. ⁽⁴⁾

10. MANEJO DEL PACIENTE ^(1,4)

Para el manejo de los pacientes se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Conocer la procedencia del paciente y la situación epidemiológica en su entorno.
- Historia previa de haber padecido dengue.
- Determinar si el paciente presenta síntomas y, en caso afirmativo, el tiempo de evolución.
- Durante sus evaluaciones posteriores, buscar signos y síntomas de alarma, los cuales preceden al choque por extravasación en los casos de dengue grave.
- Realizar un diagnóstico presuntivo y decidir su tratamiento, que puede ser ambulatorio o requerir hospitalización.

Si se sospecha que un paciente tiene dengue, habrá que responder las siguientes preguntas:

1. ¿En qué fase del dengue se encuentra? (febril/crítica/de recuperación)
2. ¿Tiene signos de alarma? (dengue con signos de alarma)
3. ¿Cuál es el estado hemodinámico y de hidratación? ¿Está en choque? (dengue grave)
4. ¿Tiene alguna comorbilidad?
5. ¿Requiere hospitalización?

La responsabilidad de seleccionar a los pacientes (triaje) para dar el tratamiento apropiado a su condición recae en los servicios de atención de primer y segundo nivel, de urgencia o ambulatorios. Ese es un proceso de selección rápida de los pacientes, tan pronto como llegan al establecimiento de salud, con el fin de clasificarlos en las categorías de:

- Dengue grave (tratamiento inmediato para evitar la muerte)
- Signos de alarma (prioridad mientras esperan para ser evaluados y tratarlos sin retraso)
- No urgentes (que no cumplen con los criterios de dengue grave, ni presentan signos de alarma)

11. TRATAMIENTO ^(1,4)

Decidir el tratamiento clínico. Según las manifestaciones clínicas y las circunstancias, los pacientes podrían requerir:

- Tratamiento en el hogar (grupo A)
- Ingresar en las unidades de dengue para observación y manejo, prestando atención a las comorbilidades (grupo B1)
- Ingresar para la administración de líquidos intravenosos en las unidades de dengue u hospital secundario (grupo B2), o
- Tratamiento de urgencia, durante el traslado a un hospital más complejo (grupo C)

11.1 TRATAMIENTO SEGÚN GRUPO (A, B1, B2 y C)

11.1.1 GRUPO A: PACIENTES QUE PUEDEN SER TRATADOS EN EL HOGAR

Criterios de grupo:

- Sin signos de alarma
- Sin comorbilidades asociadas o en aquellos pacientes que tengan su comorbilidad estable
- Sin riesgo social
- Tolerancia plena a la administración de líquidos por vía oral
- Diuresis normal
- **Ver algoritmo 1**

Los pacientes ambulatorios deben evaluarse diariamente y se les debe hacer un hemograma, al menos, cada 48 horas. El seguimiento se debe realizar hasta 48 horas después del descenso de la fiebre sin haber administrado antipiréticos. Cuando baje la fiebre, deben buscarse los signos de alarma (Figura 1), de estar presente alguno de estos, deben ser referidos a un centro de mayor complejidad (Unidad de dengue).

Pruebas de laboratorio:

- Hemograma al menos cada 24 a 48 horas
- Para pruebas diagnósticas, seguir las indicaciones del algoritmo (Ver anexo 1 y 2)

Estos pacientes requieren del siguiente tratamiento:

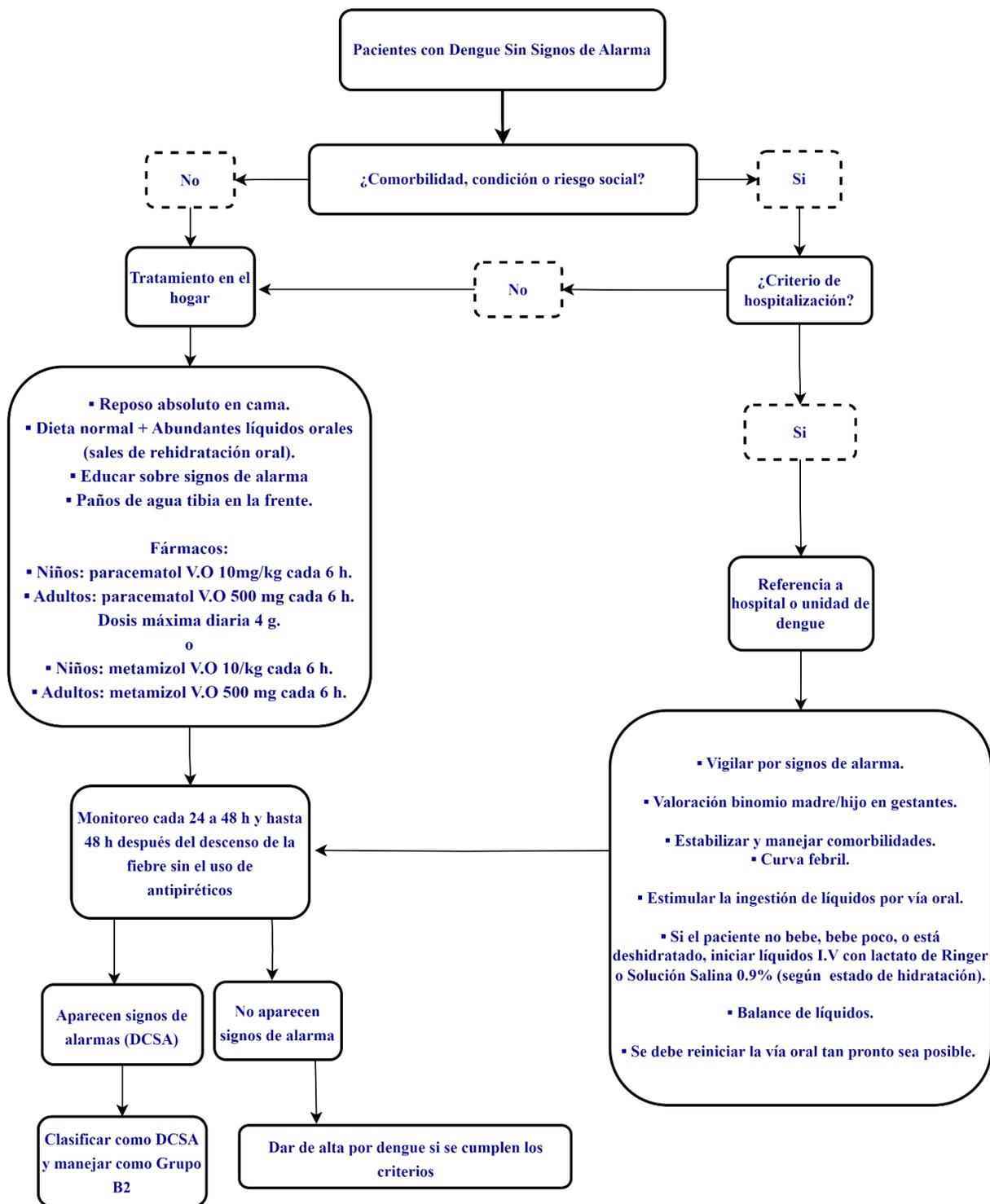
- Reposo en cama, uso de mosquitero durante la fase febril (Durante todo el día)
- Dieta normal más líquidos abundantes
- El agua sola debe administrarse con precaución, ya que puede causar desequilibrio hidroelectrolítico
- Adultos: líquidos abundantes por vía oral por lo menos, cinco vasos (de 250ml) o más al día, para un adulto promedio de 70 kg de peso corporal
- Niños: líquidos abundantes por vía oral, Registrar la cantidad prescrita: litros en vasos (250 ml), onzas (8.45) o en litros (0.25)
- Paracetamol (solo si hay fiebre):
 - ✓ Adultos: 500 mg por vía oral cada 4 a 6 horas, dosis máxima diaria de 4g
 - ✓ Niños: dosis de 10 mg/kg cada 6 horas
- Metamizol (solo si hay fiebre): ⁽⁶⁾
 - ✓ Adultos: 500 mg por vía oral cada 4 a 6 horas, dosis máxima diaria de 4g
 - ✓ Niños: dosis de 10 mg/kg cada 6 horas

Nota importante: El uso de metamizol está contraindicado en neonatos y lactantes menores de 3 meses o de menos de 5 kg de peso corporal ⁽⁷⁾. No se aconseja su uso en el último trimestre del embarazo ni durante la lactancia materna. ⁽⁸⁾

- Medios físicos
- El paciente con un hemograma control estable puede continuar su atención en el hogar
- Orientar a los pacientes o sus cuidadores sobre los signos de alarma que pueden presentarse con el descenso o desaparición de la fiebre, que acuda urgentemente a la unidad de dengue u hospital más cercano.

