



Gobierno de
México

Salud

Secretaría de Salud

PRONAM

Dengue



Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM) de Dengue, **1a edición.**

Aprobado por el Consejo de Salubridad General en su Primera Sesión Ordinaria 2026, el día 06 de marzo de 2026.



Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM)

Dengue

Glosario de Abreviaturas:

ADE: Potenciación dependiente de anticuerpos.

CENAPRECE: Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

DCSA: Dengue con signos de alarma.

DENV: Virus del dengue.

DG: Dengue grave.

DNG: Dengue no grave.

DSSA: Dengue sin signos de alarma.

ETV: Enfermedad transmitida por vector.

h: Hora / horas.

IV: Intravenoso.

NS1: Proteína no estructural 1 (Non-structural protein).

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PRONAM: Protocolo Nacional de Atención Médica.

RT-PCR: Reacción en cadena de la polimerasa con Transcripción Inversa.

SSN: Solución salina normal (solución salina al 0,9 %).

UCI: Unidad de cuidados intensivos.

VIH: Virus de inmunodeficiencia humana.

VO: Vía oral.

PROTOCOLO NACIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA (PRONAM)

Dengue

Introducción

El dengue es una infección viral sistémica, dinámica, con presentación clínica variable y evolución incierta. La enfermedad es causada por el virus del dengue (DENV), un virus que tiene cuatro serotipos DENV1, DENV2, DENV3 y DENV4. Después de un período de incubación que oscila entre 3 y 10 días, la infección por dengue puede presentarse de forma asintomática o con un espectro clínico que va desde un cuadro no grave hasta uno grave que puede conllevar a la muerte. Actualmente es la arbovirosis más importante en México y las Américas, lo cual representa un serio problema de salud pública.

Inciendiando en la promoción, prevención y atención de enfermedades de vigilancia epidemiológica, este Protocolo Nacional de Atención Médica (PRONAM) aborda los diferentes grupos de intervención según la clasificación de gravedad del dengue, así como los criterios de referencia y seguimiento hasta el alta de pacientes, con énfasis en el manejo en el primer nivel de atención.

Epidemiología

El dengue es una enfermedad transmitida por un vector (ETV). Se transmite por la picadura del mosquito hembra *Aedes aegypti* y en menor proporción por el mosquito *Aedes albopictus*.

La incidencia mundial del dengue, ha aumentado considerablemente en las dos últimas décadas. Actualmente, es la enfermedad transmitida por vector con propagación más rápida a nivel mundial. En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un listado de 10 amenazas para la salud pública global, clasificando al dengue dentro de ellas, como un desafío prioritario en materia de salud.

De manera predominante se distribuye en áreas tropicales, subtropicales, zonas urbanas y suburbanas. El comportamiento del dengue es cíclico y se pueden esperar brotes cada 3 a 5 años. Además, al tener un comportamiento estacionario, en el hemisferio sur la mayoría de los casos ocurren durante la primera mitad del año, en cambio en el hemisferio norte, los casos ocurren en la segunda mitad del año. Este comportamiento corresponde a los meses más cálidos y lluviosos.

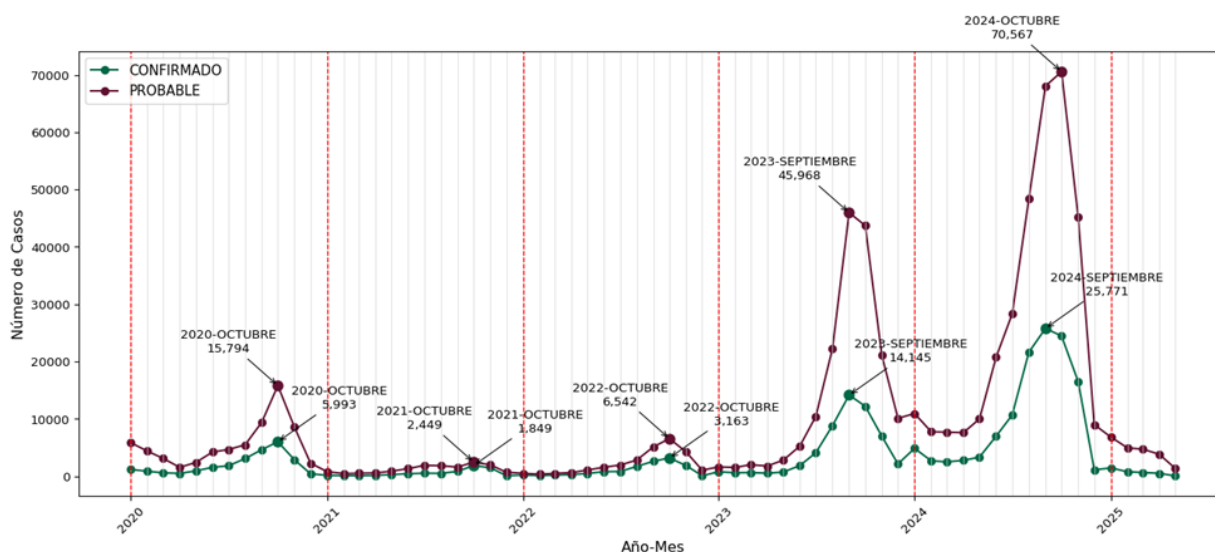
Los factores que se relacionan con la reproducción, incremento o control del dengue son: factores climáticos, ambientales, socioeconómicos y de salud pública. Aquellos que incrementan el riesgo de epidemias:

