

República de Colombia  
**MINISTERIO DE SALUD**  
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

# **GUIA DE ATENCION DEL DENGUE**

**CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ**

# **GUIA DE ATENCION DEL DENGUE**

**VIRGILIO GALVIS RAMÍREZ**

Ministro de Salud

**MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCIA**

Viceministro de Salud

**CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS**

Director General de Promoción y Prevención

# TABLA DE CONTENIDO

<b>1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>2. OBJETIVO .....</b>	<b>5</b>
<b>3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES.....</b>	<b>5</b>
3.1 IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE.....	5
3.2 FACTORES DE RIESGO PARA DENGUE .....	6
3.3 FACTORES PROTECTORES.....	7
3.4 DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA.....	7
3.4.1 Dengue.....	7
3.4.2 Dengue hemorrágico.....	8
3.4.2.1 <i>Complicaciones</i> .....	8
<b>4. POBLACION OBJETO .....</b>	<b>8</b>
<b>5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN.....</b>	<b>8</b>
5.1 DIAGNÓSTICO DEL DENGUE COMUN, DENGUE HEMORRAGICO Y CHOQUE POR DENGUE .....	9
5.1.1 Clasificación Clínica y criterios para el diagnóstico .....	9
5.1.1.1 <i>Epidemiológicos</i> .....	9
5.1.1.2 <i>Clínicos</i> .....	9
5.1.1.3 <i>Laboratorio clínico</i> .....	10
5.1.1.4 <i>Laboratorio especializado</i> .....	11
5.1.2 Diagnóstico diferencial .....	11

5.2	TRATAMIENTO DEL DENGUE/FIEBRE HEMORRAGICA POR DENGUE / SINDROME DE CHOQUE DEL DENGUE.....	12
5.2.1	Tratamiento del dengue y del dengue hemorrágico sin choque .....	12
5.2.1.1	<i>Prueba del torniquete: técnica e interpretación .....</i>	<i>12</i>
5.2.2	Tratamiento del choque por dengue .....	15
5.2.2.1	<i>Reposición inmediata de la pérdida de plasma .....</i>	<i>15</i>
5.2.2.2	<i>Criterios para dar de alta a pacientes hospitalizados con dengue/DH y SSD</i>	<i>16</i>
5.3	DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REMISIÓN DE ENFERMOS DE DENGUE POR NIVELES DE ATENCIÓN .....	16
5.3.1	Primer Nivel de atención .....	16
5.3.2	Segundo y tercer nivel de atención.....	17
5.4	ACTIVIDADES DE VIGILANCIA.....	18
5.4.1	Objetivos .....	18
5.4.2	Criterios operativos .....	19
5.4.3	Detección de casos.....	19
5.4.4	Notificación de casos .....	19
6.	<b>FLUJOGRAMAS.....</b>	<b>20</b>
7.	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>21</b>

## **1. JUSTIFICACIÓN**

El dengue es una patología de alto poder epidémico que en los últimos años se ha venido presentando en sus formas clásica y hemorrágica en una gran parte del territorio nacional debido a la alta dispersión del vector en el país, constituyéndose en un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública.

En consecuencia, se hace necesaria la elaboración y presentación por parte del Ministerio de Salud de la Norma Técnica para la atención del Dengue, Dengue Hemorrágico y Choque por Dengue, en lo que ha venido trabajando el equipo técnico del Ministerio y del Instituto Nacional de Salud, las cuales han sido revisadas por expertos de trayectoria en la materia, reconocidos por la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y la Asociación Médica Colombiana (AMC).

## **2. OBJETIVO**

Proteger a la población en riesgo disminuyendo la morbilidad y mortalidad debidas a la infección con el virus del dengue y garantizar el mantenimiento de un sistema que permita detectar la circulación del virus del dengue en las zonas de riesgo y orientar así las acciones de control.