Evitar en estos pacientes: los medicamentos contra el dolor y la inflamación, por ejemplo, AINE (ácido acetilsalicílico, diclofenaco, otros) o esteroides, anticoagulantes orales y antibióticos (solo usar en sospecha de sobreinfección bacteriana). Si el paciente está tomando esos medicamentos, evalúe la conveniencia de continuar ese tratamiento. Está contraindicada la administración de medicamentos por vía intramuscular o rectal.

Algoritmo 1: Manejo de pacientes Sin Signos de Alarma (DSSA) – Grupo A y B1



Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

11.1.2 GRUPO B1: DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA MÁS AFECCIÓN ASOCIADA O RIESGO SOCIAL

Criterios de grupo

- Condiciones asociadas: embarazo, menor de 1 año, mayor de 65 años, obesidad mórbida, hipertensión arterial, diabetes mellitus, daño renal, enfermedades hemolíticas, hepatopatía crónica, tratamiento con anticoagulantes, entre otras.
- **Riesgo social: vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, falta de transporte y pobreza extrema.**
- ✓ Manejar las comorbilidades asociadas con involucramiento de un equipo multidisciplinario.
- ✓ Se debe estimular la ingestión de líquidos por vía oral. Si el paciente no ingiere o ingiere poco, se debe comenzar la administración de líquidos intravenosos, con lactato de Ringer o solución salina al 0,9% (Según el estado de hidratación). Se debe reiniciar el tratamiento oral tan pronto sea posible.
- ✓ Dar tratamiento sintomático (Ver acápite 11.1.1)
- ✓ **Ver algoritmo 1**

Pruebas de laboratorio:

- Hemograma completo en un plazo de al menos 24 a 48 horas de iniciada la fiebre.
- Para pruebas diagnósticas, seguir las indicaciones del algoritmo (Ver anexo 1 y 2)

Según la condición asociada tomar en cuenta lo siguiente:

- Signos vitales: pulso, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión arterial y presión arterial media
- Curva de temperatura
- Balance hídrico y diuresis media horaria: ingreso y egreso
- Signos de alarma (principalmente el día que baja la fiebre)
- Laboratorio: según el tipo de condición asociada (hemograma completo, glucosa, electrolitos, pruebas de función hepática, entre otros)
- Hemograma completo cada 24 h
- Educación sobre los signos de alarma

Es importante señalar que en el caso de pacientes con sobrepeso u obesos, el cálculo en la cantidad de líquidos debe realizarse de acuerdo con el peso corporal ideal. Así mismo deben tomarse en cuenta otras condiciones propias de cada paciente (cardiopatías,

nefropatías, entre otras) que obliguen a realizar un ajuste en la cantidad de líquidos que deban ser administrados.

Nota: recordar que en los pacientes obesos e hipertensos se debe manejar los líquidos para mantener la presión arterial media entre la media y la máxima.

11.1.3 GRUPO B2: DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA

Criterios de grupo

Todo caso sospechoso de dengue que presente uno o más de los siguientes signos o síntomas a la caída de la fiebre:

- Dolor abdominal intenso y continuo
- Vómitos persistentes (tres o más en una hora o cuatro en seis horas)
- Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural o pericárdico)
- Sangrado activo de mucosas
- Letargo/irritabilidad
- Hipotensión postural (mareos)
- Hepatomegalia >2 cm
- Aumento progresivo del hematocrito y trombocitopenia

Pruebas de laboratorio:

- Realizar hemograma
- Para pruebas diagnósticas, seguir las indicaciones del algoritmo (Ver anexo 1 y 2)

Medidas a tomar ante un paciente con signos de alarmas, el objetivo principal es prevenir el choque:

- **No disponer de un hematocrito no debe retrasar el inicio de la hidratación.**
- Administrar lactato de Ringer, Hartmann o solución salina 0,9%: 10 ml/kg en 1 h
- Reevaluar. Si persisten los signos de alarma y la diuresis es <1 ml/kg/h, repetir la carga con cristaloides isotónicos 1 o 2 veces
- Reevaluar. Si se observa mejoría clínica y la diuresis es ≥ 1 ml/kg/h, reducir líquidos a 5-7 ml/kg/h y continuar de 2 a 4 h
- Luego de pasar la fase crítica considere cambio de solución y mantener líquidos de 2 a 4 ml/kg/h

- Si hay deterioro de signos vitales o incremento rápido del hematocrito: tratar como Grupo C y referir al siguiente servicio de atención de salud más complejo
- Reducir gradualmente la velocidad de los líquidos cuando el volumen de fuga de plasma disminuye o haya finalizado la fase crítica
- **Ver algoritmo 2**

Al finalizar la fase crítica valorar los siguientes parámetros:

- Signos vitales y perfusión periférica hasta 4 h después de finalizada la fase
- Diuresis hasta 4 a 6 h después
- Hemograma a las 24h
- Cambiar solución lactato Ringer a solución mixta a 0.33% a razón de 2 a 3 ml/kg/h

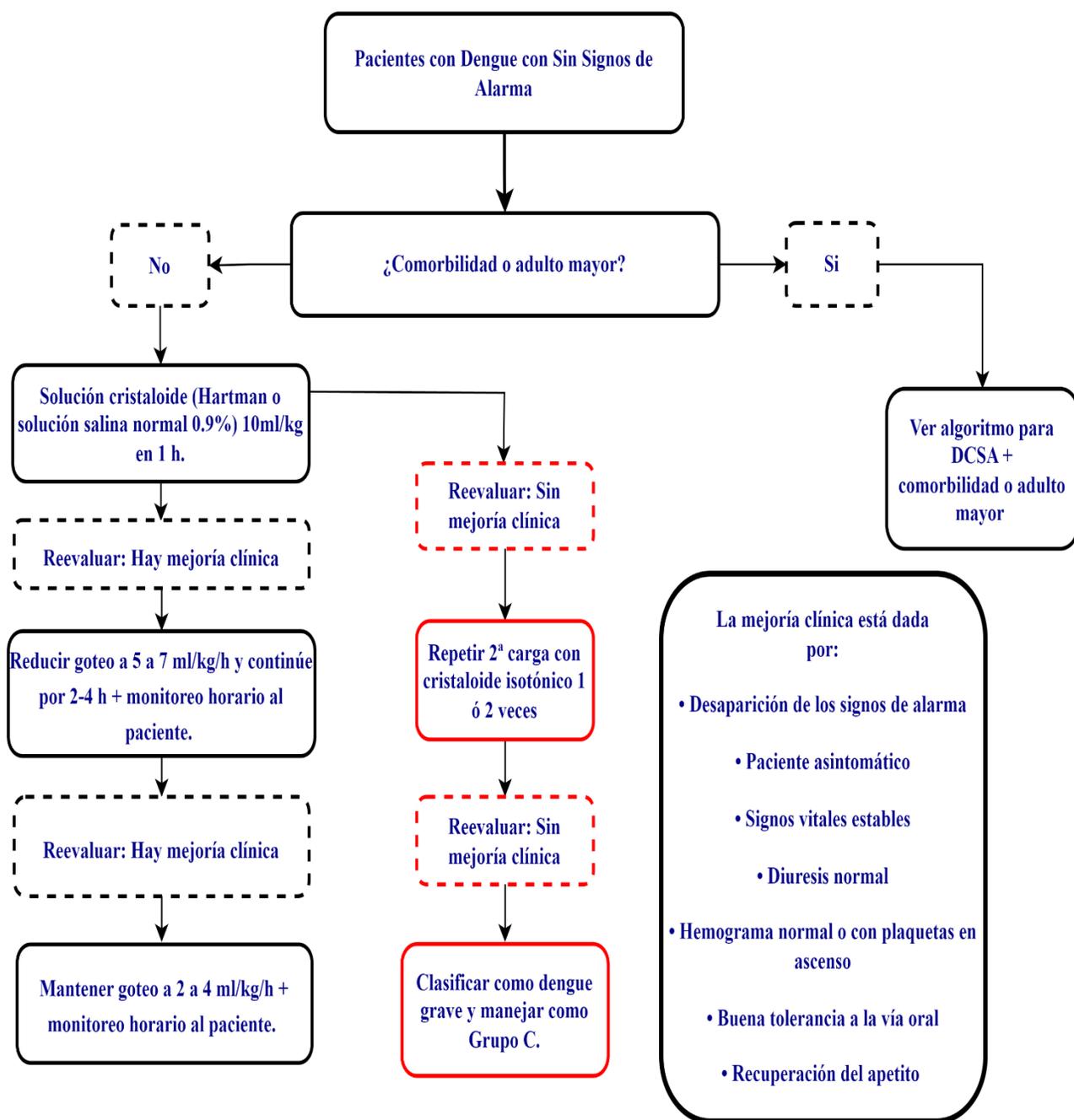
Se cumple con los siguientes criterios, se considera que el paciente está en fase de recuperación o supero la fase crítica:

- Sin fiebre 48 horas sin necesidad de uso de antipiréticos
- Desaparición de los signos de alarma
- Paciente asintomático
- Signos vitales estables
- Diuresis normal
- Hemograma normal o con plaquetas en ascenso
- Buena tolerancia a la vía oral
- Recuperación del apetito

Es importante señalar que en el caso de pacientes con sobrepeso u obesos, el cálculo en la cantidad de líquidos debe realizarse de acuerdo con el peso corporal ideal. Así mismo deben tomarse en cuenta otras condiciones propias de cada paciente (cardiopatías, nefropatías, entre otras) que obliguen a realizar un ajuste en la cantidad de líquidos que deban ser administrados. (Ver algoritmo 3)

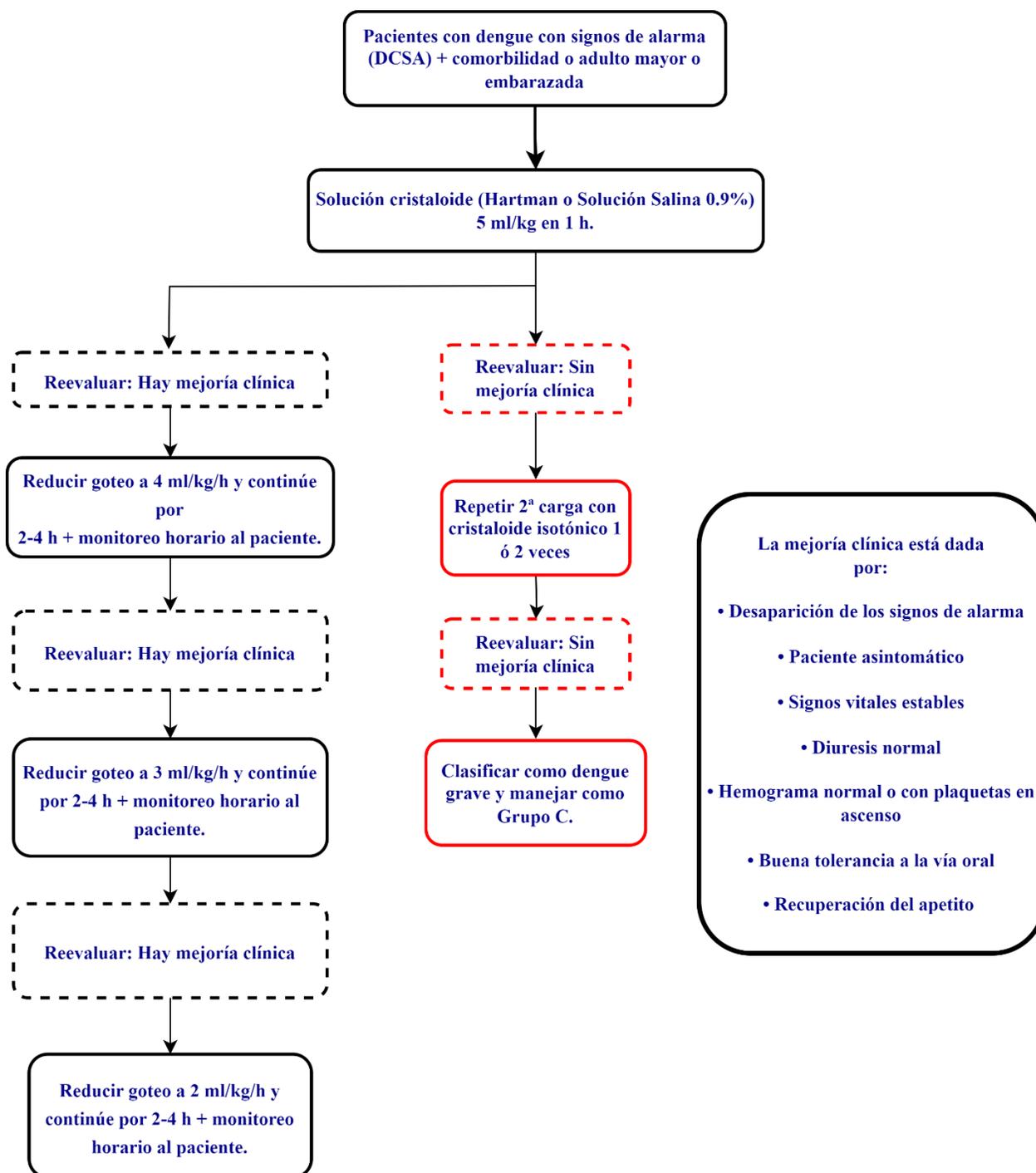
Nota: recordar que en los pacientes obesos e hipertensos se debe manejar los líquidos para mantener la presión arterial media entre la media y la máxima. En adultos y adultos mayores mantener la PAM en 70 mmHg

Algoritmo 2: Manejo de líquidos intravenosos en pacientes con Dengue Con Signos de Alarma (DCSA) – Grupo B2



Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

Algoritmo 3: Manejo de líquidos intravenosos en pacientes con DCSA + comorbilidad o adulto mayor o embarazada –Grupo B2



Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

11.1.4 GRUPO C: DENGUE GRAVE

Criterios de grupo

Todo caso de dengue que tiene 1 o más de las siguientes manifestaciones:

1. Choque o Dificultad Respiratoria debido a extravasación grave de plasma demostrado por pulso débil y al menos uno de los siguientes hallazgos:
 - Taquicardia (en ausencia de fiebre)
 - Frialidad distal
 - Llenado capilar lento (>2 segundos)
 - Hipotensión arterial
 - PAM menor de 70 mmHg en adultos o, en niños, menor a la mínima esperada de acuerdo con edad y sexo
 - PP igual o menor a 20 mm Hg.
 - **Ver algoritmo 4**
2. Sangrado grave que pone en peligro la vida: cerebral, pulmonar, digestivo, urinario o vaginal. (Que sea considerado clínicamente importante para el médico tratante).
3. Compromiso grave de órganos: daño hepático (AST o ALT \geq 1000 UI o elevación más de 6 veces del valor normal para la edad), SNC: alteración de conciencia y convulsiones, Corazón: miocarditis con o sin choque cardiogénico, Riñón: glomerulonefritis: HTA+ hematuria+ Insuficiencia Renal Aguda (IRA) *Nefritis en la embarazada creatinina \geq 1 mg/dL descartar lesión renal aguda, Pancreatitis: elevación de las enzimas pancreáticas.

Pruebas de laboratorio y de imágenes:

- Hemograma
- Para pruebas diagnósticas, siga las indicaciones del algoritmo (Ver anexo 1 y 2)
- Pruebas según el órgano afectado
- Radiografía de tórax, ultrasonografía abdominal, ecocardiograma y electrocardiograma

El tratamiento por choque consiste en:

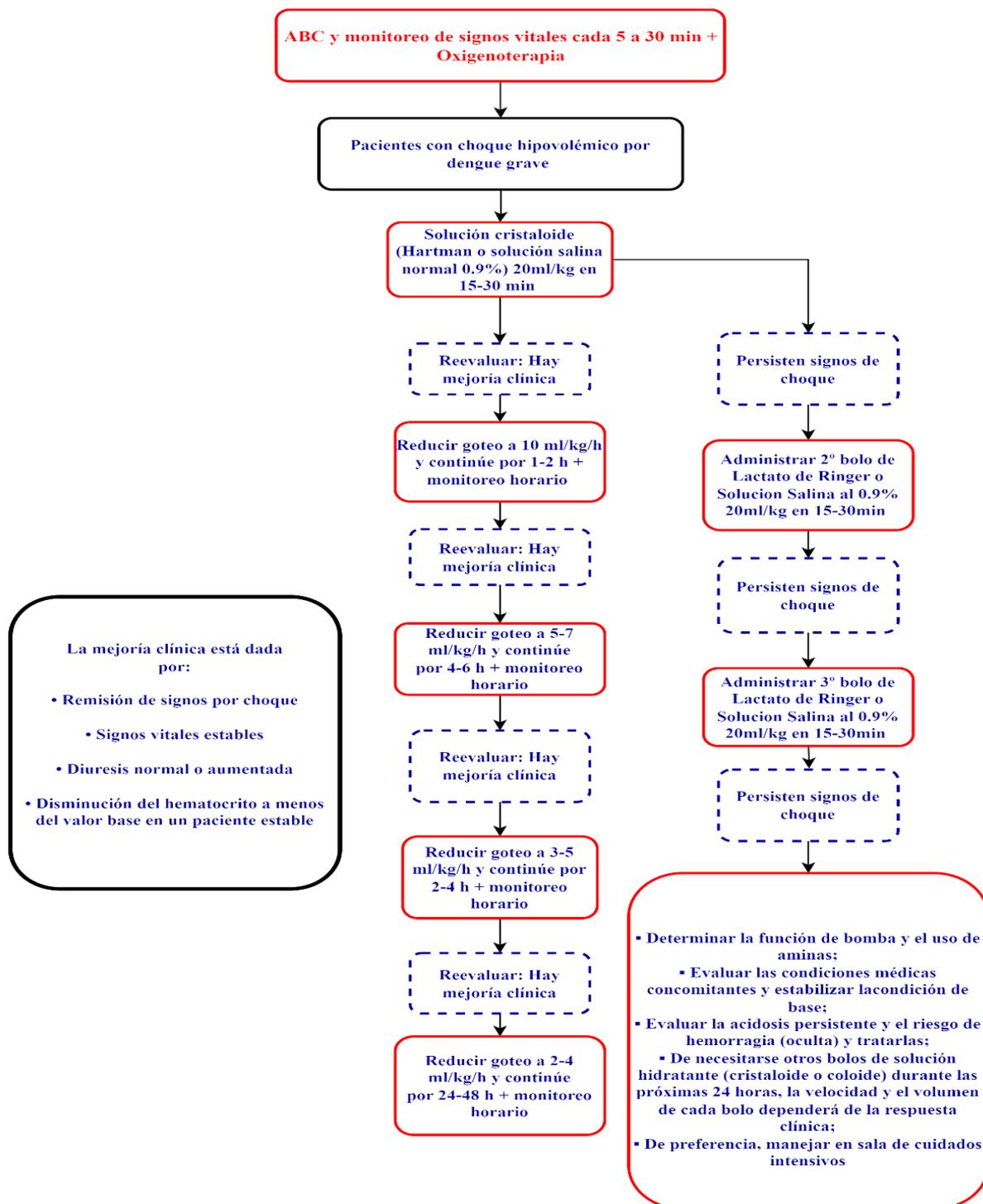
- Asegurar una vía intravenosa periférica de grueso calibre adecuada para la edad.
- Valorar vía aérea, respiración y circulación (ABC) y monitoreo de signos vitales cada 5 a 30 min
- Oxigenoterapia
- **Primer bolo:** Iniciar hidratación intravenosa con cristaloides (lactato de Ringer, Hartman o solución salina al 0,9%) a 20 ml/kg en 15 a 30 min

- ✓ Si desaparecen los signos de choque, disminuir el volumen de líquido a 10 ml/kg/h; continuar por 1 a 2 h
- ✓ Si la evolución es satisfactoria, disminuir el goteo a razón de 5-7 ml/ kg/h y reevaluar de 1 a 2 horas durante la fase crítica
- Si no hay mejoría, administrar un **segundo bolo** de lactato de Ringer o solución salina al 0,9% de 20 ml/kg de 15 a 30 min. Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/h y continuar de 1 a 2 h. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h, de 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- **Si no hay mejoría, repetir un tercer bolo de lactato de Ringer o solución salina al 0.9% de 20 ml/kg en 15 a 30 min:**
 - ✓ Si hay mejoría, disminuir el goteo a 10 ml/kg/h y continuarlo de 1 a 2 h. Si continúa la mejoría, disminuir el goteo a 5-7 ml/kg/h de 4 a 6 h y continuar la hidratación como se señaló anteriormente.
- Reevaluar después de la reanimación. Si se observa mejoría, cambiar a solución cristaloide 10 ml/kg/h, de 1 a 2 h y continuar la reducción del goteo como se indicó anteriormente. Si se dispone de ultrasonido, realizar evaluación del colapso de la vena cava inferior que permite evaluar la respuesta a los líquidos en el paciente crítico. ⁽¹¹⁾
- **Si el paciente continúa en choque, administrar coloide por segunda vez en la misma dosis y tiempo ya señalados. Continuar con cristaloide, a razón de 10 a 20 ml/kg.**

Es importante señalar que en el caso de pacientes con sobrepeso u obesos, el cálculo en la cantidad de líquidos debe realizarse de acuerdo con el peso corporal ideal. Así mismo deben tomarse en cuenta otras condiciones propias de cada paciente (cardiopatías, nefropatías, embarazadas, entre otras) que obliguen a realizar un ajuste en la cantidad de líquidos que deban ser administrados. (Ver algoritmo 5 y 6)

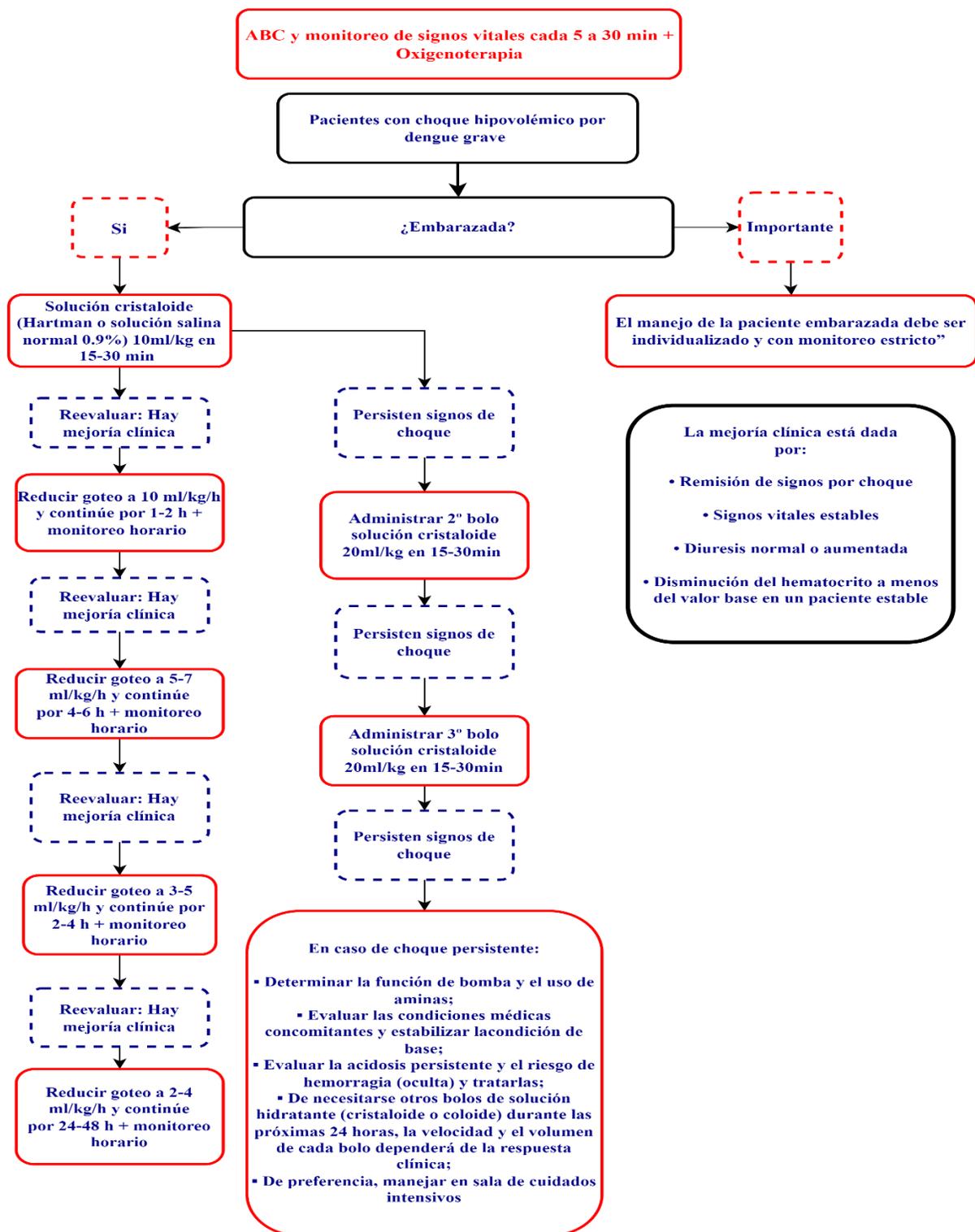
Nota: recordar que en los pacientes obesos e hipertensos se debe manejar los líquidos para mantener la presión arterial media entre la media y la máxima. En adultos y adultos mayores mantener la PAM en 70 mmHg.