- Presentación temprana y duración larga en temporadas de transmisión en zonas endémicas.
- Distribución en expansión e incremento de la presencia de vectores.
- Consecuencias del cambio climático y fenómenos meteorológicos extremos (precipitaciones, huracanes e inundaciones) que favorecen la reproducción y transmisión del virus.
- Crisis humanitarias y desplazamiento masivo de personas.

En México, el dengue es la principal enfermedad transmitida por vector. Aunque presenta una periodicidad cíclica, su incidencia ha aumentado en los últimos veinte años. En 2009 se registró una incidencia de 51 casos por cada 100,000 habitantes, con predominio del serotipo DENV-1 (>80 %). En 2012 y 2013 se registraron incidencias de 44 y 54 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente, con circulación de los serotipos DENV-1 y DENV-2, y un aumento de las formas graves de la enfermedad. Para 2019, la incidencia fue de 34 casos por cada 100,000 habitantes, con circulación de los cuatro serotipos, predominio de DENV-2 e incremento de las formas graves.

El año 2024, ha sido el de mayor número de casos reportados en la historia del país. De acuerdo a la Dirección General de Epidemiología, se presentaron 327,756 casos de dengue a nivel nacional, con predominio del serotipo DENV-3 y una letalidad de 0.85 % entre los casos de dengue con signos de alarma y dengue grave.

Figura 1. Registro histórico de casos confirmados y probables de dengue por mes, de los años 2020 a 2025



Fuente: Bases históricas de Enfermedades Transmitidas por Vector, DGE, 2025.

Dada la alternancia y el predominio reciente de distintos serotipos, es pertinente considerar la dinámica de la inmunidad específica por serotipo y su vínculo con el riesgo de formas graves. La infección por un serotipo confiere inmunidad prolongada frente a ese mismo serotipo (inmunidad homóloga); sin embargo, una infección subsecuente (secundaria) con un serotipo diferente incrementa el riesgo de desarrollar dengue grave.

Zonas de distribución del dengue en México

En México, las regiones con mayor riesgo histórico de dengue se concentran en las costas del Pacífico y del Golfo de México, en los estados del sureste, así como en los del centro del país. Los estados con mayor incidencia de dengue son: Jalisco, Veracruz, Guerrero, Quintana Roo, Morelos, Chiapas, Oaxaca, Puebla y San Luis Potosí, alternando el posicionamiento de un año a otro.

En los últimos años, se ha observado un aumento en la incidencia de dengue en estados donde previamente no se había presentado, lo que representa un ejemplo de la importancia de mantener la vigilancia epidemiológica constante.

Existen otros factores que influyen en la distribución del dengue como:

- **Clima:** Las altas temperaturas y la precipitación favorecen la proliferación del mosquito *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, vectores del dengue.
- **Condiciones socioeconómicas:** La falta de acceso a servicios básicos como el agua y el saneamiento aumentan la presencia de criaderos de mosquitos, ya que la población utiliza recipientes para almacenar agua debido a la escasez.
- **Factores demográficos:** La densidad de población y la movilidad de personas influyen en la propagación del vector.
- **Limitaciones para implementar acciones preventivas en el domicilio.**

Prevención del dengue

La prevención depende principalmente de la eliminación de los criaderos, así como el control del vector adulto y evitar la picadura de los mosquitos. La educación comunitaria es fundamental para mejorar las prácticas de prevención del dengue en la población general.

La prevención efectiva del dengue, requiere de la gestión integrada de vectores, como una estrategia integral que combine la participación de todos: gobierno, población, personal médico, personal de laboratorio, promotores de salud, personal de control vectorial y epidemiología.

