

VALORACIÓN DEL DENGUE CLÍNICO PROBABLE CON SIGNO DE ALARMA

Autores:

[Pedro Luis Rodríguez García](#), [Luis Raúl Rodríguez Pupo](#)

Unidad de Cuidados Especiales de Dengue, Hospital Ernesto Guevara de la Serna, Las Tunas.

En la valoración y recepción del enfermo es recomendable la consideración y/o registro en el expediente clínico de los siguientes aspectos:

[Fecha y hora: p. ej.: 1/9/2006
9:30 PM]

Historia Clínica y Examen Físico:

[Precisar la fecha de inicio de los síntomas, la fecha de ingreso, los días con fiebre o que esta afebril, las manifestaciones que presenta (exantema, cefalea y/o dolor retroocular, artromialgias, erupción cutánea, manifestaciones hemorrágicas, leucopenia), y el signo de alarma que tiene.

En examen físico precisar si la prueba del lazo es positiva (> 10 petequias), si hay petequias o hemorragias. La TA y frecuencia cardíaca que tiene ahora y la evolución que han tenido (estable, a descender, a aumentar). Puede existir faringitis, rinitis, hepatomegalia o adenopatías]

Diagnóstico sindrómico:

- Síndrome febril de corta duración. Por la presencia de fiebre de menos de 5 días de evolución sin signos de localización en un órgano específico.

[Otros síndromes se añaden según el caso:

- Síndrome hemorrágico plaquetario-vascular. Por la presencia de prueba del lazo positiva, petequias espontáneas, o de hemorragia mucosa (epistaxis, gingivorragia, metrorragia, vómitos con estrías sanguinolentas, melena), o de hemorragia en sitio de inyección, o de trombocitopenia.
- Síndrome de deshidratación. Dado por signos de hipovolemia ligera (solo sed), moderada (sed intensa, sequedad de mucosas, oliguria) o severa (taquicardia en reposo, hipotensión arterial, confusión mental).
- Síndrome de derrame pleural. Por la constatación de acumulación de líquido en el espacio pleural, ultrasonográfica, radiográfica o clínica (dolor, matidez, disminución del murmullo vesicular).
- Síndrome de choque descompensado. Si TA diferencial < 20 mm Hg, o TA sistólica < 90 mm Hg, o signos clínicos (palidez difusa, pulso filiforme, llene capilar lento, cianosis, taquicardia, oliguria, taquipnea). El choque compensado se justifica si presenta palidez y frialdad en guantes y botas, pulso que cae con la inspiración profunda, hemoconcentración (hematócrito \geq 20 % para edad y sexo) o hemodilución (hematócrito \leq 20 % después de reponer líquidos). *Valores normales de hematócrito: V: 0.39-0.49, F: 0.35-0.45]*

Diagnóstico diferencial:

- Leptospirosis. No se descarta ante la presencia de genio epidemiológico (agricultor, pescador, baño en presas, contacto con perros, ganado, ratas, cerdos) o aparecer fiebre mantenida y después ictericia, manifestaciones hemorrágicas, o trastorno de conciencia.
- Meningoencefalitis. Se descarta dada la ausencia de un cuadro de alteración del estado mental agudo (confusión, somnolencia, coma), cefalea y rigidez de nuca.
- Meningococemia. Se descarta dada la ausencia de lesiones hemorrágicas en piel asociada con manifestaciones respiratorias, y en casos graves con síndrome meníngeo.
- Gripe. Se descarta porque no predominan las manifestaciones respiratorias altas (rinorrea, obstrucción nasal) y porque en el dengue predominan las mialgias y manifestaciones digestivas.
- Sarampión. Se descarta dado el antecedente de vacunación, y por ser una enfermedad exantemática epidémica con manchas de Koplik, coriza y conjuntivitis.
- Rubéola. Se descarta dado el antecedente de vacunación y por ser un cuadro de febrícula en que predominan las adenopatías y el exantema.
- Mononucleosis Infecciosa. Se descarta dada la ausencia de un cuadro en personas no ancianas donde predominan las adenopatías difusas indoloras, esplenomegalia y faringitis.
- Paludismo. Se descarta porque el paciente no proviene de un área endémica de paludismo.
- Shigelosis. Se descarta por la ausencia de genio epidemiológico con cólicos abdominales y diarrea acuosa o mucosa frecuente con tenesmo y deshidratación secundaria.
- Fiebre tifoidea. Es menos probable dado que por lo general cursa con dolor abdominal con flatulencia y estreñimiento seguido de diarreas. El exantema maculopapular usualmente aparece en la segunda semana.