Algoritmo 4: Manejo de líquidos intravenosos en pacientes con choque hipovolémico por Dengue Grave – Grupo C



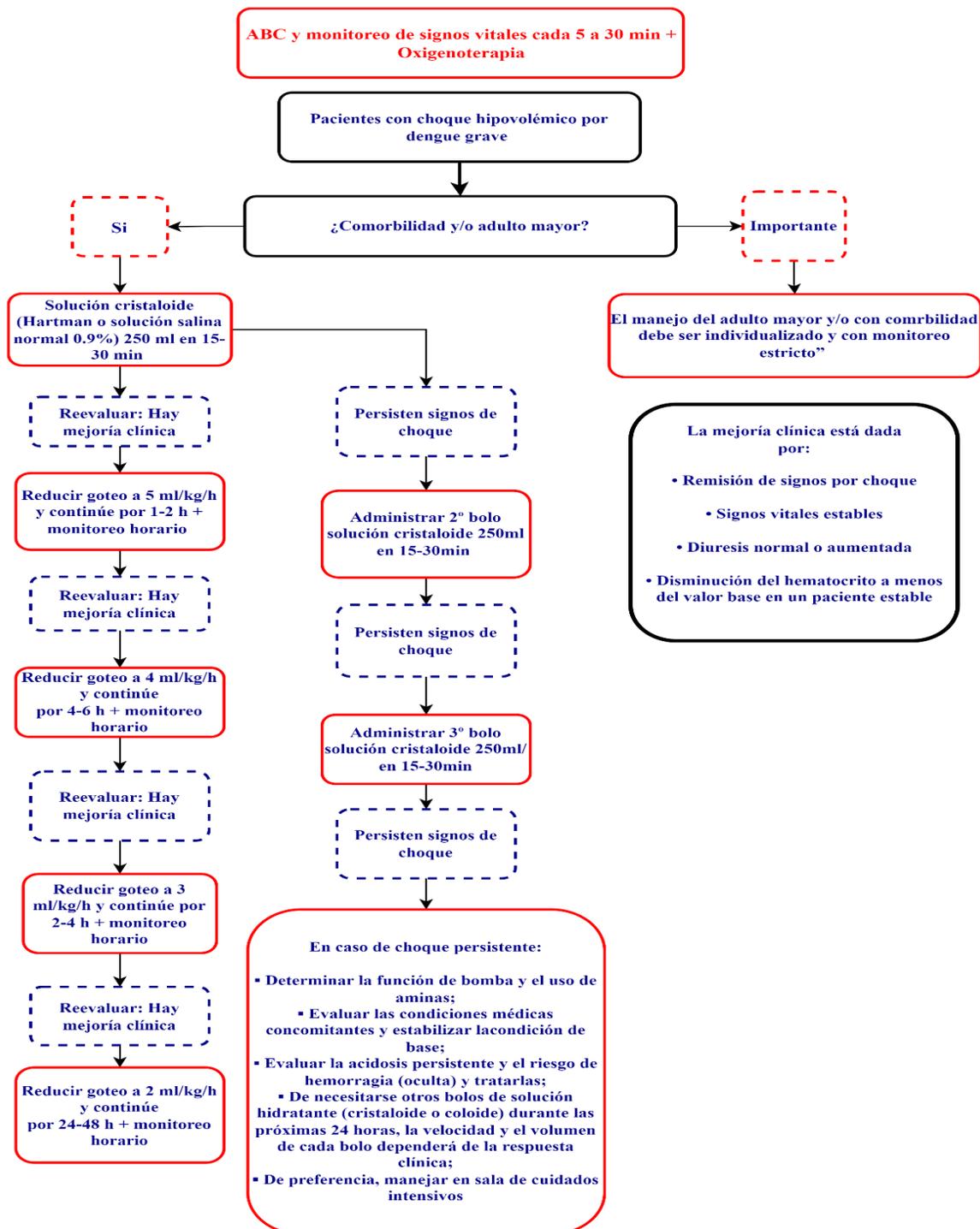
Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

Algoritmo 5: Manejo de líquidos intravenosos en pacientes con choque hipovolémico por Dengue Grave – Grupo C (Embarazada)



Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

Algoritmo 6: Manejo de líquidos intravenosos en pacientes con choque hipovolémico por Dengue Grave – Grupo C (Comorbilidad y/o adulto mayor)



Fuente: Adaptado de algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 ⁽¹²⁾

11.2 TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS

(4)

Las hemorragias graves pueden manifestarse por:

- Hemorragia persistente, en presencia de inestabilidad hemodinámica, independientemente del nivel de hematocrito
- Descenso del hematocrito después de la reanimación con líquidos, junto con inestabilidad hemodinámica
- Choque persistente que no responde al tratamiento con líquidos; después de haber administrado 3 cargas de 20 ml/kg en 15-30 minutos, sin exceder los 60 ml/kg
- Choque con disminución del hematocrito basal, antes de la reanimación con líquidos

Los pacientes con riesgo de hemorragia grave son aquellos con:

- Choque prolongado o resistente al tratamiento
- Choque con hipotensión asociada a insuficiencia renal o hepática y acidosis metabólica grave y persistente
- Tiempos de coagulación e INR prolongados
- Fibrinógeno
- Dímero D
- Niveles críticos de plaquetas
- Deficiencia preexistente de factores de coagulación (pacientes con hemofilia pueden tener manifestaciones hemorrágicas incluso en fase temprana de la enfermedad)
- Uso de agentes antiinflamatorios no esteroideos
- Enfermedad ulcerosa péptica preexistente
- Tratamiento anticoagulante
- Alguna forma de trauma, entre ellas, la inyección intramuscular

La hemorragia de mucosas puede presentarse en cualquier caso de dengue, pero si el paciente se mantiene estable con la reanimación con líquidos, su caso debe considerarse sangrado de bajo riesgo. En el dengue, la trombocitopenia no es necesariamente un factor de sangrado y no está indicado el uso profiláctico de plaquetas, ya que no se ha demostrado la utilidad de transfundirse en esas circunstancias.

Los pacientes con trombocitopenia marcada, cuyo recuento plaquetario puede llegar a menos de 10,000 mm³, deben guardar reposo absoluto, estrictamente acostados y tomarse con ellos medidas para protegerlos de traumatismos y reducir el riesgo de sangrado.

Cuando el sangrado es significativo, generalmente es de origen digestivo o, si se trata de mujeres adultas, transvaginal. El sangrado del tracto digestivo superior puede no ser aparente por muchas horas, hasta que ocurra la primera evacuación negruzca o melena. También pueden presentarse hemorragia pulmonar o intracraneal, ambas de mal pronóstico. Debe

recalcarse que, la mayoría de las veces, las grandes hemorragias se presentan durante o después del choque, por lo cual evitar el choque o tratarlo eficaz y tempranamente previene complicaciones de esa naturaleza.

La transfusión de sangre salva vidas y debe indicarse en cuanto se sospeche o se compruebe la presencia de hemorragia grave. Sin embargo, debe hacerse con cautela, porque existe el riesgo de sobrecarga de líquidos al paciente. Las recomendaciones actuales son usar paquete globular a razón de 10 ml/kg de peso. ⁽⁴⁾

El paciente con dengue que tiene alguna enfermedad hemolítica de base corre el riesgo de hemólisis aguda con hemoglobinuria y podría necesitar transfusión de sangre. Los pacientes con anemia por hematíes falciformes (anemia drepanocítica) que contraen dengue pueden tener una evolución muy tórpida y fatal.

11.3 TRATAMIENTO DE LA SOBRECARGA DE VOLUMEN ⁽⁴⁾

Las causas de sobrecarga de volumen son:

- La administración rápida o excesiva de líquidos por vía intravenosa sin una evaluación constante de la hemodinámica, sobre todo en pacientes adultos
- El uso incorrecto de soluciones endovenosas
- La administración de grandes volúmenes de líquido intravenoso a pacientes que no han presentado extravasación
- La administración de líquidos intravenosos después de resuelta la extravasación de plasma (24 a 48 horas después de la disminución de la fiebre)
- La transfusión inapropiada de plasma fresco o soluciones coloidales
- En pacientes con afectación de la función renal, en quienes se dificulta la reabsorción de líquidos en el túbulo distal, trastorno de la función glomerular o ambas.

Las características clínicas tempranas de la sobrecarga de volumen son dificultad respiratoria, taquipnea, tiraje intercostal, estertores crepitantes y sibilancias, grandes derrames pleurales, ascitis a tensión, ingurgitación yugular y aumento de la presión arterial media y taquicardia. Las características clínicas tardías son edema agudo del pulmón y choque irreversible (por alteración cardíaca, a veces en combinación con hipovolemia).

Otros estudios adicionales para tomar en cuenta son: radiografía de tórax, electrocardiograma, gases arteriales, ecocardiograma y enzimas cardíacas.

Medidas para el manejo de sobrecarga de volumen:

- La administración de oxígeno debe iniciarse de inmediato.

