



GRUPO C

Esta en Choque

Se incluyen pacientes con

- 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
- Palidez, cianosis central, taquicardia, taquipnea, hipotermia, debilidad, oliguria
- Acidosis metabólica

Nivel de atención: Terciario, UTI

Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención

- Obtener un hematócrito al ingreso
- 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 a alto flujo con mascarilla
- Si se le ha administrado 3 bolos o más y no se ha estabilizado, medir la PVC y solicitar ecocardiografía
- 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, hipoglicemia, hipocalcemia
- Si el paciente se estabiliza (el pulso es palpable), seguir con Solución Salina:
 - 10 ml/kg/hora por 2 horas
 - 7 ml/kg/hora (<=15 kg) o 5 ml/kg/hora (>15 kg) por 2 horas
 - 5 ml/kg/hora (<=15 kg) o 3 ml/kg/hora (>15 kg) por 2 horas
- Si sigue estable, pasar a Hidratación de mantenimiento
- Si el choque persiste a pesar del tratamiento intensivo con cristaloides considere otros expansores de plasma :- Hemacel
 - Albúmina
 - Plasma Fresco Congelado
 - NO utilizar dextran
 - Hematócrito en descenso: Transfusión de sangre
- Si persisten los signos de choque valorar:
 - Pérdidas oculales
 - 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 g/dl): transfundir CGR
 - En caso de persistencia de sangrado moderado o grave a pesar de transfusión de GRC: transfundir plaquetas
 - Tener en reserva Glóbulos Rojos Concentrados (GRC), Plaquetas y Plasma Fresco Congelado (PFC). Hospitales, regionales o de referencia
- **Laboratorio:**
 - Tipificación
 - Hto y Hb c/ 2-4h
 - Plaquetas c/12-24h
 - GOT, GPT TP, TPTA Fibrinógeno
 - Electrolitos, Calcio, Urea, creatinina, Glicemia
 - Gasometría, Acido láctico
 - Proteínas-albúmina
 - Proteína C reactiva
 - Orina simple si es necesario
- **Estudios de Imágenes**
 - Rx de tórax seriada según indicación clínica
 - Ecografía tóraco-abdominal
 - Ecocardiografía
 - Ecocardiografía precoz

GRUPO B 2

TIENE UNO O MÁS SIGNOS DE ALARMA O SIGNOS TEMPRANOS DE CHOQUE

NIVEL DE ATENCIÓN: HOSPITALES, REGIONALES O DE REFERENCIA

Inicie el tratamiento en el primer lugar de atención

- Obtener un Hematócrito al ingreso
- Administre Líquidos IV: Lactato de Ringer o Solución Salina Isotónica:
 - pasar una carga de 10 ml/kg en una hora.

RE-EVALUAR

- Si el paciente se estabiliza, seguir con Solución Salina
 - 7 ml/kg/hora (<=15 kg) o 5 ml/kg/hora (>15 kg) por 2 horas
 - 5 ml/kg/hora (<=15 kg) o 3 ml/kg/hora (>15 kg) por 2 horas
- Si sigue estable, 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
- Obtener un 2do hematócrito (a las 2 hs):
 - Hto igual o en descenso: Hidratación de mantenimiento
 - Hto en ascenso: Nueva carga de Suero Fisiológico a 10ml/kg en una hora
 - Oxígeno, 2-3 litros, por cánula nasal, en pacientes con signos tempranos de choque
 - Signos vitales c/15-30 minutos, hasta estabilización
 - Balance hídrico y diuresis horaria
 - Observar para detectar cianosis
 - Hemorragias moderadas con Hto y Hb estables: se tratan con soluciones cristaloides
 - Si no hay respuesta: refiera urgentemente al nivel correspondiente con líquidos IV a 20 ml/kg/hora
 - Si no puede remitir, trate como Grupo C

Precaución en pacientes con enfermedad de base y adultos mayores.

Aportar el mínimo de fluidos IV necesario para mantener una buena perfusión y diuresis de por lo menos 1 ml/kg/hr

Habitualmente los fluidos IV son necesarios por solamente 24 – 48 hr

Reducir los fluidos IV gradualmente cuando la severidad del escape de fluidos disminuye, cerca del final de la fase crítica indicado por: La diuresis y/o la ingesta oral de fluidos son adecuadas

El hematócrito disminuye por debajo de la línea de base en un paciente estable

• Laboratorio:

- Hto y Hb al ingreso, después del reemplazamiento de fluidos y luego c/6-12 hs
- Plaquetas c/24h o antes según sangrado moderado o grave persistente (incluir crisis sanguíneas)
- Tipificación
 - Urea, creatinina, Glicemia
 - GOT, GPT
 - Gasometría
 - Acido láctico
 - Electrolitos
 - Proteínas-albúmina
 - Proteína C reactiva
 - Orina simple si es necesario

Estudios de Imágenes

- Ecografía tóraco-abdominal
- Rx de tórax seriada según indicación clínica
- Valorar ecocardiografía

GRUPO B 1

Tiene algún sangrado o comorbilidad

Fiebre del dengue complicado con

- Manifestaciones hemorrágicas no severas
- Pacientes con comorbilidad
- Pacientes con trombocitopenia <100.000/mm3
- Con ausencia de signos de alarma

Nivel de atención: Hospitales Distritales, Regionales o de Referencia

Hospitalizar en sala de observación

- Líquidos VO como en el Grupo A (supervisado)

- Si no tolera la vía oral o bebe poco líquido, hidratar por vía IV a dosis de mantenimiento, excepto si está deshidratado

- Re-evaluar de acuerdo a evolución clínica.

- Epistaxis: considere taponamiento

- Sí durante la re-evaluación se detectan signos de alarma pasa a Grupo B2

Laboratorio: Hemograma, plaquetas al ingreso y luego hematócrito y plaquetas cada 24h

GRUPO A

Sospecha de dengue sin comorbilidad ni síntomas de Alarma

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/2-3h

- Adolescentes y Adultos: agua, suero oral, jugos naturales, caldos, sopas u otros líquidos c/h durante el día, c/4h durante la noche (anotar la cantidad ingerida)

Signos de alarma en dengue

- Dolor abdominal intenso y sostenido (o la palpación)
- Vómitos persistentes
- Sangramiento de mucosas o hemorragias espontánea
 - Petequias, equimosis, hematomas
 - Gingivorragia, sangrado nasal
 - Vómitos con sangrado
 - Heces negruzcas o con sangre evidente
 - Mestrucación excesiva / sangrado vaginal
- Acumulación clínica de líquidos (ascitis, derrame pleural)
- Cambio de fiebre a hipotermia con sudoración profusa, postración o lipotimia
- Cambios del estado mental: Letargia/intranquilidad
- Dolor precordial
- Hepatomegalia >2cm (adultos)
- Laboratorio: Incremento del hematócrito concurrente con descenso de plaquetas
- USG: pared vesicular >4 – 6 mm

Dengue: criterios de alta

- Ausencia de fiebre por 24 – 48 hr
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, apetito, hemodinamia estable, buena diuresis, ausencia de dificultad respiratoria)
- Tendencia al aumento de plaquetas (usualmente precedido por el aumento de Leucocitos)
- Hematócrito estable sin requerimiento de fluidos Intravenosos

Signos de Choque: extremidades frías, relleno capilar > de 2 seg, sensorio alternante o decaimiento marcado