[Otros diagnósticos diferenciales se añaden según el caso:

- Purpura trombocitopénica idiopática, trombocitopenia por lupus activo, púrpura trombocitopénica trombótica, enfermedad meningocócica, leptospirosis. *(Si hubiese síndrome hemorrágico plaquetario-vascular)*
- Apendicitis aguda, cólico renal o biliar, inflamación pélvica aguda. Se descarta porque no predomina el dolor abdominal intenso con una localización, irradiación y signos asociados característicos. *(Si hubiese dolor abdominal intenso o mantenido)*

- Choque hipovolémico (por embarazo ectópico roto (diferenciar por punción del saco de Douglas o abdominal, o por laparoscopia), sangramiento digestivo no evidente, deshidratación severa por vómitos, diarreas o serositis), choque séptico, choque cardiogénico (por electrocardiograma), choque anafiláctico. *(Si hubiese síndrome de choque)]*

Diagnóstico nosológico:

- Caso clínico probable de dengue con signo de alarma (grupo 3). Por tratarse de un caso sospechoso de dengue o caso probable de dengue hemorrágico con hemodinamia estable que tiene uno o más de los siguientes cinco signos de alarma: 1) Hemorragia (inusual), 2) Dolor abdominal (intenso o mantenido), 3) Trombocitopenia (plaquetas $\leq 100 \text{ mil/mm}^3$), 4) Edema seroso por ultrasonido, 5) Hipotensión arterial ($< 90 \text{ mm Hg}$ la sistólica o diferencial $\leq 20 \text{ mm Hg}$) y estabilización con bolo EV inicial de líquidos. Otros signos de alarma son: vómitos reiterados y abundantes, descenso brusco de la temperatura con diaforesis, inquietud y/o somnolencia, postración excesiva, palidez exagerada, dolor torácico. [Precaución especial en caso clínico de dengue en pacientes con hemopatías (p. ej.: sicklellmia) o en embarazadas]

[Se deben de excluir los siguientes grupos:

- Caso clínico sospechoso de dengue (grupo 1). Por tratarse de un paciente con fiebre y dos de los tres síntomas siguientes: cefalea retroocular o dolor a los movimientos oculares, dolores osteomioarticulares, exantema. Además, no existen hemorragias, signo de alarma o choque.
- Caso clínico probable de dengue con sangrado (grupo 2). Por tratarse de un caso sospechoso de dengue con hemorragia cutánea fácil o prueba del lazo positiva, sin evidencia de signo de alarma o de choque.
- Caso clínico probable de dengue con choque (grupo 4). Por tratarse de un caso sospechoso de dengue o caso probable de dengue con sangrado que tiene signos de choque.]

Pronóstico:

- Reservado.

Conducta:

- Ingreso en Unidad de Cuidados Especiales de Dengue.
- Reporte de grave. [se reporta de crítico si existe choque, y de cuidado si se trasladará a sala de observación de dengue]
- Reposo en cama, aislado en el mosquitero.
- Hematocrito y conteo de plaquetas/ 12 horas, Radiografía de Tórax PA, Ultrasonido abdominal diario, Toma de monosero para dengue el 6to día.
- Dieta libre. S. R. O. 1 vaso/ 4 horas, y a libre demanda.
- Signos vitales/ 1 hora y vigilancia estricta de los signos de alarma. [signos vitales / 3 horas cuando se traslada a sala de observación de dengue]
- Dipirona (Tab 300 mg) 300-600 mg/ 6-8-12 horas por vía oral si temperatura $\geq 38.5^\circ\text{C}$ o dolor [o paracetamol (Tab 500 mg, de 500-1000 mg/ 4-6 h, no más de 5 días consecutivos)].
- Venoclisis periférica preferiblemente con Solución de Cloruro de Sodio 0.9 % (Fco 500 ml o 1000 ml) EV + Cloruro de potasio (Amp 25 mEq de K^+ / 10 ml) (los líquidos EV en ml/24 horas se calculan en dependencia del peso: 25-35 ml/kg (50 kg: 2100 ml; 60 kg: 2300 ml; 70 kg: 2500 ml; 80 kg: 2700 ml) e incluye la consideración del aporte oral; en la deshidratación severa el volumen se calcula multiplicando el total de líquidos x2; para evitar congestión sistémica la mitad se puede administrar en las primeras 6 horas y el resto según la evolución clínica. Luego de normalización de la volemia el mantenimiento es de 500 ml/ 6-8-12 horas; se requiere mucha precaución en la rehidratación de enfermos con insuficiencia renal o cardiaca, HTA, edema pulmonar, toxemia gravídica.