## **3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES**

### ***3.1 IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL DENGUE***

En los últimos años, el dengue común o clásico (DC), el dengue hemorrágico (DH) y el choque por dengue muestran un incremento en Colombia que amerita priorizar su atención. Mediante intervenciones integrales, esta atención debe acomodarse a los nuevos conceptos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control de factores de riesgo ambientales en el contexto del nuevo ordenamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Después de la reinfestación por *Aedes aegypti*, en Colombia han ocurrido varias epidemias de dengue: en la Costa Atlántica apareció el dengue 2 en 1971; el serotipo 3 se transmitió principalmente en el interior del país en 1975; entre 1977 y 1978 el dengue 1 circuló por el Valle del Río Magdalena y en otras zonas del interior del país; finalmente en 1981 apareció el dengue 4 por la Costa Atlántica y se extendió a todo el país. Desde entonces circulan en forma endémica todos los serotipos del dengue en las áreas infestadas por el *Aedes aegypti*, excepto el serotipo 3 que desapareció después de haber causado la única epidemia conocida en Colombia.

El país registró un total de 17.389 casos clínicos de Dengue Clásico en 1990, 15.103 casos en 1991, 20.130 casos en 1992, 25.585 casos en 1993, 27.274 en 1994, 18.398 casos en 1995, 29.280 casos en 1996, 30.552 en 1997, 57.956 casos en 1998 y 20.322 en 1999.

En 1989 se diagnosticó el primer caso de dengue hemorrágico (DH) en el país y en los primeros meses de 1990 ocurrió la primera epidemia, asociada a circulación de dengue 1 y 2. Se notificaron 39 casos con una tasa de ataque de 2.24 por 100.000, cifra que se triplicó en 1991 con la notificación de 99 casos (tasa de ataque de 6.55 por 100.000). En 1992, se notificaron 494 casos de DH (tasa de 24.5 por 100.000). En los años siguientes se informaron 302 casos (1993), 568 casos (1994, tasa 20.8 por 100.000), 1.028 casos (1995, tasa 55.9 por 100.000), 1.757 casos (1996, tasa 60 por 100.000), 3950 casos (1997, tasa 129.3 por 100.000), 5276 (1998, tasa de ataque de 92.4 por 100.000 habitantes).

### **3.2 FACTORES DE RIESGO PARA DENGUE**

Colombia tiene una extensión total de 1.138.000 km.<sup>2</sup> de los cuales 900.000 km.<sup>2</sup> se encuentran por debajo de 1.800 mts. sobre el nivel del mar. Estos últimos establecen la región de riesgo ya que allí conviven aproximadamente 20.000.000 de habitantes con el *Aedes aegypti*, único transmisor confirmado del dengue en Colombia, aunque el *Aedes albopictus* que es un vector eficiente en Asia se encuentra ya en la ciudad de Leticia desde Marzo de 1998 (IQEN, 1998; 3 (7): 993, 94).

La transmisión de los virus del dengue es intra y peridomiciliaria, pero predominantemente urbana y se relaciona con altas densidades en las poblaciones tanto de mosquitos como de seres humanos. Este fenómeno se ha intensificado en los últimos años por la agudización de los problemas de orden público en el campo. Estos obligan la migración de enormes masas de campesinos hacia las concentra-

ciones urbanas en busca de seguridad y alimento, fomentando aún más los cinturones de miseria en las ciudades y con ellos el incremento de mosquitos transmisores del dengue. La falta de suministro adecuado de agua potable que obliga su almacenamiento en recipientes generalmente destapados y la falta de recolección de basuras que incluye llantas, botellas, tarros, son los principales determinantes de la multiplicación de los vectores.

### **3.3 FACTORES PROTECTORES**

La educación sanitaria es el factor protector más poderoso en las enfermedades transmitidas por vectores (E.T.V) y tiene como objetivo lograr que la población adopte hábitos y prácticas que reduzcan el riesgo de convivir con los mosquitos, como recolección de inservibles y lavado periódico de albercas, y adopte además conductas de autocuidado, como el uso de mosquiteros, anjeo en puertas y ventanas y repelentes.

Los factores protectores son fundamentalmente la promoción de la protección individual, el mejoramiento en el suministro de agua potable en cantidad, calidad y regularidad suficientes durante todo el año para eliminar la necesidad del uso de depósitos de agua.

### **3.4 DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA**

El dengue es una enfermedad febril aguda, causada por un arbovirus, lo que significa que el agente etiológico es transmitido a las personas a través de la picadura de mosquitos. El virus pertenece a la familia Flaviviridae y la infección que produce resulta en un amplio espectro de presentación clínica, que va desde formas subclínicas y leves hasta cuadros con severo compromiso vascular y de los mecanismos de coagulación.

