Dengue: clasificación, signos de alarma, manejo de líquidos y vacunas

Basada en el primer de Nature Reviews Disease Primers 2026 (Ooi y cols.), las guías de la OMS 2025 para el manejo clínico de las arbovirosis, la clasificación OMS 2009 y las guías de la OPS para la atención de enfermos en las Américas (2.ª ed.), con su algoritmo de líquidos en la guía de bolsillo de los CDC (actualización 2024), y la postura de la OMS sobre vacunas (2024). Enfoque: adultos.

Versión 1.0 · Revisado el 27 de octubre de 2026 · Equipo editorial de Medicina en Resumen · Cada cifra verificada contra la fuente original

14.6 millones
casos reportados en el mundo en 2024, el récord histórico (6.6 millones en 2023)

0.07 % vs 30 %
letalidad global estimada en 2024 contra mortalidad del dengue grave sin manejo adecuado

Días 4–6
fase crítica: empieza cuando baja la fiebre y dura 1–2 días

LO QUE TIENES QUE SABER

- Cuando **cede la fiebre empieza el riesgo**: la fuga plasmática y el choque aparecen en la fase crítica, casi siempre los días 4–6.
- Busca **signos de alarma** en cada revisión: dolor abdominal, vómito persistente, acumulación de líquidos, sangrado de mucosas, letargo o irritabilidad, hepatomegalia y hematocrito que sube.
- **Sin signos de alarma: líquidos orales** protocolizados. Con signos de alarma: cristaloide 10 mL/kg en 1 hora. Choque: 20 mL/kg en 15–30 minutos.
- Guía la reanimación con **llenado capilar y lactato**, y baja los líquidos a tiempo: la sobrecarga en la recuperación también mata.
- **Paracetamol o metamizol; nunca AINE** ni ácido acetilsalicílico. Sin esteroides ni transfusión profiláctica de plaquetas (OMS 2025).

1 Qué es y por qué importa

- **Cuatro virus** (DENV-1 a DENV-4) del género *Orthoflavivirus*, transmitidos por *Aedes aegypti* (urbano, se cría en recipientes con agua) y *Aedes albopictus*. Una infección protege contra ese tipo, no contra los otros.
- **Carga:** 105–390 millones de infecciones al año, 50–100 millones sintomáticas. Los casos reportados crecieron 29 veces entre 2000 y 2024. La mayoría se manejan de forma ambulatoria.
- **Más riesgo de dengue grave:** infección secundaria por otro tipo (sobre todo con DENV-2), adultos mayores, diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular y embarazo. El adulto mayor puede llegar con pocos síntomas y más riesgo.
- **No hay antiviral aprobado:** el tratamiento es de soporte y la mortalidad depende del manejo de líquidos.

1 Qué es y por qué importa
2 Las tres fases
3 Clasificación y signos de alarma
4 Diagnóstico de laboratorio
5 Grupos A, B y C
6 Líquidos por grupo y algoritmo
7 Choque, sangrado y vigilancia
8 Secuelas después del dengue
9 Lo que no se hace
10 Vacunas
11 Errores frecuentes
12 Preguntas tipo examen · Referencias

2 Las tres fases: el reloj del dengue

FASE	CUÁNDO	QUÉ PASA	QUÉ VIGILAR
Febril	Días 1 a 2–7	Fiebre alta (a veces bifásica), cefalea con dolor retroocular, mialgias, artralgias, náusea, vómito, exantema, sangrados leves de mucosas, leucopenia. Ya puede haber fuga leve: derrames pequeños visibles por ultrasonido.	Hidratación oral, tolerancia a la vía oral y signos de alarma. Los síntomas gastrointestinales marcados se asocian a progresión.
Crítica	Días 4–6, dura 1–2 días	Empieza alrededor de la defervescencia: fuga plasmática con acumulación de líquidos y, en una minoría, choque. El hematocrito sube, típicamente más de 15–20 %. Menos a menudo, sangrado grave o daño orgánico.	Signos vitales, presión diferencial, llenado capilar, diuresis y hematocrito seriado.
Recuperación	48–72 horas	Se reabsorbe el líquido extravasado y el paciente mejora.	Sobrecarga hídrica si se siguen los líquidos IV: derrame, edema pulmonar, dificultad respiratoria.

Otras manifestaciones: elevación de transaminasas (frecuente; la falla hepática aguda ocurre en 0.3 % de los hospitalizados), arritmias y disfunción miocárdica, maculopatía hasta en 10 % de los hospitalizados, encefalitis (rara) y lesión renal aguda por choque prolongado.