Las recomendaciones para la prevención del dengue son:

- Educación a la población sobre identificación de síntomas y datos de alarma con base en la evidencia.
- Control comunitario y domiciliario del vector (eliminación de criaderos de mosquitos).
- Limpieza de viviendas y descacharrización.
- Uso de mosquiteros y pabellones.
- Uso de repelentes de mosquitos.
- Uso de ropa de manga larga.
- Uso de ventiladores y aires acondicionados.
- Disminución de la vegetación en hogares y jardines.
- Fumigación dependiente de escenarios definidos por vigilancia entomoviológica.

En resumen, el uso de múltiples medidas de prevención incrementa la protección de pacientes y de la comunidad, reduciendo la transmisión. Las acciones más importantes son la educación a la población y el control del vector.

Definiciones, fases y clasificación

En México, existen definiciones operacionales de dengue con fines de vigilancia epidemiológica. Estas incluyen: **caso probable de dengue no grave (DNG)**, **caso probable de dengue con signos de alarma (DCSA)** y **caso probable de dengue grave (DG)**. Adicionalmente, la versión más reciente del manual para la vigilancia laboratorial de dengue considera en su clasificación si un caso fue confirmado o descartado, de acuerdo con los resultados de las pruebas de laboratorio. El manual se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/629265/Lineamientos_Dengue_Arb_V1-2021.pdf

En concordancia con las recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el CENAPRECE recomienda desde 2025 el uso de una definición operacional específica para la atención clínica de pacientes en los establecimientos de salud. Esta definición facilita el reconocimiento clínico del dengue y enfatiza la identificación temprana de formas graves de la enfermedad.

Definición de caso sospechoso de dengue (OMS/CENAPRECE)

Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y que presenta fiebre, habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y dos o más de las siguientes manifestaciones clínicas: náusea o vómito, exantema, cefalea o dolor retroocular, mialgias o artralgias, petequias, con o sin cualquier signo de alarma o signo de gravedad.

También se considera caso sospechoso a todo niño o niña que reside o haya viajado en los últimos 14 días a una zona con transmisión de dengue que presenta cuadro febril agudo, por lo general, de 2 a 7 días de evolución, sin foco infeccioso aparente.

Fases de la enfermedad

El dengue es una enfermedad que inicia abruptamente y pasa por tres fases: febril, crítica y de recuperación.

Fase febril

Generalmente las y los pacientes desarrollan fiebre repentina. Esta fase dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgia, artralgia, cefalea, dolor retroocular, odinofagia e hiperemia en faringe y conjuntivas. Los

trastornos gastrointestinales (anorexia, náuseas, vómito y evacuaciones líquidas) son comunes. Puede presentarse sangrado menor, como petequias y equimosis, pueden aparecer varios tipos de exantema, siendo el más característico un rash maculopapular, morbiliforme (Figura 2 y 3).

Figura 2. Exantema Morbiliforme en dengue.



Figura 3. Exantema morbiliforme con componente purpúrico Aspecto de "islas en un mar rojo" en dengue.



Fuente: Aldama Caballero Arnaldo; Aldama Olmedo Olga; Rivelli Oddone Victoria: Manifestaciones cutáneas del dengue. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Itauguá Paraguay. 2009; Vol: 24(10): P:520-523.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213925109730345>.

En esta fase, el dengue puede ser difícil de distinguir clínicamente de otras enfermedades febriles agudas, sin embargo, la mayor parte de pacientes mejoran.

Las complicaciones de la fase febril son la deshidratación, sobre todo en los extremos de la vida y la posibilidad de crisis convulsivas en menores de 5 años cuando la fiebre es alta. La primera anomalía del hemograma, es una disminución progresiva del recuento total de glóbulos blancos; las plaquetas se encuentran normales, estas tienden a descender hacia la fase final de la fase febril, el hematocrito suele ser normal hasta la defervescencia.