- Se debe suspender la administración de líquidos intravenosos durante la fase de recuperación, para permitir que el líquido extravasado regrese al compartimiento intravascular.
- El manejo de la sobrecarga de volumen varía de acuerdo con la fase de la enfermedad. Si el estado hemodinámico del paciente es normal y se ha superado la fase crítica, se deben suspender los líquidos intravenosos y mantener la vigilancia estricta. Si es necesario, administrar furosemida, según la condición del paciente.
- Es necesario realizar electrolitos y corregir el desequilibrio si lo hubiere.
- Si el paciente tiene un estado hemodinámico estable pero aún se encuentra en la fase crítica, se deben reducir los líquidos intravenosos de acuerdo a su condición clínica.
- El uso de diuréticos está contraindicado durante la fase de extravasación de plasma (periodo crítico), ya que pueden contribuir a la disminución del volumen intravascular.
- Los pacientes que permanecen en choque con valores de hematocrito normales o bajos, pero presentan signos de sobrecarga de volumen, pueden tener hemorragia oculta; si se continúa infusión de grandes volúmenes de líquidos intravenosos, se pueden presentar mayores complicaciones.

12. SITUACIONES ESPECIALES ⁽⁴⁾

En los casos de dengue grave con o sin afecciones asociadas, será posible la interconsulta con todas las especialidades necesarias para el tratamiento conjunto de esta patología, vinculada con una comorbilidad o una condición subyacente que agudice su cuadro clínico.

12.1 DENGUE Y EL EMBARAZO

El embarazo no aumenta el riesgo de contraer dengue ni predispone a una evolución diferente de la enfermedad, pero las posibilidades de que afecte a las embarazadas son evidentes y las pacientes deben ser atendidas con prudencia. Algunas particularidades del dengue en las embarazadas son:

- La muerte materna por dengue es poco frecuente.
- Algunas gestantes pueden presentar amenaza de aborto o aborto, al igual que amenaza de parto prematuro, todos durante la infección por dengue o hasta un mes después de ella.
- En una proporción variable de casos de dengue (4% a 17%) entre las embarazadas se da un retraso del crecimiento fetal.

- Las manifestaciones clínicas, el tratamiento y el pronóstico del dengue de la mujer embarazada son semejantes a los de las no embarazadas.
- Las manifestaciones clínicas del dengue más frecuentes en las embarazadas son fiebre, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retroocular, es decir, similares a los de la población general con dengue. La erupción se presenta en aproximadamente la mitad de los casos.
- En el primer trimestre del embarazo, un sangrado transvaginal relacionado con el dengue puede llevar erróneamente al diagnóstico de aborto. Por lo tanto, en toda mujer embarazada con sangrado se debe indagar la presencia de fiebre o antecedentes de fiebre durante los últimos siete días.
- Las embarazadas con dengue sin signos de alarma por lo general tienen un parto y puerperio normales, de lo que se infiere que la enfermedad no parece afectar la evolución satisfactoria del binomio madre-hijo durante la gravidez. El dengue con signos de alarma y el dengue grave son las presentaciones con mayor asociación a crecimiento fetal retardado y a muerte materna, aunque la última es infrecuente cuando la paciente se trata adecuadamente. La mayor parte de los embarazos entre gestantes que han padecido dengue han evolucionado favorablemente hasta su término.
- Las imágenes de la sonografía abdominal han sido interpretadas predominantemente como normales en las mujeres embarazadas con dengue sin signos de alarma.
- La embarazada puede continuar el curso normal de su embarazo, aunque habrá que controlar la salud fetal. Está indicada la ultrasonografía fetal para evaluar el volumen del líquido amniótico, ya que en algunos casos podría presentarse oligohidramnios, que requiere que se tomen medidas pertinentes. Puede detectarse la presencia de ascitis en el feto.
- El manejo conservador, tanto clínico como obstétrico, constituye el tratamiento de elección.
- Con respecto a la administración de líquidos, se usará siempre la solución lactato de Ringer, solución Hartman y en su defecto solución salina, en las dosis establecidas.
- Entre los diagnósticos diferenciales del dengue, están la eclampsia y la preeclampsia, así como el síndrome de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y bajo recuento plaquetario (síndrome HELLP), que también puede provocar dolor abdominal y sangrado, en este caso por coagulación intravascular diseminada, cuyo manejo clínico

es diferente de aquel paciente con dengue grave por extravasación. El dengue no presenta hemólisis, salvo algún caso en el que sea una complicación excepcionalmente rara. Otros diagnósticos que habrá que descartar son neumonía, embolia pulmonar, diversas causas de sangramiento vaginal y otras causas infecciosas.

- La embarazada con diabetes u otra enfermedad de base deberá recibir atención para esa enfermedad para lograr la máxima compensación posible, además del manejo específico del dengue.
- Para las pacientes con recuento plaquetario <50.000 por mm^3 que se encuentran en trabajo de parto y serán sometidas a cesárea, habrá que considerar la administración de concentrado plaquetario en el momento más cercano posible a la cirugía.
- Durante el puerperio, las embarazadas que tuvieron dengue y fueron atendidas oportunamente no tienen más complicaciones que el resto de las puérperas.
- Es necesario notificar al servicio de pediatría todo recién nacido de madre con dengue al momento del parto, ya que el recién nacido puede expresar la enfermedad hasta 12 días después de su nacimiento.
- La lactancia materna debe ser continua y habrá que estimularla.
- Los recién nacidos de madres con dengue (o de una madre que tuvo la infección hasta una semana antes del parto) que presentan trombocitopenia, fiebre, hepatomegalia y grados variables de insuficiencia circulatoria durante la primera semana de vida, pueden recibir erróneamente un diagnóstico de sepsis neonatal; por lo que es importante conocer el antecedente de infección materna.
- Los recién nacidos de madres que tuvieron la infección por dengue antes o durante el embarazo han recibido anticuerpos maternos (IgG) contra el dengue a través de la placenta y tienen riesgo de presentar dengue grave al ser infectados por un serotipo diferente. Asimismo, los recién nacidos de madres que contrajeron la enfermedad en torno al parto pueden llegar a presentar dengue y dengue grave si son infectados por un serotipo diferente, aún meses más tarde.

12.2 RECIÉN NACIDO, LACTANTE CON DENGUE

Los niños menores de 1 año infectados por el virus del dengue pueden presentar manifestaciones clínicas que conforman cuadros de intensidad leve o moderada e, incluso, enfermedad grave. En ese grupo de edad, la mortalidad es más elevada y algunos síntomas pueden considerarse infrecuentes en el dengue, tales como las manifestaciones relativas al tracto respiratorio superior, diarrea o convulsiones; las últimas casi siempre se diagnostican

inicialmente como convulsiones febriles, aunque pueden deberse a encefalopatía aguda por dengue.

La extravasación se manifiesta inicialmente por edema palpebral y en extremidades. Los trastornos hidroelectrolíticos son relativamente frecuentes en el lactante, tal vez porque, proporcionalmente, su cuerpo tiene mayor volumen de líquidos que el niño de más edad y el adulto. También son frecuentes entre los menores de 1 año la hepatomegalia y la esplenomegalia, que es hasta siete veces más frecuente. En este grupo de edad el choque se manifiesta principalmente como hipotermia, irritabilidad o letargo, extremidades frías y taquicardia. Posteriormente la presión arterial media tiende a descender.

Cuando se produce transmisión vertical de la infección por dengue, los recién nacidos pueden permanecer asintomáticos o pueden desarrollar síntomas tales como fiebre, exantema, petequias, trombocitopenia y hepatomegalia y evolucionar sin complicaciones. Sin embargo, existe un grupo que llega a desarrollar síntomas graves y presentar un cuadro clínico semejante al de sepsis, lo que nos obliga hacer diagnóstico diferencial con dengue grave.

12.3 DENGUE DEL ADULTO MAYOR

La infección por dengue en personas mayores de 60 años se asocia con un riesgo más alto de complicaciones, en comparación con otros grupos de edad. Esa característica se debe principalmente a una mayor incidencia de enfermedades concomitantes, presentaciones inusuales y complicaciones asociadas al dengue y particularidades fisiológicas e inmunológicas de la población de más edad.

Los adultos mayores son especialmente susceptibles a la deshidratación durante la fase febril del dengue. La incidencia de enfermedades crónico-degenerativas se incrementa proporcionalmente con la edad. Por esa razón, el control estricto de los parámetros hemodinámicos y metabólicos reviste gran importancia.

12.4 INFECCIONES ASOCIADAS

Se ha informado de infecciones bacterianas y virales asociadas al dengue, tanto en niños como en adultos (influenza, SARS-CoV-2, chikungunya, entre otras). Dado que esas infecciones comparten manifestaciones clínicas similares, con frecuencia se subestima la concurrencia de estas, especialmente en zonas donde el dengue es endémico.

