

¡¡ALERTA.....DENGUE!!

MANEJO DE CASOS DE DENGUE DURANTE EPIDEMIAS

Capacitación a profesionales de salud

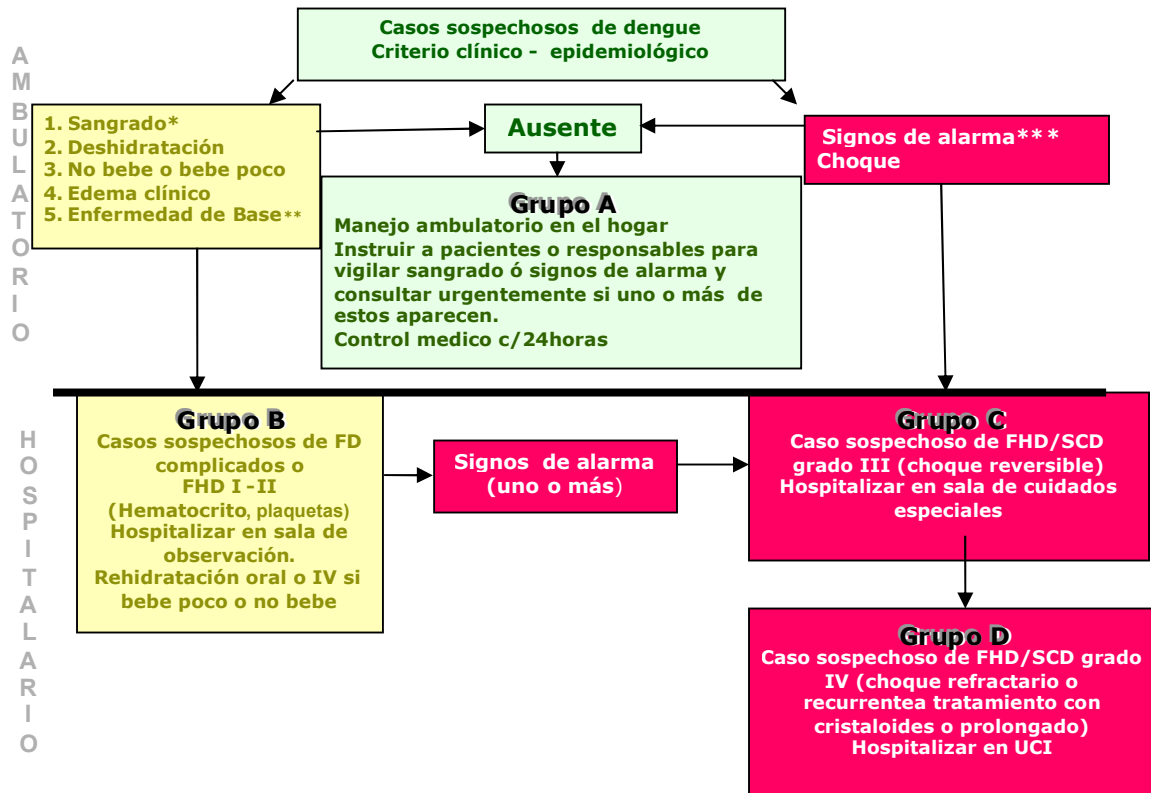
PRESENTACIÓN

El dengue es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que 80 millones de personas por año contraen la infección, con unas 550 000 hospitalizaciones y 20 000 muertes. En el Paraguay, el comportamiento de la enfermedad y la circulación de los tres serotipos del virus (DEN 1, 2 y 3) entre los años 2 000 y 2 006 muestra el elevado riesgo de epidemias de dengue y dengue hemorrágico, por lo cual es imprescindible intensificar las medidas para prevenir la enfermedad, a fin de encarar mejor el problema y reducir el impacto del dengue en el país. En este contexto, la capacitación de profesionales de salud en lo que respecta a la atención de los pacientes con dengue es uno de los principales componentes del Programa de Control del Dengue (PCD) del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSP y BS). Para responder a esa necesidad, las autoridades sanitarias del MSP y BS con la colaboración de la OPS/OMS en la venida del Dr. Ernesto Pleites, médico salvadoreño, infectólogo pediatra, experto de probada experiencia en el tema dengue, están impartiendo cursos que se acompañan de la distribución de materiales de capacitación para profesionales médicos; en donde se abordan los principales problemas que se han observado en la atención del enfermo con dengue; a fin de que los conceptos puedan ser replicados en sus respectivos servicios de salud.

