

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

Elaborado por
Armando Galeano Marín, MD

Edición especial para médicos
y enfermeras

BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN
PARA LA ACCIÓN



TEMAS DE ACTUALIDAD

EN EL 2006 CONTINUA LA MORTALIDAD POR DENGUE EN ANTIOQUIA

FIEBRE DENGUE

El Dengue es una enfermedad febril aguda que se caracteriza por un comienzo repentino, con fiebre que dura de tres a siete días, cefalalgia, dolores retrooculares, articulares, musculares y en ocasiones exantema maculopapular. Las complicaciones son excepcionales en el dengue clásico y consisten principalmente en convulsiones, trastornos de conciencia y trastornos motores.

Una variedad grave es el dengue hemorrágico, que se caracteriza por los síntomas descritos más la presencia de hemorragias, principalmente en piel, mucosas y tracto gastrointestinal, trastornos de la coagulación, trombocitopenia y aumento de la permeabilidad capilar. Puede llegar a presentarse acidosis, coagulación intravascular diseminada y hemorragias masivas

Agente: Es causado por el virus dengue, que tiene 4 serótipos. La infección deja inmunidad definitiva para el serotipo que causó el episodio.

Modo de transmisión: se transmite por la picadura de un mosquito infectado (*Aedes aegypti*) a un huésped susceptible

Reservorio: El hombre y el mosquito *Aedes aegypti*

Período de incubación: 3 a 15 días, generalmente de cuatro a ocho días.

Período de transmisibilidad: Se transmite de persona – mosquito - persona. Los enfermos son infectantes para los mosquitos desde el día anterior al comienzo de la enfermedad y hasta el quinto día de ésta.

Caso probable de dengue clásico: Paciente que presenta cuadro febril agudo acompañado de algunas de estas manifestaciones: cefalea, mialgias, dolor retroocular, artralgias y en algunos casos presencia de exantema o alguna manifestación hemorrágica.

Caso confirmado de dengue clásico: Es un caso probable a quien se le detecta:

- Cualquier título de anticuerpos IgM contra el virus dengue, o
- Títulos de inhibición de hemaglutinación mayores o iguales a 1: 1280 en cualquier muestra (aguda o convaleciente), o
- Alza cuádruple (dos diluciones) en los títulos de inhibición de hemaglutinación, entre la muestra en fase aguda y convaleciente.
- Aislamiento viral positivo en suero.

Caso compatible de dengue clásico (confirmado clínicamente): Es un caso probable de dengue clásico que procede o reside en zona endémica y al que no se le realizó estudio por laboratorio o éste fue no concluyente.

Caso probable de dengue hemorrágico: Paciente que presenta los cuatro criterios siguientes:

- Cuadro febril agudo que puede acompañarse de cefalea, mialgias, artralgias y en algunos casos exantema.
- Alguna manifestación hemorrágica o prueba del torniquete positiva.

- Alteraciones en la coagulación (Trombocitopenia) que se manifiestan por el recuento de plaquetas igual o menor de 100.000 por milímetro cúbico.
- Hemoconcentración: La cual se demuestra por: Aumento del hematocrito mayor o igual a un 20% comparado con uno normal tomado antes o después (4-5 días) del inicio de la sintomatología o una relación Hto/Hb mayor o igual a 3.5 o presencia de derrames serosos (pleural, peritoneal) o signos de choque o hematocrito superior a 48.

El aumento del hematocrito se debe documentar realizándolo al momento del diagnóstico y con controles cada seis horas en los pacientes con signos de shock, y una vez al día para el resto.

La prueba del torniquete se realiza con un tensiómetro, colocándolo en el punto medio entre la presión sistólica y la presión diastólica del paciente, se deja por cinco minutos y luego se cuentan las petequias. La prueba con recuento de petequias mayor de 20 en un cuadrado de 2.5 centímetros de lado es considerada como positiva.

Caso confirmado de dengue hemorrágico: Es un caso probable de dengue hemorrágico con confirmación por laboratorio de la infección viral y que tiene los 4 criterios de hemorrágico.

Caso compatible de dengue hemorrágico: Es un caso probable de dengue hemorrágico sin confirmación de la infección viral por laboratorio o con resultados no concluyentes.

Que se debe hacer con el paciente

A partir del caso probable

Realizar prueba de torniquete, si ésta es positiva o hay alguna manifestación hemorrágica, tomar muestra para hemoglobina, hematocrito y recuento de plaquetas cuyos resultados confirman o descartan alteraciones en la coagulación que permitan su clasificación como dengue clásico o hemorrágico.

Manejo del dengue clásico

- Esquema terapéutico:
 - El dengue clásico, no requiere tratamiento específico, sólo sintomático, se recomienda el uso de analgésicos y antipiréticos excluida la aspirina y en general los salicilatos.

Generalmente es de manejo ambulatorio con aislamiento vectorial, uso de toldillo, hasta el quinto día después de iniciados los síntomas.