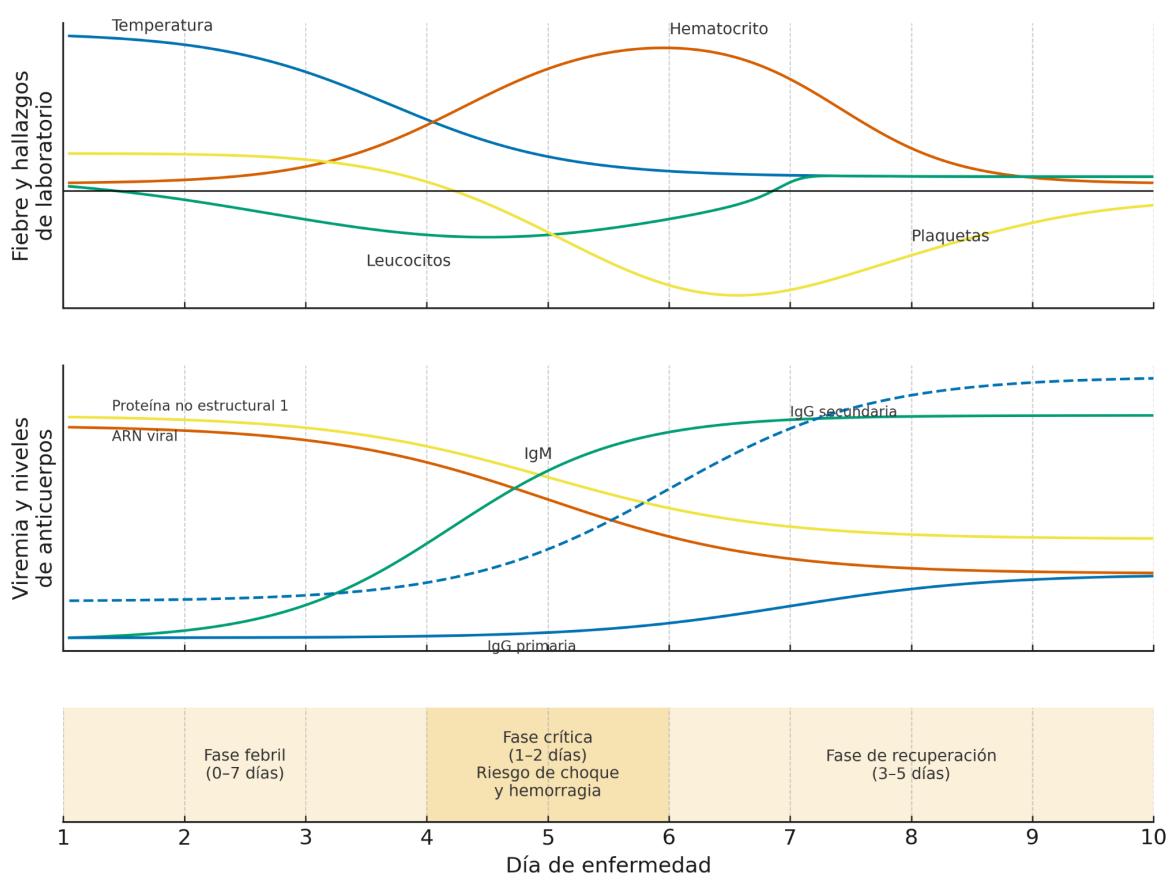
Fase crítica

Cuando la temperatura desciende, la mayoría de pacientes se recuperan, sin embargo, en algunos casos, por lo general entre el 3° y el 7° día de haber iniciado la enfermedad, puede aparecer el incremento de la permeabilidad vascular, con manifestaciones clínicas de extravasación de líquidos y aumento paralelo del hematocrito. Esto señala el inicio del periodo de mayor riesgo, que suele durar de 24 a 48 horas y dependiendo del grado de lesión endotelial pueden presentarse los signos de alarma que preceden a las formas graves de la enfermedad.

Esta fase exige vigilancia estrecha, si no se restaura la volemia de manera oportuna y correcta “pocas horas después” de los signos de alarma o manifestaciones de hipoperfusión (asociados a la importante fuga plasmática y/o asociación de vasodilatación por mediadores inflamatorios), traerá como consecuencia hipoxia tisular, que se manifiesta en acidosis metabólica, hemorragias y falla orgánica múltiple.

El personal de salud debe tener cuidado ya que un número relativamente bajo de pacientes sin fiebre, pueden presentar datos/signos de alarma.

Figura. 4 Dengue, curso de la enfermedad.



Fuente: Adaptado de Paz-Bailey, G., et al. (2024). Dengue. *Lancet (London, England)*, 403(10427), 667–682.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02576-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02576-X)

Fase de recuperación

En esta fase se presenta la reabsorción gradual del líquido extravasado, que retorna del compartimiento extravascular al intravascular. Esta etapa de reabsorción de líquidos puede durar de 48 a 72 horas, donde es notoria la mejoría del estado clínico general: se recupera el

apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales, se reabsorben los líquidos, se estabiliza el estado hemodinámico y se incrementa la diuresis. En esta fase también puede aparecer el exantema de islas blancas sobre mar rojo, acompañado de prurito generalizado.