El objetivo de esta actividad es orientar a los profesionales de la salud en forma práctica, en el mejor conocimiento de la enfermedad y el manejo clínico de los casos en periodo de epidemia y endemia.

Lo que se expone a continuación son clasificaciones de definiciones operativas para manejo de casos en situación de epidemias:

FLUJOGRAMA DE MANEJO DE DENGUE DURANTE EPIDEMIAS



* Sangrado espontáneo o provocado

** Los que tienen enfermedad de base. Ej. Cardiopatas, diabéticos, inmunosuprimidos, renales, desnutridos graves, anemia de células falciformes, asmáticos, etc.

*** **Clínicos:** dolor abdominal moderado o intenso, vómitos persistentes, caída brusca de la temperatura, trastornos de la conciencia, hipotensión postural; disminución de la presión del pulso < 20mmHg.

Laboratorio: aumento progresivo del hematocrito, descenso progresivo de las plaquetas

FD: Fiebre Dengue; **FHD:** Dengue Hemorrágico; **SCD:** Síndrome de choque por dengue.



TABLA DE MANEJO DE CASOS POR GRUPOS DE RIESGO, EN SITUACIÓN DE EPIDEMIA

Grupo A		Grupo B	
Fiebre + algia y/o fiebre indiferenciada (Casos sospechoso de dengue). No hay hemorragia, deshidratación ni signos de alarma		FD complicados (manifestaciones hemorrágicas inducidas o espontáneas), pacientes con patologías asociadas, trombocitopenia <100.000/mm ³ ,) y/o casos sospechosos FHD grado I-II (hemorragias inducidas o espontáneas) y ausencia de signos de alarma.	
Nivel de atención Primario ambulatorio	TRATAMIENTO	NIVEL DE ATENCIÓN Hospitalares Distritales, Regionales o de Referencia	TRATAMIENTO
LABORATORIO (seguimiento) -No solicitar análisis de rutina. -Solicitar a partir del tercer día de iniciado los síntomas (Hemograma y Plaquetas) sólo si es necesario . 1. Edad menor de 2 años 2. Diagnóstico dudoso. 3. Aparición de signos de alarma (pasa a grupo C).	-Manejo ambulatorio en el hogar. -Educación a los responsables. -Líquidos orales abundantes. Lactantes: leche materna más otros líquidos de acuerdo a su edad. Niños mayores: agua, suero oral, caldos, jugos de frutas, sopas: una taza c/2-3 hs. Adolescentes y Adultos: agua, suero oral, jugos naturales, caldos, sopas u otros líquidos c/h. durante el día, c/4 hs durante la noche (anotar la cantidad ingerida). Fiebre: -Niños: Paracetamol 10-15 mg/kg/dosis c/6 hs. -Adultos: 500-1000 mg/dosis c/6 hs. *No salicilatos, AINES, pirazolonas. Control médico c/24 hs a partir del tercer día, hasta 48 hs después de haber cedido la fiebre. Explique a los padres o responsables lo siguiente: *Si el paciente bebe poco o no bebe, si hay sangrado, está irritable, deshidratado, tiene diarrea, signo(s) de alarma (dolor abdominal moderado o intenso, vómitos persistentes, caída brusca de la temperatura y/o trastornos de la conciencia) el mismo "DEBE REGRESAR URGENTEMENTE AL CENTRO ASISTENCIAL AUNQUE NO HAYAN PASADO LAS 24 HORAS PARA SU CONTROL."	LABORATORIO (seguimiento) -Hemograma, plaquetas al ingreso y luego hematocrito y plaquetas cada 24 hs.	-Hospitalizar en sala de observación hasta 24 hs de apirexia. -Líquidos VO (ver Grupo A), con supervisión. -Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado. (ver tabla 1) Re-evaluar cada 1 hora -Epistaxis: considere taponamiento. Si durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a Grupo C.