De un cuadro clínico de dengue clásico se puede evolucionar hacia la forma hemorrágica, por lo cual es indispensable tener presente los signos clínicos que predicen tal evolución y dar instrucciones al paciente y su familia para que consulte nuevamente, ante la presencia de los siguientes signos de alarma: vómito persistente, dolor abdominal, hepatomegalia agitación o cualquier tipo de hemorragia. La presencia de alguno de ellos indica la necesidad de hospitalización y realización de: hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas.

Manejo del dengue hemorrágico

- A partir de la clasificación como caso probable de dengue hemorrágico, hospitalizar en el nivel de atención que disponga de un laboratorio que permita realizar hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas. Con aislamiento vectorial, uso de toldillo, hasta cinco días después de iniciados los síntomas.

- Notificación inmediata individual.
- Estudio por laboratorio:
 - Detección de anticuerpos IgM contra el virus dengue. Son detectables en el suero aproximadamente al quinto día de iniciado el cuadro febril y persisten por dos o tres meses.
 - Aislamiento viral. Es posible obtenerlo en sueros tomados en los primeros cinco días de iniciado el cuadro febril. Aunque no es un método muy sensible, es el único que permite diferenciar el serotipo infectante, lo cual tiene un interés más de tipo epidemiológico, por lo tanto no es una prueba para hacerse en forma rutinaria a todos los casos.
 - **Tipo de muestra:** Dos ml de suero no hemolizado, sueros lipémicos pueden dar falsos positivos.
 - **Toma y envío de la muestra:** El suero se separa en tubo estéril tan pronto se retraiga el coágulo, almacenar y enviar refrigerado a la mayor brevedad posible, el tubo con la muestra debe sellarse con cinta adhesiva y rotularse claramente con el nombre, fecha de toma y procedencia.

La orden de laboratorio debe incluir además de los datos clínicos y del sitio de residencia del paciente, lo siguiente: fecha de toma de la muestra, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia o ausencia de manifestaciones hemorrágicas, resultado de la prueba del torniquete y datos de hemoglobina, hematocrito y recuento de plaquetas.

- Esquema terapéutico:

El pronóstico depende del reconocimiento temprano y del manejo oportuno.

Para el tratamiento del dengue hemorrágico es importante clasificarlo en grados:

Grado I: Fiebre acompañada de síntomas generales, la única manifestación hemorrágica es una prueba de torniquete positiva.

Grado II: Con los signos y síntomas del grado I, más hemorragias espontáneas. No hay signos de choque.

Grado III: Choque manifiesto por pulso rápido y débil más hipotensión o presión de pulso (presión sistólica- p. diastólica) menor igual de 20 mmHg, generalmente hay piel fría y húmeda y agitación.

Grado IV: Choque profundo con presión arterial y pulsos no perceptibles.

La trombocitopenia y la hemoconcentración son características comunes a todos estos grados. Los grados III y IV equivalen al síndrome del choque del dengue.

En el dengue hemorrágico, la alteración fisiológica principal esta dada por la fuga de plasma del espacio intravascular hacia los tejidos y cavidades llevando a la hemoconcentración y en los casos más graves al choque. La terapia va dirigida a la reposición oportuna de las pérdidas de plasma.

La medición seriada de hematocrito, hemoglobina, plaquetas y los signos vitales son los mejores parámetros para monitorizar el tratamiento.

Otras mediciones útiles son la eliminación urinaria, ionograma y gases arteriales.

Signos de alarma

- Dolor abdominal severo
- Vomito prolongado
- Cambio abrupto de fiebre a hipotermia
- Cambios en el estado de conciencia
- Aumento del hematocrito
- Disminución del recuento plaquetario

- Los casos probables de dengue hemorrágico grados I y II no requieren habitualmente de terapia con líquidos venosos. Se recomienda hidratación oral igual que la utilizada para tratar la deshidratación leve y moderada de la enfermedad diarreica, antipiréticos y monitoreo frecuente para la detección precoz de otros signos y síntomas.

- Los grados III y IV (síndrome de choque), requieren tratamiento específico para el choque: Se recomienda el paso de líquidos endovenosos iniciando con Lactato de Ringer o solución salina 10 a 20 ml/kilo a chorro. Si al terminar esta carga inicial hay mejoría en los signos vitales se continúa con la misma solución a razón de 10 ml/kg/h hasta que el hematocrito baje a niveles de 40% o menos y el paciente recupere la vía oral.

Si al terminar el bolo inicial no hay mejoría en los signos vitales se puede repetir otro bolo de 20 a 30 mL/kg, si el choque persiste debe administrar plasma o expansores plasmáticos como el Dextran o albúmina al 5% a razón de 10 a 20 ml/kg/hora hasta que sea evidente la mejoría de los signos vitales. La mayor parte de los casos no requieren más de 20 o 30 ml/kg de plasma o 10 a 15 ml/kg de expansor plasmático.