Al tratar a los pacientes con dengue que presenten una forma inusual de la enfermedad, es necesario descartar una coinfección o una infección asociada a la atención sanitaria (IAAS), cuando la fiebre persiste por más de 7 días, se observan alteraciones del estado de conciencia, insuficiencia renal e insuficiencia respiratoria o esplenomegalia, así como también datos radiográficos de neumonía.

12.5 DENGUE E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En esos casos, se recomienda monitoreo frecuente de la presión arterial y de la presencia de signos de descompensación hemodinámica, las que pueden presentarse asociadas al dengue. Si el paciente mantiene su presión arterial controlada con medicamentos, el seguimiento clínico es similar al de la población que no padece hipertensión. Sin embargo, aquellos pacientes que, aun tomando antihipertensivos, no mantienen sus niveles de su presión arterial controlada, presentando niveles bajos o normales, pueden ser secundarias a fuga capilar. Se recomienda suspender los antihipertensivos a aquellos pacientes que presenten manifestaciones de descompensación hemodinámica durante la fase crítica.

En quienes reciben tratamiento con bloqueadores beta-adrenérgicos puede verse agravada la bradicardia propia del dengue o puede enmascarse el efecto adrenérgico del choque. Asimismo, los pacientes con dengue y miocarditis pueden presentar bradicardia hasta en 98% de los casos. Por tal razón, la frecuencia cardíaca no es un parámetro fiable para el seguimiento. De manera similar, los antagonistas de los canales de calcio pueden producir taquicardia y por ello, esa condición deberá interpretarse con precaución.

12.6 DENGUE Y DIABETES MELLITUS

En el paciente diabético el factor que más frecuentemente desencadena cetoacidosis diabética y síndrome hiperosmolar es la infección. Cualquier proceso infeccioso puede causar descompensación, mientras que, en los casos de dengue grave, se ha determinado que la diabetes es uno de los principales factores de riesgo, porque ambos presentan manifestaciones similares, lo que puede confundir el choque del dengue con una cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar no cetónico. Es de suma importancia tener control de los niveles de glicemia durante la enfermedad por dengue. El paciente diabético que cursa con dengue debe manejarse de acuerdo con las fases clínicas del dengue y mantener el control de la diabetes, en coordinación con el servicio correspondiente.

12.7 DENGUE E INSUFICIENCIA RENAL

Las personas mayores son más susceptibles a la fuga capilar, deshidratación e insuficiencia renal aguda. La rigidez arterial, el deterioro de la función miocárdica y de la reserva pulmonar son consideraciones importantes para tomar en cuenta al momento de instaurar la reposición hídrica. El edema agudo de pulmón y la insuficiencia cardíaca congestiva son complicaciones frecuentes entre los pacientes con dengue.

Los diuréticos tienen un efecto limitado en la insuficiencia renal crónica y pueden contribuir a la sobrecarga de líquidos, además tienen riesgo de presentar acidosis metabólica y desequilibrio electrolítico, lo que podría empeorar durante el choque por dengue, incluso a punto de necesitar diálisis.

12.8 DENGUE Y ENFERMEDADES OSTEOARTICULARES Y ADMINISTRACIÓN DE ANTICOAGULANTES

Los antiinflamatorios no esteroideos, entre ellos el ácido acetil salicílico, son medicamentos de uso frecuente para la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y otras enfermedades osteoarticulares. Durante el episodio de dengue, se aconseja suspender los AINEs y sustituirlos por paracetamol o metamizol sódico.

El uso de esteroides no ha mostrado ningún beneficio en la evolución del dengue, pero no hay razón para suspenderlos a los pacientes con enfermedades reumatológicas que reciben dicho tratamiento.

Los pacientes que toman anticoagulantes orales generalmente tienen o han tenido algún evento de trombosis grave. Si ese evento tuvo lugar en los 6 meses más recientes, puede valorarse la supresión de la anticoagulación o, si el riesgo es muy alto, sustituir por heparinas de bajo peso molecular.

13. CRITERIOS DE INGRESO

- Dengue con signos de alarma (Ver figura 1)
- Dengue con criterios de enfermedad grave.
- Lactantes (menor de 2 años)
- Adulto mayor (mayores de 65 años)
- Intolerancia a la vía oral
- Rechazo a la ingesta de cualquier tipo de alimentación
- Embarazo
- Coagulopatía
- Pacientes con enfermedades crónicas
- Riesgo social: el paciente vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica, no tiene transporte o vive en pobreza extrema.)

14. CRITERIOS DE EGRESO ⁽⁴⁾

14.1 CLINICOS

- Ausencia de fiebre por 48 horas sin administración de antipiréticos
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, mejoría del apetito, estado hemodinámico normal sin necesidad de administración líquido endovenoso, diuresis normal o aumentada, sin dificultad respiratoria y sin evidencia de sangrado)

14.2 LABORATORIO

- Tendencia ascendente del recuento de plaquetas
- Hematocrito estable sin administración de líquidos endovenoso

15. ORIENTACIONES AL PACIENTE Y FAMILIARES

Los pacientes infectados por el virus de dengue, chikunguña y/o Zika son el reservorio de la infección para otras personas tanto en sus hogares como en la comunidad. Es necesario comunicar a los enfermos, sus familias y a la comunidad afectada acerca del riesgo de transmisión y las maneras de prevenir el contagio al disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas. ⁽²⁾

Ante un brote de dengue, la comunicación e información a la población resulta fundamental para acortar su impacto, **ayudar a reducir los criaderos domiciliarios** y para que las personas afectadas **busquen asistencia médica oportuna**, de manera de evitar formas graves y muertes por dengue. Los mensajes comunicacionales deben centrarse en la **identificación de signos de alarma y la búsqueda de asistencia médica oportuna**. ⁽⁹⁾

Para reducir al mínimo el contacto del vector-paciente se recomienda: ⁽²⁾

- El paciente debe descansar bajo mosquiteros, impregnados, o no, con insecticida.
- El paciente, así como otros miembros del hogar, han de llevar mangas largas (si hay enfermos en la casa) para cubrir las extremidades.
- Los repelentes que contienen DEET, IR3535 o Icaridina, se pueden aplicar en la piel expuesta o en ropa de vestir, y su uso debe estar en estricta conformidad con las instrucciones de la etiqueta del producto.
- Emplear alambre-malla/redes contra mosquitos en puertas y ventanas.

Estas medidas de prevención personal son también efectivas para prevenir la transmisión del virus a personas sanas.

Otras recomendaciones se describen a continuación: ⁽¹¹⁾

- Si el paciente se encuentra en casa haga que descanse tanto como sea posible.
- Controlar la fiebre (paracetamol o metamizol) y uso de medios físicos
- Prevenga la deshidratación
- Estar atento a los signos de alarma, tales como:
 - ✓ Dolor o sensibilidad en el estómago
 - ✓ Vómitos (al menos 3 veces en 24 horas)
 - ✓ Sangrado por la nariz o las encías
 - ✓ Vómitos con sangre o sangre en las heces
 - ✓ Sensación de cansancio, inquietud o irritabilidad
 - ✓ Piel fría, sudorosa y pegajosa
 - ✓ Dificultad para respirar

16. INDICADORES

Proceso de atención	Indicador
Diagnóstico/Manejo	Porcentajes de pacientes diagnosticados con dengue
	Porcentajes de pacientes con dengue con signos de alarma
	Porcentajes de pacientes con dengue grave
	Porcentajes de pacientes con egreso satisfactorio