[Otras medidas a añadir según el caso:

- Ranitidina (Tab 150 mg, Amp 25 mg/ml) 50 mg/ 6-8-12 horas EV si dolor epigástrico o acidez, luego 150 mg/12 horas oral; o Cimetidina (Grag 200 mg, Amp 300 mg/2 ml) 300 mg/6-8 h EV y luego oral 200 mg 4 veces al día, u Omeprazol (Bul 40 mg, Cap 20 mg) 40 mg/d EV en 20-30 minutos, luego 20 mg/d oral; el omeprazol esta contraindicado en embarazadas.
- Gravinol (Amp 50 mg/ml) 1 amp/ 4-6-8 horas EV si náuseas o vómitos.
- Penicilina cristalina (Bul 1 millón U) 2 bulbos/ 6 horas EV, o Ampicilina (Bul 500 mg) 500-1000 mg/ 6 horas EV o doxiciclina (Cap 100 mg) 100 mg/ 12 h oral por 7 días: si sospecha de leptospirosis.
- Interconsulta urgente con cirugía general: si sangrado digestivo; Interconsulta urgente con ginecología: si embarazada, sospecha de embarazo ectópico (para precisar sangre en cavidad por punción o laparoscopia).
- Transfusión de plaquetas: valorar con hematología en hemorragias activas o plaquetas $< 10 \text{ mil/mm}^3$.
- O_2 por catéter nasal, hidratación EV e interconsulta urgente con UCI: si choque por dengue, hemorragia pulmonar o hematemesis masiva. (En el choque establecido no debe esperarse más de 1 hora por el traslado a UCI). Se indica la intubación endotraqueal y ventilación mecánica: si frecuencia respiratoria mayor de 30 con cianosis o agotamiento ventilatorio.
- Alta: precisar que estuvo por 48 horas, después del quinto día de iniciado los síntomas, afebril (sin antitérmicos), con ausencia de signos de alarma, y con normalidad de hematocrito y plaquetas; hemodinamia estable durante 3 días después de recuperado del choque]

[Firma: Estudiante de medicina o Dr., y poner nombre y apellidos; y año si es médico]

Notas: Entre corchetes y paréntesis se presentan aclaraciones de los aspectos a considerar. Significado de las abreviaturas utilizadas: TA= tensión arterial, PA= posteroanterior, S.R.O.= Sales de rehidratación oral, V= masculino, F= femenino, Tab= tableta, Fco= frasco, EV= endovenoso, Amp= ampula, Bul= bulbo, UCI= Unidad de Cuidados Intensivos, HTA= hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert CMJ, Hechavarría TS, de la Fuente CRV, Pino PYC, Prieto GE, Freyre VE. Temas de actualización: Dengue. Universidad Virtual, Cátedra Manuel Fajardo.
<http://intranet.sld.cu:9674/uvfajardo/temas-de-actualizacion/plonearticlemultipage.2006-09-14.1171880765>
 Visitado el 10-10-2006
- Bandyopadhyay S, Lum LC, Kroeger A. Classifying dengue: a review of the difficulties in using the WHO case classification for dengue haemorrhagic fever. *Trop Med Int Health* 2006; 11: 1238-55.
- Bossi P, Tegnell A, Baka A, Van Loock F, Hendriks J, Werner A, et al. Bichat guidelines for the clinical management of haemorrhagic fever viruses and bioterrorism-related haemorrhagic fever viruses. *Euro Surveill* 2004; 9: E11-2.
- De Paula SO, Fonseca BA. Dengue: a review of the laboratory tests a clinician must know to achieve a correct diagnosis. *Braz J Infect Dis* 2004; 8: 390-8.
- Gibbons RV, Vaughn DW. Dengue: an escalating problem. *BMJ* 2002; 324:1563-6.
- Guzman MG, Kouri G. Dengue diagnosis, advances and challenges. *Int J Infect Dis* 2004; 8: 69-80.
- Mairuhu AT, Mac Gillavry MR, Setiati TE, Soemantri A, Ten Cate H, Brandjes DP, et al. Is clinical outcome of dengue-virus infections influenced by coagulation and fibrinolysis? A critical review of the evidence. *Lancet Infect Dis* 2003; 3: 33-41.
- Malavige GN, Fernando S, Fernando DJ, Seneviratne SL. Dengue viral infections. *Postgrad Med J* 2004; 80(948): 588-601.
- MINSAP- Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana: Ciencias Médicas; 2003. Disponible en: <http://www.infomed.cu/servicios/medicamentos> Visitado el 1-09-2006
- Rigau-Perez JG. Severe dengue: the need for new case definitions. *Lancet Infect Dis* 2006; 6: 297-302.
- Senanayake S. Dengue fever and dengue haemorrhagic fever--a diagnostic challenge. *Aust Fam Physician* 2006; 35: 609-12.
- Shu PY, Huang JH. Current advances in dengue diagnosis. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004; 11: 642-50.
- Wali JP, Biswas A, Aggarwal P, Wig N, Handa R. Validity of tourniquet test in dengue haemorrhagic fever. *J Assoc Physicians India* 1999; 47: 203-4.
- Zamora UF, Castro PO, González RD, Martínez TE, Sosa AA. Guías prácticas para la asistencia integral al dengue. Disponible en: <http://trinidad.ssp.sld.cu/pdf/dengue.pdf> Visitado el 10-10-2006