Si el choque continúa repetir el hematocrito y si disminuyo pensar en hemorragia interna y aplicar sangre fresca total a razón de 10 mL/kg.

En caso de choque refractario, medir PVC para guiar el suministro de líquidos e iniciar soporte inotropico con dopamina y adrenalina.

A los pacientes que se ven muy enfermos o no mejoran en el tiempo esperado, debe realizárseles control periódico de ionograma y gasometría ya que son frecuentes la hiponatremia y la acidosis metabólica. Esta última no controlada desencadena coagulación intravascular diseminada.

Transfusiones

- Sangre total, solo si se sospecha una hemorragia importante.
- Plasma fresco o concentrado de plaquetas, solo en casos de coagulación intravascular diseminada con sangrado masivo.

Mantenimiento

Una vez que mejoren los signos vitales se continúa con lactato de Ringer o solución salina a razón de 10 mls/kg/h hasta que se recupere el hematocrito. En este momento se debe **reducir el goteo al mínimo, pues se corre el riesgo de llevar al paciente a una sobrecarga de líquidos y a un edema pulmonar.**

La reabsorción de líquidos, que ocurre usualmente entre las 24 y las 48 horas de la estabilización, se caracteriza por un descenso adicional del hematocrito, con gasto urinario normal, pero puede presentarse edema pulmonar, insuficiencia cardiaca y muerte.

- Realizar hemoglobina, hematocrito y recuento de plaquetas cada 6 horas en los pacientes grados III y IV y cada 24 horas en los grados I y II.
- Criterios para dar de alta a pacientes hospitalizados
 - Ausencia de fiebre durante 24 horas, sin el uso de terapéutica antifebrecil (crioterapia o antipiréticos).
 - Mejoría visible del cuadro clínico.
 - Hematocrito normal.
 - Recuento plaquetario superior a 50.000/mm³, preferiblemente superior a 100.000/m³
 - Mas de 48 horas después de la recuperación del choque
 - Ausencia de dificultad respiratoria secundaria o derrame pleural o ascitis.

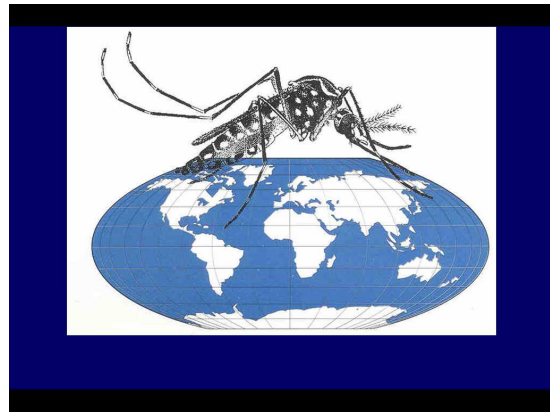
- Gasto urinario normal

RECUERDE:

- En cada nuevo pico epidémico la probabilidad de casos de dengue hemorrágico es mayor
- Entre nosotros están circulando todos los serotipos de dengue, lo cual aumenta el riesgo de dengue hemorrágico.
- El paciente con dengue puede pasar de un cuadro leve (clásico) a un cuadro severo (hemorrágico, choque) en cuestión de horas.
- Los pacientes con cuadros leves deben recibir **instrucciones claras** de consultar ante la presencia de signos de alarma.
- El paciente con dengue hemorrágico o con choque debe ser vigilado estrechamente durante las siguientes 48 horas, teniendo en mente que puede pasar de un estado de hipovolemia en su fase de choque a hipervolemia en su fase de recuperación y que ambos estados pueden llevar a la muerte.
- Las muertes entre nosotros se están presentando por edema pulmonar y falla cardiaca por sobrecarga de líquidos.

- Los pacientes con dengue hemorrágico requieren ser atendidos en instituciones de mediana y alta complejidad por lo cual deben ser remitidos en forma oportuna.
- Los pacientes que regresan al servicio de urgencias y tienen diagnóstico previo de dengue deben ser priorizados y evaluados en búsqueda de signos y síntomas de alarma.
- Los niños tienen mayor riesgo de presentar formas hemorrágicas.
- Ante la no disponibilidad de tratamiento específico, solo nos queda **PREVENIR**.
- Y para prevenir es necesario **reportar, a las direcciones locales de salud, en forma oportuna** los casos con la respectiva dirección del sitio de residencia para que se realicen las acciones de control de vectores.
- Los hospitales son de alto riesgo para la transmisión del dengue, por favor **AYUDE A CONTROLAR LOS CRIADEROS DE ZANCUDOS** en estos sitios.
- Ordene toldillo para los pacientes hospitalizados con diagnóstico de dengue.

- Tome en serio el control de criaderos en su domicilio, recuerde que para el zancudo picar es algo muy serio y se adaptará a las condiciones que existan en el medio.



***SOLO LA PARTICIPACION
DE TODOS, LOGRARA EL
CONTROL DEL DENGUE***

***POR UNA ANTIOQUIA SIN
DENGUE***