Grupo C		Grupo D	
Uno o más de los signos de alarma (dolor abdominal moderado o intenso, vómitos persistentes, caída brusca de la temperatura, trastornos de la conciencia) Hemoconcentración (aumento del hematocrito) que progresa sobre el hematocrito inicial Ascitis o derrame pleural Signos tempranos de Choque (taquicardia, taquipnea, hipotermia distal, hipotensión postural, disminución de la presión del pulso entre 11 y <20 mmHg).		FHD Grado IV , choque profundo prolongado, recurrente o refractario Choque Presión de pulso = inferior a 10 mmHg Presión sistólica <70 para menores de 1 año, <80 en menores de 5 años, <de 90 en mayores de 5 años y adultos Palidez, cianosis central, taquicardia, taquipnea, hipotermia, debilidad, oliguria, Acidosis metabólica	
NIVEL DE ATENCIÓN Probable FHD grado III-IV Hospitalares, regionales o de referencia	TRATAMIENTO	NIVEL DE ATENCIÓN Terciario, UTI Tener en reserva Glóbulos Rojos Concentrados (GRC), Plaquetas y Plasma Fresco Congelado (PFC).	TRATAMIENTO
LABORATORIO (seguimiento) Hto y Hb al ingreso y luego c/2-4 hs mientras persista el choque o la hemoconcentración. Plaquetas c/24 hs o antes según sangrado moderado o grave persistente (incluir crisis sanguínea). Ecoografía tóraco-abdominal o Rx de tórax. Orina simple si es necesario. En pacientes con signos tempranos de choque: Gasometría Acido láctico Electrolitos Urea, creatinina, GOT, GPT. Proteína C reactiva. Crisis sanguínea.	Establezca al paciente, en el lugar del diagnóstico Administre: Líquidos IV*: Lactato de Ringer o Solución Salina Isotónica: pasar una carga de 20 ml/kg en 30 minutos a una hora. RE-EVALUAR. Si el paciente se estabiliza, pasar a hidratación de mantenimiento. Si aparecen signos de choque repetir las cargas cada 20 minutos y RE-EVALUAR. Se pueden repetir las cargas hasta 3 veces. Oxígeno: 2-3 litros, por cánula nasal, en pacientes con signos tempranos de choque Signos vitales cada 15 a 30 minutos por 4 hs., o hasta estabilización del paciente. Observar para detectar cianosis. Hemorragias moderadas con Hto y Hb estables se tratan con soluciones cristaloides como se ha señalado. Si no hay respuesta en una hora refiera urgentemente al nivel correspondiente con líquidos IV a 20 ml/kg/hora. Si no puede remitir trate como un Grupo D Precaución en pacientes con enfermedad de base y adultos mayores.	LABORATORIO (seguimiento) Hto y Hb c/ 2-4h Plaquetas c/12-24h Tipificación TP, TPTA Fibrinógeno Hemoqrama Electrolitos Urea, creatinina GOT, GPT Gasometría Proteínas-albúmina Proteína C reactiva Rx. de tórax según necesidad Ecoografía tóraco- abdominal Eco cardiografía Orina simple si es necesario	Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención. Administre líquidos IV: Ringer lactato o solución salina a 20 ml/kg/bolo (en 3 a 5 minutos), puede repetirse c/20 minutos hasta un volumen de 60 ml/kg/h o más y refiera a hospitales de referencia. Hospitalizar en UTI. Monitoreo minuto a minuto Oxígeno por cánula nasal Si se le ha administrado 3 bolos o más y no se ha estabilizado, medir la PVC. Si la PVC es menor de 8 considere más cristaloides, los necesarios para recuperar la presión arterial o una diuresis ≥ de 1cc/kg/h. Corregir acidosis, hipoalbumemia, hipocalcemia Si se estabiliza: administrar líquidos de mantenimiento. (Ver tabla 1) Si persisten los signos de choque valorar: Pérdidas ocultas Insuficiencia cardíaca por miocardiopatía Sangrado del SNC Falla de bomba: considere el uso de inotrópicos. Hemorragias graves (caída del Hto >40% y/o Hb <10 gr/dl): transfundir GRC. En caso de persistencia de sangrado moderado o grave a pesar de transfusión de GRC: transfundir plaquetas. Si el choque persiste a pesar del tratamiento intensivo con cristaloides considere otros expansores de plasma como: Hemacel Albúmina al 5% -Plasma Fresco Congelado hasta estabilizar la presión arterial o una diuresis 1cc/Kg/h No utilizar dextran

Dr. GUALBERTO PIÑÁNEZ, Director DGVS
Comité Editorial
DRA. MALVINA PAEZ, Coordinadora
DR. IVAN ALLENDE, Director DIVET
DR. FLORIANO CALDEROLI, Asesor DGVS
DRA. MARÍA ANGÉLICA LEGUIZAMÓN SAMANIEGO

Dirección General de Vigilancia de la Salud
Manuel Dominguez e/ Brasil y Rojas Silva.
Edificio del SENEPa 1er Piso.
Telefax: 203 998/208 217
**Correo Electrónico: davs_py@yahoo.com,
gie@mspbs.gov.py**