#### **3.4.1 Dengue**

El dengue se caracteriza por comienzo repentino con fiebre y compromiso del estado general. La fiebre suele ser típicamente bifásica y se acompaña de cefalea intensa, mialgias, artralgias, dolor retro - orbitario, anorexia, alteraciones del aparato gastrointestinal y erupción. Esta sintomatología se prolonga usualmente por 5 días, rara vez más de siete. En algunos casos aparece tempranamente eritema generalizado y aún fenómenos hemorrágicos de poca intensidad como petequias, epistaxis, gingivorragia o metrorragia. Muy ocasionalmente hay fenómenos hemorrágicos mayores como hemorragia en vías digestivas.

Las características clínicas del dengue dependen a menudo de la edad del paciente. Los lactantes y pre - escolares pueden sufrir una enfermedad febril indiferenciada con erupción maculopapular. Los niños mayores y los adultos pueden tener también una enfermedad febril leve pero la presentación usual es la forma clásica incapacitante que tiene inicio abrupto.

### **3.4.2 Dengue hemorrágico**

Es realmente un síndrome de alteración en la permeabilidad capilar y la hemostasis, caracterizado por un cuadro clínico de dengue común que hacia su quinto día de evolución inicia manifestaciones de permeabilidad capilar aumentada y trastornos de la hemostasis que generan problemas hemodinámicos. Estos son de variable intensidad y pueden ser mortales al complicarse con acidosis y coagulopatía.

#### *3.4.2.1 Complicaciones*

Muchas epidemias de dengue se asocian a complicaciones hemorrágicas tales como epistaxis, hemorragia gingival, hemorragia gastrointestinal, hematuria e hipermenorrea. Sin embargo, solo por las manifestaciones hemorrágicas no se debe hacer diagnóstico de dengue hemorrágico como se vera mas adelante.

## **4. POBLACION OBJETO**

Afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado con diagnóstico confirmado o probable de dengue - dengue hemorrágico y, en general, a todos los habitantes y visitantes de zonas del territorio nacional ubicadas por debajo de los 2.000 msnm, esto considerando la alta dispersión del vector y la presencia de múltiples factores de riesgo en una gran parte del territorio nacional, factores que sumados a la permanente movilización de la población entre las distintas regiones, determinan que su difusión y seguimiento deba hacerse extensiva a todo el país.

## **5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN**



## **5.1 DIAGNÓSTICO DEL DENGUE COMUN, DENGUE HEMORRAGICO Y CHOQUE POR DENGUE**

### **5.1.1 Clasificación Clínica y criterios para el diagnóstico**

#### *5.1.1.1 Epidemiológicos*

Antecedentes de exposición en las dos últimas semanas en áreas endémicas de la enfermedad, asociada si es posible a casos confirmados de infección por dengue.

#### *5.1.1.2 Clínicos*

**Dengue común (clásico).** Caso probable de dengue clásico: paciente que presenta fiebre de 2 a 7 días de evolución y dos o más de las siguientes manifestaciones:

- Dolor retrocular
- Miálgias
- Artralgias
- Erupción
- Manifestaciones hemorrágicas (prueba de torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpura, hemorragias de las mucosas, del tracto gastrointestinal, de los lugares de punción u otras)

**Dengue hemorrágico:** Caso probable de dengue hemorrágico: paciente con todos los signos siguientes:

- Fiebre o antecedentes cercanos de fiebre aguda
- Manifestaciones hemorrágicas, por lo menos una de las siguientes: prueba de torniquete positiva, petequias, equimosis o púrpura, hemorragias de las mucosas, del tracto gastrointestinal, de los lugares de punción

#### Signos de alarma

- Dolor abdominal continuo e intenso

- Vómitos persistentes
- Diarreas
- Descenso brusco de la temperatura
- Inquietud
- Somnolencia
- Postración excesiva
- Palidez exagerada
- Derrames serosos

No es obligatoria la presencia de todos los signos de alarma.

Se establece el choque por dengue como uno o dos signos de alarma.

**Choque del dengue.** Caso probable para Choque por dengue: paciente con sospecha de DH que presente:

- Pulso rápido y débil
- Tensión diferencial disminuida a menos de 20 mm de mercurio o bien hipotensión (en menores de 5 años tensión sistólica con menos de 80 mm de mercurio y en mayores de 5 años con menos de 90 mm de mercurio)
- Piel fría, húmeda y alteración del estado mental.