3 Clasificación OMS 2009 y signos de alarma

CATEGORÍA	CRITERIOS
Dengue	Vive o viajó a zona endémica en los últimos 14 días, con fiebre y al menos 2: náusea o vómito, exantema, dolores (cefalea, retroocular, mialgias, artralgias), prueba del torniquete positiva, leucopenia, cualquier signo de alarma.
Con signos de alarma	Dengue más cualquiera de la lista de la derecha.
Grave	**Choque** o dificultad respiratoria por fuga plasmática; **sangrado** clínicamente importante; **daño orgánico grave**: miocarditis, hepatitis con AST o ALT >1,000 UI/L, encefalitis.

SIGNOS DE ALARMA (OPS/CDC)

- Dolor abdominal intenso y continuo, o a la palpación.
- Vómito persistente: 3 o más en 1 hora, o 4 o más en 6 horas.
- Acumulación de líquidos: derrame pleural, ascitis o derrame pericárdico.
- Sangrado de mucosas: encías, nariz, metrorragia o hematuria macroscópica.
- Alteración del estado de alerta: irritabilidad, somnolencia, Glasgow menor de 15.
- Hepatomegalia de 2 cm o más bajo el reborde costal.
- Hematocrito en aumento progresivo en al menos 2 mediciones consecutivas separadas 6 horas.
- Hipotensión postural (OPS).

CHOQUE: RECONÓCELO ANTES DE LA HIPOTENSIÓN

Presión diferencial de 20 mmHg o menos, pulso débil, taquicardia, llenado capilar mayor de 2 segundos y extremidades frías. La hipotensión es tardía: cuando aparece, el choque ya está descompensado.

4 Diagnóstico de laboratorio: depende del día

PRUEBA	CUÁNDO SIRVE	COMENTARIOS
RT-PCR (ARN viral)	Días 0–7; mejor días 0–4	Identifica el tipo de virus. El rendimiento varía con el estado serológico y el estuche.
Antígeno NS1 (ELISA o prueba rápida)	Días 0–7	Buena especificidad. Dura más en la infección primaria (9 días o más); la prueba rápida es menos sensible en la secundaria.

IgM	Desde el día 4; positiva 3–6 meses	No siempre distingue infección actual de pasada. Tras una vacuna reciente (TAK-003 o CYD-TDV), una IgM positiva puede ser falso positivo.
IgG	Desde el día 4 en la secundaria	Para confirmar se necesita un aumento de 4 veces en dos muestras separadas 10–14 días. El cociente IgM/IgG distingue primaria de secundaria.

En la práctica: en los primeros 7 días combina RT-PCR o NS1 con IgM; después del día 7, serología. Biometría hemática con hematocrito y plaquetas desde la primera consulta, como basal para comparar. Una prueba negativa temprana no excluye el dengue: el manejo se basa en la clínica.

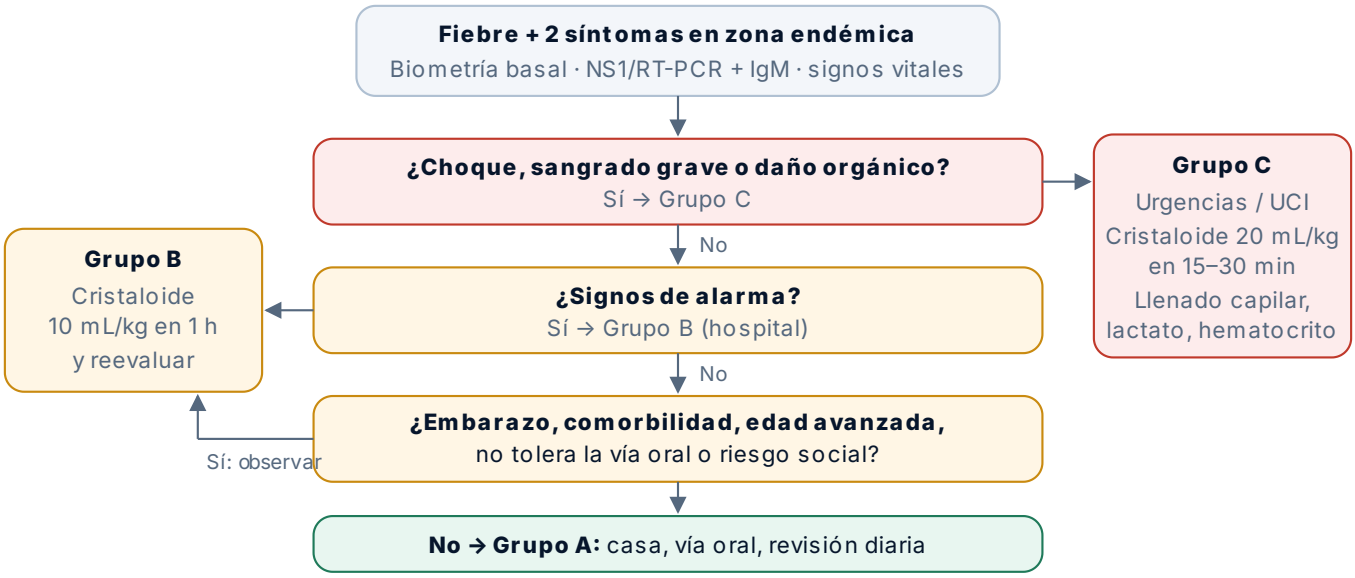
5 Grupos A, B y C: dónde y cómo se atiende