17. BIBLIOGRAFÍA

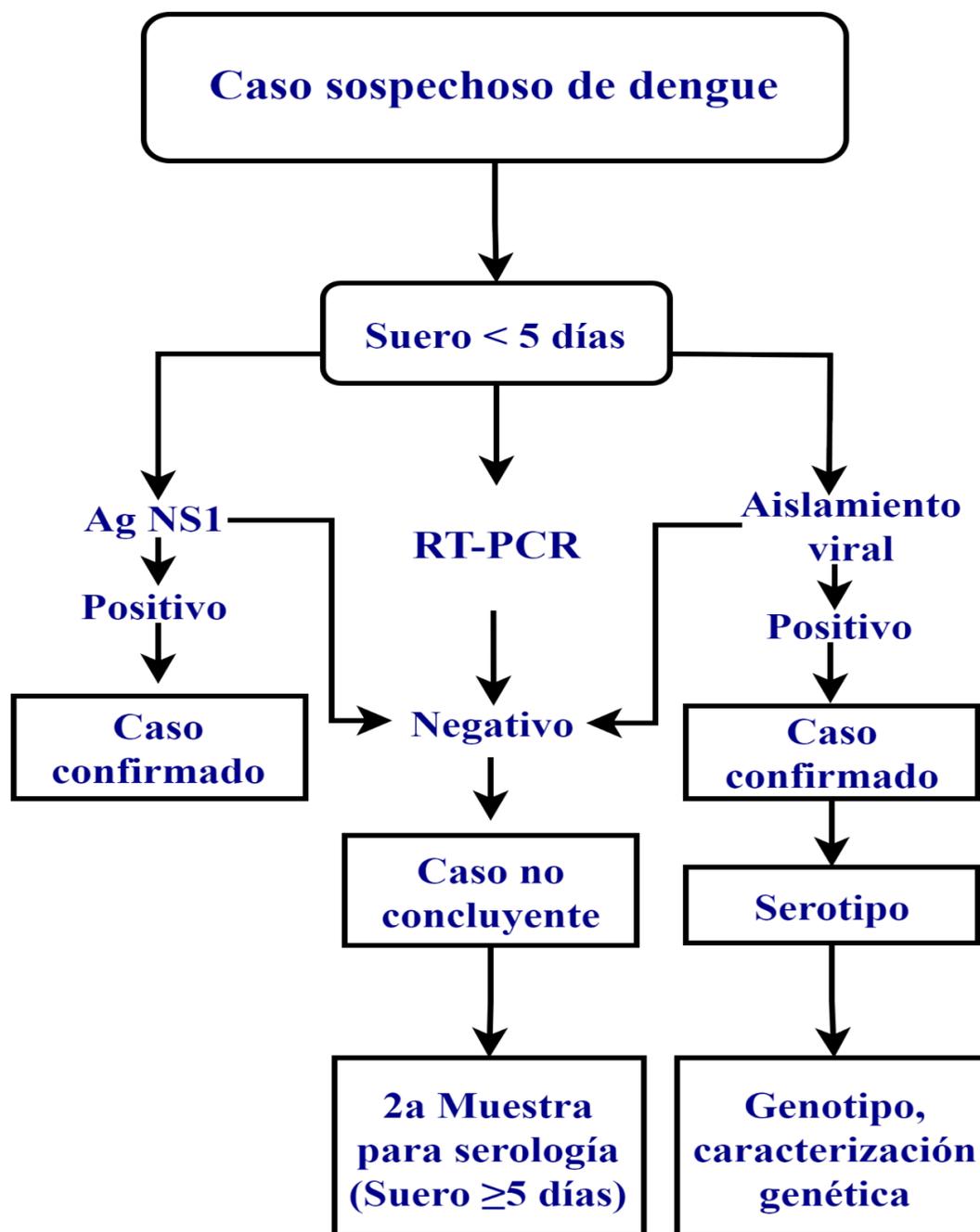
1. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/instrumento-para-diagnostico-atencion-pacientes-con-sospecha-arbovirosis-2016>
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C. Alerta Epidemiológica-Aumento de casos de dengue en América Central y el Caribe [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-aumento-casos-dengue-america-central-caribe-15-septiembre-2023>
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Epidemiología. [Internet]. República Dominicana. Boletín Epidemiológico Semanal No. 35. [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://digepi.gob.do/noticias/boletin-epidemiologico-semanal-35-2023/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/dengue-guias-para-atencion-enfermos-region-americas-2a-edicion>
5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). [Internet]. Detección de antígenos del virus del dengue. [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dengue/es/healthcare-providers/testing/antigen-detection.html>
6. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para el diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, el chikunguña y el zika. Edición corregida. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55125>
7. aeped.es/ [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; c2023 [citado el 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metamizol>
8. ema.europa.eu/ [Internet]. Reino Unido: Agencia de Medicina Europea; c2021 [citado el 22 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/metamizole-containing-medicinal-products>
9. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Washington, D.C. Actualización Epidemiológica: Dengue [citado el 30 de septiembre de 2023]. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-dengue-7-febrero-2020>

10. Iturbide I., Santiago M., Henain K, et al. Evaluación ecográfica de la vena cavainferior en los pacientes hemodinámicamente inestables. Revista Argentina de Radiología [Internet]. marzo de 2017 [citado 22 de octubre de 2023]; 81(3): 209-213. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048761917300042?via%3Dihub>
11. [cdc.gov](https://www.cdc.gov). [Internet]. Estados Unidos: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades; c2023 [citado el 6 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dengue/es/symptoms/family.html>
12. [paho.org/es/](https://www.paho.org/es/) [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; Julio 2020 [citado el 6 de octubre de 2023]. Algoritmos para el Manejo Clínico de los Casos de Dengue Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/algoritmos-para-manejo-clinico-casos-dengue>

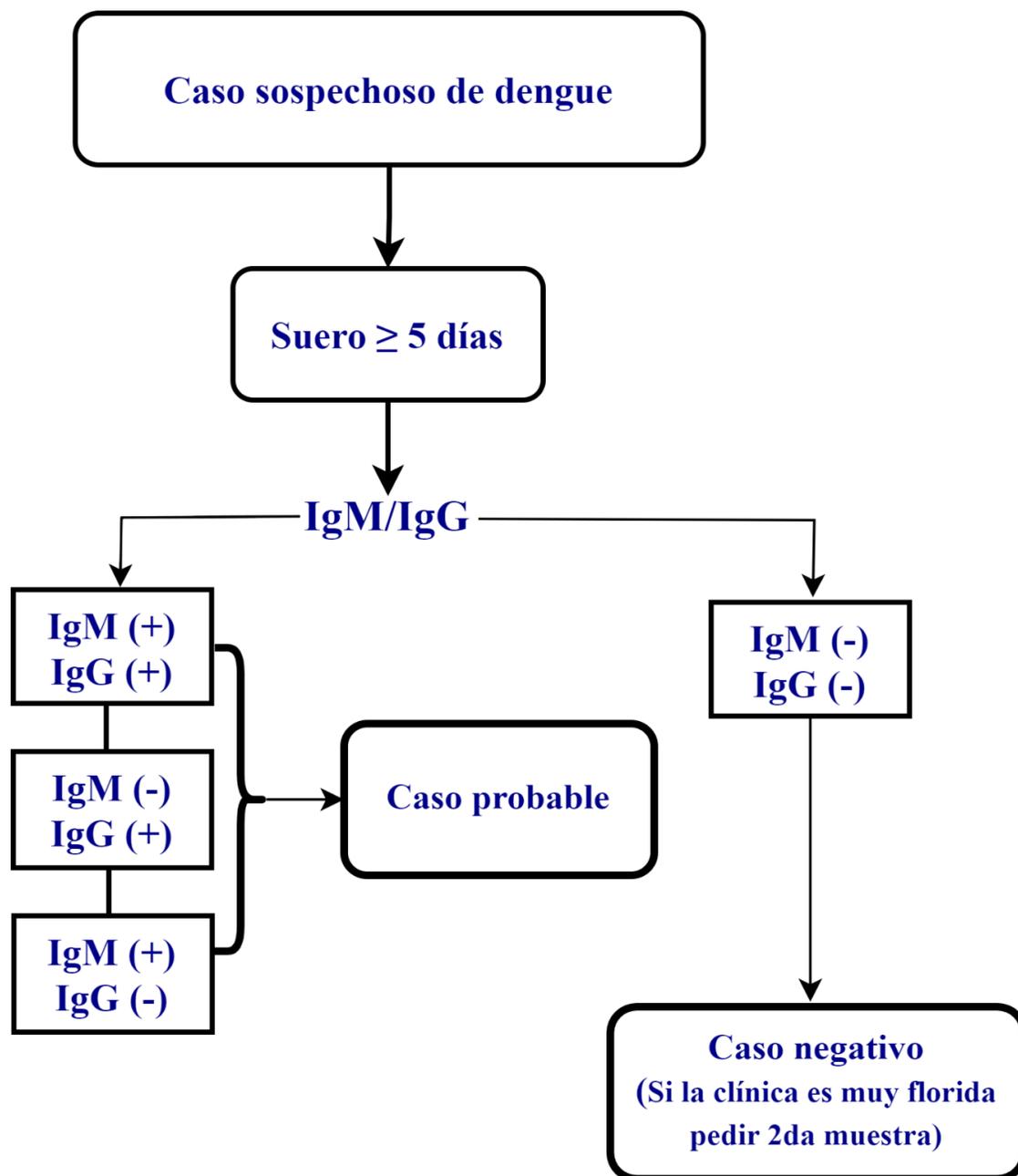
18. ANEXOS

Anexo 1: Algoritmo para el diagnóstico del dengue por laboratorio



Fuente: Adaptado de Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. ⁽⁴⁾

Anexo 2: Algoritmo para el diagnóstico del dengue por laboratorio



Fuente: Adaptado de Guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ed. Washington, DC: OPS, 2016. ⁽⁴⁾



Av. Héctor Homero Hernández V., Esq. Av. Tiradentes,
Ensanche La Fe, Santo Domingo, D.N. C.P.10514
Teléfono: (809) 541-3121
www.msp.gob.do
RNC. 401-00739-8

SANTO DOMINGO REPÚBLICA DOMINICANA