#### *5.1.1.3 Laboratorio clínico*

#### **Dengue común (clásico)**

- Leucopenia o leucocitosis
- Trombocitopenia

#### **Dengue hemorrágico**

- Trombocitopenia (menos de  $100.000/\text{mm}^3$  )
- Extravasación de plasma manifiesta por cualquiera de los siguientes signos:
  - Hematocrito inicial situado un 20% o más por encima del correspondiente a esa edad, sexo y población
  - Descenso mayor del 20% del hematocrito después del tratamiento o signos habitualmente asociados a la extravasación de plasma como derrame pleural u otros derrames serosos, o hiperproteinemia.

#### 5.1.1.4 Laboratorio especializado

### Dengue y dengue hemorrágico

- Seroconversión o aumento de 4 veces los títulos de anticuerpos totales por la técnica de inhibición de la hemaglutinación, neutralización, Ig M o similares
- Evidencia de infección viral aguda: por aislamiento, detección de RNA por PCR o detección de antígeno circulante en sangre por ELISA o de antígeno depositado en hígado por técnicas inmuno - histoquímicas, como inmunoperoxidasa.

#### Nota:

- Una sola prueba reactiva de Ig M tomada después del sexto día no necesariamente confirma infección activa por dengue ya que puede ser una infección adquirida tres meses atrás o más.
- Una sola prueba no reactiva de Ig M tomada después del sexto día descarta la infección por dengue.
- Una seroconversión a Ig M confirma la infección activa por dengue.

### 5.1.2 Diagnóstico diferencial

- El diagnóstico diferencial incluye todas las enfermedades febriles sin evidencia clara de foco séptico (infección urinaria, faringoamigdalitis, celulitis)
- En caso de dengue hemorrágico aislado (que no se presenta durante una epidemia) se debe establecer el diagnóstico diferencial con meningoencefalitis,

ricketsisosis, leptospirosis, sepsis, malaria, fiebre amarilla, discracias sanguíneas.

- Se deben considerar otras causas del choque como: embarazo ectópico roto, hemorragia digestiva, meningococcemia, choque séptico.

## **5.2 TRATAMIENTO DEL DENGUE/FIEBRE HEMORRAGICA POR DENGUE / SINDROME DE CHOQUE DEL DENGUE**

### **5.2.1 Tratamiento del dengue y del dengue hemorrágico sin choque**

La fiebre alta, la anorexia y los vómitos producen sed y deshidratación; en consecuencia, la ingestión de líquido vía oral debe ser abundante, en la medida en que el paciente los tolere. Se recomiendan las soluciones de rehidratación oral para reponer los electrolitos.

Durante la fase febril existe el riesgo de convulsiones en niños y están indicados los antipiréticos. Debe evitarse la administración de salicilatos ya que pueden producir hemorragia y acidosis.

#### *5.2.1.1 Prueba del torniquete: técnica e interpretación*

- **Presión:** Aplicar el tensiómetro en una cifra intermedia entre la presión sistólica y la diastólica (Ejemplo: si la tensión arterial es de 120/80 la presión que se debe usar es de 100).

En caso de no contar con tensiómetro se puede usar una liga de manera semejante a cuando se va a realizar una extracción de sangre.

- **Tiempo de la prueba:** La presión debe mantenerse durante cinco minutos.
- **Criterios de positividad:** Aparición de petequias en cualquier región distal al sitio de la presión. La positividad de la prueba debe correlacionarse con el cuadro clínico, más que con el número absoluto de petequias.

Si no hay sangrado, la prueba del torniquete es **NEGATIVA** y no hay presencia de signos de alarma el paciente puede recibir atención ambulatoria, instruyéndose al mismo y a sus familiares sobre la posibilidad de aparición de sangrados como equímosis, petequias, otros signos de alarma y la indicación perentoria de consultar al médico o acudir a un centro asistencial tan pronto uno de estos aparezca.

Cuando la prueba de torniquete es **POSITIVA** o hay sangrados se debe solicitar: **HEMATOCRITO, HEMOGLOBINA Y PLAQUETAS**

La experiencia de los pediatras en el sudeste asiático señala que el período crítico del dengue hemorrágico ocurre durante la transición de la fase febril a la fase afebril, que normalmente se produce después del tercer día. Las determinaciones del hematocrito seriado son una guía indispensable para el tratamiento, ya que reflejan el grado y la evolución de la extravasación de plasma y por consiguiente, la necesidad de administración por vía intravenosa de líquidos. La hemoconcentración suele preceder a las alteraciones de la presión arterial y del pulso. El hematocrito debe determinarse diariamente a partir de la sospecha clínica de dengue hemorrágico y hasta que la temperatura se mantenga normal durante uno o dos días.