GRUPO	QUIÉN	DÓNDE
A	Sin signos de alarma, tolera la vía oral, orina bien, sin comorbilidades ni riesgo social.	Casa, con revisión diaria y biometría durante la fase febril y la crítica.
B	Con **signos de alarma**, o sin ellos pero con embarazo, comorbilidad, edad avanzada, lesión renal, coagulopatía, falta de aire, intolerancia a la vía oral o riesgo social (caso por caso).	Hospital u observación. Quien tolera la vía oral y no tiene signos de alarma ni estos factores puede manejarse ambulatorio.
C	**Dengue grave**: choque o dificultad respiratoria por fuga, sangrado importante o daño orgánico grave.	Urgencias y terapia intensiva.

6 Líquidos por grupo

GRUPO	ESQUEMA (OPS, ALGORITMO DE LOS CDC 2024)
A	**Líquidos orales protocolizados** (OMS 2025): en adultos, al menos 2–3 L al día de suero oral, agua, jugos o caldos. Paracetamol o metamizol para fiebre y dolor. Explica los signos de alarma y cuándo regresar.
B con signos de alarma	**Cristaloide IV (Ringer lactato o solución salina 0.9 %) 10 mL/kg en 1 hora**, con hematocrito antes y después. Si mejora y el hematocrito está estable: 5–7 mL/kg/h por 2–4 h → 3–5 mL/kg/h por 2–4 h → 2–4 mL/kg/h. Si no mejora: repetir el bolo de 10 mL/kg hasta 2 veces más. Suspende el IV en cuanto tolere la vía oral.
C: choque compensado	**Cristaloide 20 mL/kg en 15–30 minutos** y reevaluar. Si mejora: 10 mL/kg en 1–2 h → 5–7 mL/kg/h por 2–4 h → 3–5 mL/kg/h por 2–4 h → 2–4 mL/kg/h por 24–48 h. Si no mejora: hasta 2 bolos más de 20 mL/kg en 15–30 minutos. Hematocrito antes y después de cada bolo, luego cada 12–24 horas.
C: choque persistente o hipotensivo	Terapia intensiva y vasopresores. Si el hematocrito **baja** con choque persistente, piensa en sangrado oculto: concentrado eritrocitario 5–10 mL/kg o sangre total 10–20 mL/kg.

El algoritmo de los CDC/OPS permite coloide si el hematocrito sigue alto tras los bolos; la OMS 2025 sugiere **cristaloide en lugar de coloide** (recomendación condicional), porque los coloides pueden aumentar los eventos adversos graves y cuestan más. En personas con obesidad, calcula con el peso ideal o ajustado según el protocolo local.



Esquema elaborado por Medicina en Resumen con la clasificación OMS 2009, los grupos de la OPS y las recomendaciones de la OMS 2025. No reproduce figuras de las guías.

7 Choque, sangrado y vigilancia (OMS 2025)

RECOMENDACIÓN EN DENGUE GRAVE HOSPITALIZADO	FUERZA · CERTEZA
Usar **cristaloide** en lugar de coloide.	Condicional · baja
Guiar los líquidos IV con el **llenado capilar**.	Fuerte · baja
Medir **lactato** además del cuidado estándar.	Fuerte · moderada
Elevación pasiva de piernas en choque cuando no está claro si necesita más líquido.	Condicional · baja
No usar corticoides sistémicos.	Condicional · muy baja
No transfundir plaquetas de forma profiláctica con menos de 50,000/µL sin sangrado activo.	Condicional · baja

Vigilancia: signos vitales seriados, presión diferencial, diuresis y hematocrito antes y después de cada bolo. El ultrasonido ayuda a valorar el volumen y la respuesta a líquidos. Con choque refractario: vasopresores y soporte de órganos (ventilación, terapia de reemplazo renal), que son raros: en 1,719 niños con choque por dengue en un centro de Vietnam, solo 4 % necesitó inotrópicos.