En los casos leves a moderados, la administración parenteral de líquidos se puede llevar a cabo en el servicio de rehidratación en las salas de observación de las instituciones de primer nivel, cuando los vómitos produzcan deshidratación o acidosis, o amenacen producirlas, o cuando se observa hemoconcentración. Los líquidos administrados para corregir la deshidratación en caso de fiebre alta, anorexia y vómitos se calcularán según el grado de deshidratación y la pérdida de electrolitos, y deberán tener la composición siguiente:

Glucosa al 5% en la mitad a un tercio de frasco de solución salina fisiológica. En caso de acidosis, la cuarta parte del total de líquido administrado deberá consistir en 0, 167 mol por litro de bicarbonato sódico.

En presencia de hemoconcentración grave, es decir, cuando el hematocrito sea superior al 20% del valor basal, los líquidos para utilizar en el tratamiento de reposición deberán tener una composición semejante a los utilizados en el tratamiento de la diarrea con deshidratación isotónica leve a moderada (deficiencia de 5-8%).

Las soluciones empleadas para la reposición de volumen en el dengue hemorrágico (DH) son:

- Lactato de Ringer
- Glucosa al 5% en Lactato de Ringer
- Glucosa al 5% en Solución Salina
- Plasma

La elección y volumen de los líquidos requeridos dependerán de la edad y peso del paciente y del grado de pérdida de plasma, determinado según el grado de hemoconcentración.

Es importante considerar que el descenso de la cifra del hematocrito en un paciente con DH, puede significar mejoría o empeoramiento del cuadro clínico de acuerdo con los siguientes datos:

**Mejoría:**

- Recuperación clínica progresiva
- Cifra de plaquetas en ascenso
- Poca variabilidad del recuento leucocitario

**Empeoramiento:**

- Agravamiento del cuadro clínico
- Cifra de plaquetas bajas
- Elevación del recuento leucocitario

En presencia de este cuadro clínico - hematológico se debe sospechar hemorragia digestiva.

Los pacientes deben ser hospitalizados y tratados inmediatamente si se presenta alguno de los siguientes signos y síntomas del choque:

- Taquicardia
- Piel pálida y fría
- Pulso rápido y débil
- Cambios en el estado mental
- Oliguria
- Imprevisto incremento del hematocrito no obstante la administración de fluidos.

- Estrechamiento de la presión del pulso (20 mm. Hg o menos)
- Hipotensión

**Paciente hospitalizado en la sala de observación:** Si el paciente evoluciona satisfactoriamente se establece el tratamiento para etapa febril con vigilancia clínica y de laboratorio si es necesario.

**En presencia de sangrados:** El manejo debe ser hospitalario. Hematocrito seriado para vigilar el estado de hemoconcentración. Recuento de plaquetas. El nivel de atención debe contar con un laboratorio que permita realizar hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas.

**Colecciones serosas:** Comprobar por Rx o ecografía Tratamiento inmediato:

- Efectuar tratamiento sintomático completo.
- Alertar al personal de enfermería para que vigile hemorragias importantes y los **SIGNOS DE ALARMA.**

**Uso de plaquetas:** En general el uso de plaquetas no se recomienda en el tratamiento del dengue hemorrágico/choque por dengue, ya que su eficacia es muy discutida, en comparación con el uso de sangre fresca total.

## **5.2.2 Tratamiento del choque por dengue**

El choque es una urgencia médica. La medida más importante de tratamiento es la reposición y mantenimiento del volumen de líquidos. Es indispensable la administración intravenosa inmediata de líquidos para aumentar el volumen de plasma y para este efecto remitimos al lector a los textos especializados de urgencias médicas. En general pueden servir las siguientes consideraciones:

### *5.2.2.1 Reposición inmediata de la pérdida de plasma*

Comenzar la administración intravenosa de líquidos con lactato de Ringer o glucosa al 5% en Solución Salina, a razón de 10-20 ml. por kg. de peso corporal, hasta lograr estabilidad hemodinámica

Si el choque persiste después de la reanimación líquida inicial, hay quienes consideran administrar soluciones coloidales o expansores del plasma, a una velocidad de 10-20 ml. por kg. por hora.

Cuando exista un choque persistente después de haber efectuado la adecuada reanimación con soluciones cristaloides y coloides, y a pesar de la disminución del hematocrito deberá sospecharse una hemorragia interna importante, por lo que

estará indicada la transfusión de sangre entera. Si el hematócrito permanece todavía por encima del 40%, se aconseja administrar una pequeña cantidad de sangre (10 ml por kg. de peso corporal por hora).

Cuando se aprecie una mejoría evidente de los signos vitales, se reducirá la infusión intravenosa; posteriormente, se ajustará según los valores del hematocrito y los signos vitales.

En general, no hay necesidad de administrar los líquidos por más de 48 horas una vez superado el choque. Debe tenerse en cuenta que se produce una reabsorción del plasma extravasado y puede causar hipervolemia, edema pulmonar o insuficiencia cardíaca si se administra más líquido.

El suministro de oxígeno puede ser necesario como parte del manejo del choque.

#### *5.2.2.2 Criterios para dar de alta a pacientes hospitalizados con dengue/DH y SSD*

- Ausencia de fiebre durante 24 horas sin el uso de antipiréticos
- Mejoría evidente del cuadro clínico
- Prueba del torniquete negativo
- Hematocrito estable
- Recuento plaquetario superior a 50.000/mm<sup>3</sup>
- Ausencia de sufrimiento respiratorio

### **5.3 DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REMISIÓN DE ENFERMOS DE DENGUE POR NIVELES DE ATENCIÓN**

#### **5.3.1 Primer Nivel de atención**

La red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud responsables de la atención de los pacientes en este nivel, deben desarrollar las siguientes actividades:

- Promocionar los servicios de diagnóstico y tratamiento del dengue.
- Diligenciar la historia clínica.
- Diligenciar ficha epidemiológica.



- Evaluar los factores de riesgo para su transmisión.
- Tomar muestra de sangre, centrifugar y refrigerar el suero
- Realizar prueba de torniquete y observar o averiguar sobre manifestaciones hemorrágicas.
- Si la prueba de torniquete es positiva o hay alguna manifestación hemorrágica, tomar muestra para hemoglobina, hematocrito y recuento de plaquetas y procesarla en caso de contar con laboratorio. En caso contrario remitir al paciente al segundo nivel.
- Remitir los casos graves y complicados al segundo nivel de atención.

De un cuadro clínico clásico se puede evolucionar hacia la forma hemorrágica, por ello es importante tener presentes los signos clínicos que predicen tal evolución y dar instrucciones al paciente para que consulte nuevamente, ante la presencia de estos signos de alarma:

- Dolor abdominal continuo e intenso
- Vómitos persistentes
- Diarreas
- Descenso brusco de la temperatura
- Inquietud
- Somnolencia
- Postración excesiva
- Palidez exagerada
- Derrames serosos

La presencia de ellos indica la necesidad de hospitalización y realización de: hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas.

### **5.3.2 Segundo y tercer nivel de atención**

Manejo del caso sospechoso o probable de Dengue Hemorrágico:

El manejo del paciente debe ser hospitalario suponiendo que este nivel de atención pueda disponer de un laboratorio que permita realizar hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas periódicamente. Debe evaluarse la extravasación de líquido intravascular mediante mediciones periódicas de hematocrito o manifestaciones clínicas o examen de imagenología que muestren derrames serosos.

También debe documentarse la existencia de trombocitopenia (plaquetas menores o iguales a  $100.000 \times \text{mm}^3$ ) y para la confirmación de los casos probables de dengue clásico o hemorrágico es necesario la recolección de una muestra de suero conservada en refrigeración ya sea para detección de anticuerpos o aislamiento viral y el envío inmediato de dicha muestra al laboratorio de referencia.

El segundo nivel debe identificar los casos probables de dengue hemorrágico, a través de:

- Notificación inmediata
- Diligenciamiento de la ficha clínico epidemiológica
- Hospitalización
- Hacer monitoreo de signos vitales y evolución de hematocrito
- Dar apoyo para realizar investigación epidemiológica de campo

La trombocitopenia y la hemoconcentración son características comunes a todos estos casos..