Sangrado: se maneja igual que el sangrado por otras causas. La transfusión profiláctica de plaquetas no ha mostrado beneficio. Pesa el riesgo de cualquier procedimiento invasivo; las plaquetas se consideran ante sangrado activo o antes de un procedimiento.

Alta (CDC/OPS): sin fiebre 48 h sin antipiréticos, mejor apetito, signos vitales normales, buena diuresis, sin dificultad respiratoria ni sangrado, plaquetas en ascenso y hematocrito estable sin líquidos IV.

8 Secuelas después del dengue

En una cohorte comparada con controles de la población, haber tenido dengue se asoció en los 300 días siguientes a más eventos médicos (HR ajustado 1.19), cardiovasculares (1.46), neuropsiquiátricos (1.29), autoinmunes (1.37), renales (2.30), hospitalización (1.22) y muerte (2.08). Es asociación observacional, pero justifica dar seguimiento al adulto mayor y al que tiene comorbilidades después de un dengue grave.

9 Lo que no se hace

EVITA

- **AINE y ácido acetilsalicílico**: OMS 2025 en contra, recomendación fuerte, por riesgo de sangrado.

SÍ SE USA

- **Paracetamol** (con precaución si hay daño hepático; los CDC: cada 6 horas, máximo 4 dosis al

- **Corticoides**: en el ensayo de prednisolona a dosis alta no bajó el dengue grave; la OMS sugiere no usarlos.
- **Transfusión profiláctica de plaquetas** por la cifra.
- Solución salina al 0.45 %, y líquidos IV "por si acaso" a quien puede beber.
- Seguir los líquidos IV en la fase de recuperación.

día) o **metamizol** donde esté aprobado (OMS 2025, condicional).
- Antieméticos si hay náusea o vómito.
- Líquidos orales protocolizados en el dengue no grave.
- Hematocrito seriado y reevaluación frecuente de los signos de alarma.

En estudio, sin uso clínico todavía: antivirales contra NS4B (EYU688 en fase 2; mosnodenvir, desarrollo detenido), dexametasona, anakinra, baricitinib y N-acetilcisteína. La N-acetilcisteína en daño hepático solo tiene series de casos.

10 Vacunas: dónde están

VACUNA	ESQUEMA Y ESTADO	EFICACIA (DENGUE CONFIRMADO)	LÍMITES
TAK-003 (atenuada, tetravalente)	2 dosis separadas 3 meses. Precalificada por la OMS (mayo 2024); OMS: 6–16 años en zonas de alta transmisión. En México, COFEPRIS anunció su autorización en marzo de 2026.	80.2 % a 1 año y 90.4 % contra hospitalización; a 54 meses, 61.2 % y 84.1 %. En Brasil 2024 (adolescentes): efectividad de ~50 % con una dosis, 62 % con dos y 68 % contra hospitalización.	En seronegativos, **sin eficacia contra DENV-3**. Pruebas de inmunogenicidad en adultos hasta 60 años, comparables a niños.
Butantan-DV (atenuada, dosis única)	Autorizada en Brasil de 12 a 59 años. Suspendida el 8 de junio de 2026 en investigación.	79.6 % a 2 años; 65.0 % a 5 años (73.5 % y 58.9 % en seronegativos).	42 casos con signos de alarma y 2 muertes entre ~500,000 vacunados; causalidad no establecida. Sin datos para DENV-3 y DENV-4.
CYD-TDV	Solo seropositivos; su fabricación se suspende en 2026.	Poca o nula eficacia contra DENV-2.	Más hospitalización en seronegativos después de 2 años.

V181, otra formulación del mismo diseño que Butantan-DV, sigue en fase 3. La vacuna no sustituye el control del vector ni el buen manejo clínico; tras vacunar, interpreta con cautela la IgM.

11 Errores frecuentes

ERROR	LO CORRECTO
Dar de alta porque "ya no tiene fiebre" el día 4–5	La defervescencia marca el inicio de la fase crítica: revalora signos de alarma y hematocrito
Ibuprofeno, naproxeno o ácido acetilsalicílico para el dolor	Paracetamol o metamizol
Transfundir plaquetas porque están en 20,000 sin sangrado	No: no previene sangrado (OMS 2025)
Dar esteroides "para la inflamación"	No hay beneficio demostrado
Líquidos IV a todo paciente con dengue	Vía oral protocolizada en el grupo A
Esperar hipotensión para hablar de choque	Presión diferencial ≤20 mmHg, llenado capilar >2 s y extremidades frías ya son choque
Mantener el goteo alto cuando ya mejoró	Bajar escalonado y suspender al tolerar la vía oral: evita la sobrecarga
Pedir solo IgM el día 2 y descartar si sale negativa	Días 0–7: NS1 o RT-PCR más IgM; el manejo es clínico
Interpretar una IgM positiva como dengue agudo en alguien vacunado hace pocos meses	Puede ser falso positivo: confirma con NS1 o RT-PCR