Es muy importante aislar con toldillo o utilizar repelente en todos los casos sospechosos y probables de dengue hemorrágico durante los 5 primeros días del cuadro febril. Esta medida es indispensable en los pacientes hospitalizados para prevenir la transmisión intrahospitalaria.

## **5.4 ACTIVIDADES DE VIGILANCIA**

### **5.4.1 Objetivos**

- Mantener un sistema sensible y efectivo que permita detectar la transmisión de virus de dengue en las zonas de riesgo
- Disminuir la morbilidad debidas a la infección por virus dengue

- Orientar las intervenciones que permitan el control de la transmisión y medir el impacto de estas en la ocurrencia de la enfermedad

#### 5.4.2 Criterios operativos

Para la notificación y construcción del dato sobre dengue, se tendrán en cuenta las definiciones operativas del caso.

**Durante epidemias:** Se considerarán casos confirmados aquellos que llenen los criterios de caso probable de dengue clásico o hemorrágico, por tanto no es necesario realizar pruebas serológicas al total de casos probables. Sin embargo, con el fin de hacer seguimiento a la epidemia y detectar oportunamente otros brotes, se deberá realizar prueba Ig M a uno (1) de cada 20 casos notificados de dengue clásico y a uno (1) de cada 10 casos notificados de dengue hemorrágico

**Durante periodos interepidémicos (casos aislados):** Se manejarán los criterios de definición de caso establecidos en la página 4.

**Casos notificables:** Todos los casos probables y confirmados se notifican como casos de dengue.

#### 5.4.3 Detección de casos

**Por vigilancia pasiva:** Todo caso sospechoso detectado por voluntarios de la comunidad, promotores en salud, auxiliares de salud ambiental o personas que consulten a las instituciones, debe ser estudiado para definir si cumple los criterios de caso probable

**Por vigilancia activa:**

- Cuando el número de casos confirmados exceda la tasa habitual
- Cuando se detecte un caso confirmado de dengue.
- Realizar investigación epidemiológica de los casos y de los focos.
- Cuando se presenten casos probables que indican el probable surgimiento o reactivación de un foco.

#### 5.4.4 Notificación de casos

La notificación de casos esta reglamentada por el SIVIGILA (Sistema de Vigilancia en salud pública) y es de obligatorio cumplimiento según las siguientes pautas:

Notificación inmediata individual a nivel local o seccional: de la IPS al municipio:  
Notificación diaria de casos probables y confirmados de dengue clásico y hemorrágico.