12 Preguntas tipo examen

1. **Hombre de 34 años, día 5 de fiebre que cedió hoy. Dolor abdominal intenso, hematocrito de 43 a 49 % en 6 horas, presión 110/80. ¿Qué sigue?**

A) Alta con paracetamol · B) Cristaloide 10 mL/kg en 1 hora y reevaluar · C) Bolo de coloide

B. Dengue con signos de alarma (grupo B): cristaloide 10 mL/kg en 1 hora con hematocrito antes y después.

2. **Mujer con 2 días de fiebre, cefalea retroocular y mialgias. ¿Qué prueba confirma mejor hoy?**

A) IgG · B) NS1 o RT-PCR, junto con IgM · C) Prueba del torniquete

B. En los días 0–7 se combina NS1 o RT-PCR con IgM; la IgM sola es poco sensible tan temprano.

3. **Paciente estable, sin sangrado, con 18,000 plaquetas/µL. ¿Transfundes?**

A) Sí, por debajo de 20,000 · B) Sí, por debajo de 50,000 · C) No

C. La OMS 2025 sugiere no transfundir de forma profiláctica con menos de 50,000 sin sangrado activo.

4. **Día 5, extremidades frías, llenado capilar de 3 segundos, presión 100/86, alerta. ¿Primera acción?**

A) Cristaloide 20 mL/kg en 15–30 minutos · B) Esperar a la hipotensión · C) Norepinefrina sin líquidos

A. Presión diferencial de 14 mmHg: choque compensado. Bolo de cristaloide y reevaluar con llenado capilar, lactato y hematocrito.

5. **En choque por dengue con hematocrito que baja de 48 a 36 % sin mejoría hemodinámica, piensa en:**

A) Hemodilución adecuada · B) Sangrado oculto · C) Recuperación

B. Hematocrito que cae con choque persistente sugiere sangrado: concentrado eritrocitario 5–10 mL/kg.

6. **Analgésico de elección para dengue con fiebre alta y artralgias:**

A) Ibuprofeno · B) Paracetamol o metamizol · C) Prednisona

B. Los AINE están contraindicados (recomendación fuerte de la OMS) y los esteroides no tienen beneficio.

7. **Sobre TAK-003, ¿cuál es cierto?**

A) Una sola dosis · B) En seronegativos no mostró eficacia contra DENV-3 · C) Solo para seropositivos

B. Se aplica en 2 dosis separadas 3 meses, sin importar la serología, pero en seronegativos no protegió contra DENV-3.

8. **Criterio de alta tras dengue con signos de alarma:**

A) 24 h sin fiebre con antipirético · B) 48 h sin fiebre sin antipiréticos, plaquetas en ascenso y hematocrito estable sin líquidos IV · C) Plaquetas por encima de 150,000

B. No hace falta que las plaquetas se normalicen; importa la tendencia y la estabilidad clínica.

Referencias

1. Ooi YS, Cattrall J, Brady O, Kalimuddin S, Lim JT, López-Medina E, et al. Dengue virus infection. Nat Rev Dis Primers. 2026;12:68. doi:10.1038/s41572-026-00744-4
2. World Health Organization. WHO guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever. Ginebra: OMS; 2025. ISBN 978-92-4-011111-0.
3. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. New edition. Ginebra: OMS; 2009.
4. Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la Región de las Américas. 2.ª ed. Washington, D.C.: OPS; 2016.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Dengue clinical case management pocket guide. Actualización 2024.
6. World Health Organization. Dengue vaccines: WHO position paper. Mayo de 2024; TAK-003 precalificada el 10 de mayo de 2024.

SOBRE ESTA GUÍA EN RESUMEN

Material educativo para profesionales de la salud y estudiantes de posgrado, elaborado con apoyo de inteligencia artificial y verificado contra las fuentes originales. Resume y compara recomendaciones; no sustituye la lectura de las guías, el protocolo local ni el juicio clínico. Los esquemas de líquidos son de referencia: ajústalos a la respuesta del paciente. Los esquemas y tablas se elaboraron con los datos publicados; no reproducen figuras de las guías.

Videos, fuentes completas y otras guías en resumen: **medicinaenresumen.com** · @medicina.en.resumen