**Del municipio al departamento:** Notificación diaria de casos probables y confirmados de dengue clásico y hemorrágico.

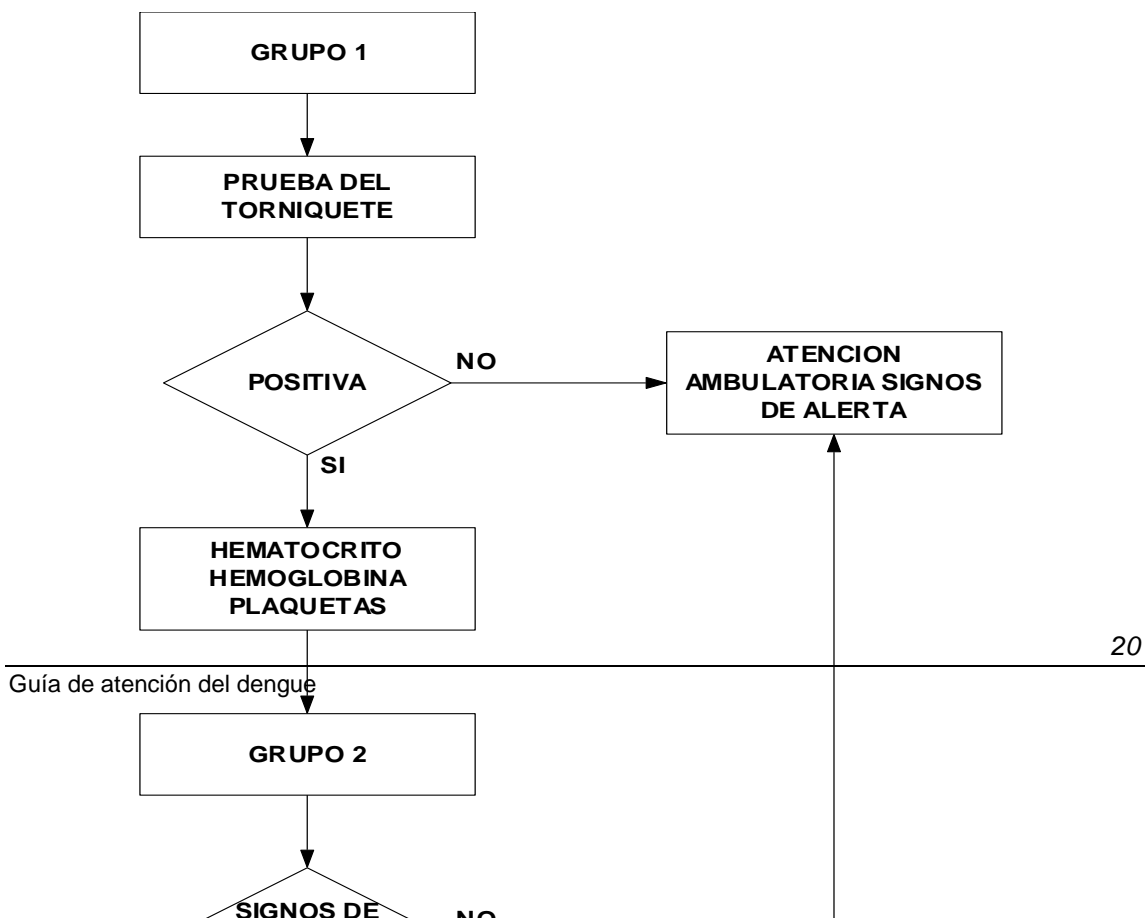
**Del departamento a la Nación:** Notificación semanal de casos probables y confirmados de dengue clásico y hemorrágico. La información debe realizarse semanalmente utilizando las variables de persona, tiempo y lugar, estableciendo cruces con la vigilancia entomológica y los resultados de laboratorio.

**Notificación inmediata colectiva:** de las IPS, al coordinador de vigilancia epidemiológica local.

**Notificación periódica colectiva:** de las IPS, Centros de Salud, al coordinador de vigilancia epidemiológica local, seccional o nacional

En los casos de dengue se deben retroalimentar los centros de atención médica en caso de alerta y cuando se ponga en evidencia que se presenta de manera sistemática una mala clasificación de los casos por diagnósticos errados.

## 6. FLUJOGRAMAS



## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Boshell J, Groot H. et al. Dengue en Colombia. 1986. BIOMEDICA. Vol 6 (3 y 4): 101-106.
- 2 Dengue haemorrhagic fever, diagnosis, treatment, prevention and control, OMS, Segunda edición, 1997.
- 3 Díaz AG, Kouri G, Guzman L. et al. Cuadro clínico de la fiebre hemorrágica del dengue/síndrome de choque del dengue en adulto. Bol. Oficina Sanit. Panam., 1988.
- 4 Groot Hernando, Boshell Jorge. Dengue, dengue hemorrágico y fiebre amarilla. Capítulo 120 en Medicina Interna, Tercera Edición (1998), Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología, Boehringer Ingelheim. Fernando Chalem, Jorge Escandón, Jaime Campos, Roberto Esguerra, Editores.
- 5 Groot Hernando. The reinvaion of Colombia by Aedes aegypti: aspects to remember. Am. J. Trop. Med. Hyg. 29(3), 1980:330-338.
- 6 Guía Integral de Manejo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, Módulo 4, Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas, Ministerio de Salud, 1996.
- 7 Guía Integral de Manejo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, Módulo 4, Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas, Ministerio de Salud, 1996.
- 8 Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN), Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Vol. 2, No. 19 de 1997, Vol. 3, Nos. 4,6. 1998.
- 9 Martínez E. Dengue hemorrágico en niños. Bogotá, Colombia, INS, 1990.
- 10 Organización Panamericana de la Salud, Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: guías para su prevención y control, 1995.
- 11 Saad A, C et al. Vigilancia intensificada sobre el dengue y los primeros casos de dengue hemorrágico confirmados en Colombia durante el primer semestre de 1990. Biomedica. 1989 6(3y4):99-1-104.

12 Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Ministerio de Salud, Oficina de Epidemiología, Nos. 9,16,38,50,51 de 1998.