Clasificación clínica del dengue

El dengue es una enfermedad dinámica con múltiples expresiones clínicas. Por tal motivo, es necesario clasificar al dengue según la gravedad. Esta clasificación permite facilitar la toma de decisiones, determinar dónde y con qué intensidad se debe observar y tratar a cada paciente. Esta clasificación es de mucha utilidad en las áreas de triage y salas de dengue; y ayuda a gestionar las actividades clínicas durante brotes. Todos los profesionales de salud que atienden pacientes con dengue deben dominar y utilizar la siguiente clasificación clínica (Figura 5).

Figura 5. Sitio de atención de la persona con dengue, de acuerdo con la clasificación clínica

Dengue sin signos de alarma (DSSA)	Dengue con signos de alarma (DCSA)	Dengue grave (DG)
Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución, y 2 o más de las siguientes manifestaciones: 1. Náusea / vómito. 2. Exantema. 3. Cefalea/dolor retroocular. 4. Mialgias / artralgias. 5. Petequias. 6. Leucopenia.	Todo caso de dengue que cerca de y especialmente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos: 1. Dolor abdominal intenso y sostenido o dolor a la palpación del abdomen. 2. Vómito persistente. 3. Acumulación de líquidos. 4. Sangrado de mucosas. 5. Letargo / Irritabilidad. 6. Hipotensión postural (lipotimia). 7. Hepatomegalia > 2 cm. 8. Aumento progresivo del hematocrito.	Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. 2. Sangrado grave (repercusión hemodinámica o sistémica). 3. Compromiso grave de órganos (disfunción orgánica múltiple: daño hepático, miocarditis, cerebral, riñón).
	Requieren monitoreo estricto e intervención médica inmediata	
Manejo Ambulatorio	Hospitalizar	Hospitalizar en Unidad de Cuidados Intensivos

Fuente: Adaptado de Algoritmos para el Manejo Clínico de Casos de Dengue. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2024. Disponible en <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/2020-cde-algorithms-dengue-regional.pdf>.

Fisiopatología del dengue

El genoma del virus tiene siete proteínas no estructurales. Entre ellas, son importantes para la clínica, NS1, que ayuda en la maduración del virus y en la inmunopatogénesis, y NS5, que actúa como ARN-polimerasa.

Existen tres eventos fisiopatológicos fundamentales en el dengue: la viremia, la respuesta inmune del huésped y el grado de afectación del endotelio con extravasación de líquidos por fuga capilar, que puede llevar a choque, hemorragia y compromiso orgánico.

El virus se transmite a las personas a través de la saliva del mosquito durante la picadura. Tras la inoculación, se replica en órganos diana y en el tejido linfático; la posterior liberación de viriones al torrente sanguíneo se manifiesta clínicamente con fiebre. Si la o el paciente no utiliza mosquitero y es nuevamente picado por mosquitos que ingieren sangre virémica, el virus se replica en las glándulas salivales del vector y, tras un período de incubación de 8 a 10 días, el mosquito puede transmitir la infección a otra persona susceptible.

Una vez en la circulación, el virus es fagocitado por monocitos, donde se replica. Este proceso induce la producción de factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) e interleucina-6 (IL-6), mediadores que incrementan la permeabilidad vascular y favorecen la fuga de líquido al espacio extravascular. La extravasación incluye plasma y elementos formes (plaquetas y leucocitos) y puede condicionar hemorragia.

En la primera infección por DENV, se activa una respuesta inmunitaria temprana que se caracteriza por la producción de interferón gamma (IFN- γ), TNF- α e IL-6. En infecciones posteriores por DENV, los anticuerpos de unión no neutralizantes, generados por exposiciones previas a DENV (o a un flavivirus relacionado), facilitan la entrada del virus en células mieloides a través de receptores Fc, aumentando la carga viral y la gravedad clínica. Este fenómeno, conocido como potenciación dependiente de anticuerpos (ADE), incrementa la permeabilidad vascular y la fuga de líquidos al espacio extravascular.

En dengue, el fenómeno ADE es clave en infecciones secundarias por un serotipo distinto: anticuerpos generados contra el primer serotipo pueden reconocer, pero no neutralizar al nuevo, promoviendo opsonización mediada por Fc γ R, mayor replicación en monocitos/macrófagos y riesgo de enfermedad más grave, como dengue grave con fuga capilar y trombocitopenia. La ADE contribuye a la patogénesis y a la asociación entre infección secundaria heterotípica y severidad clínica.

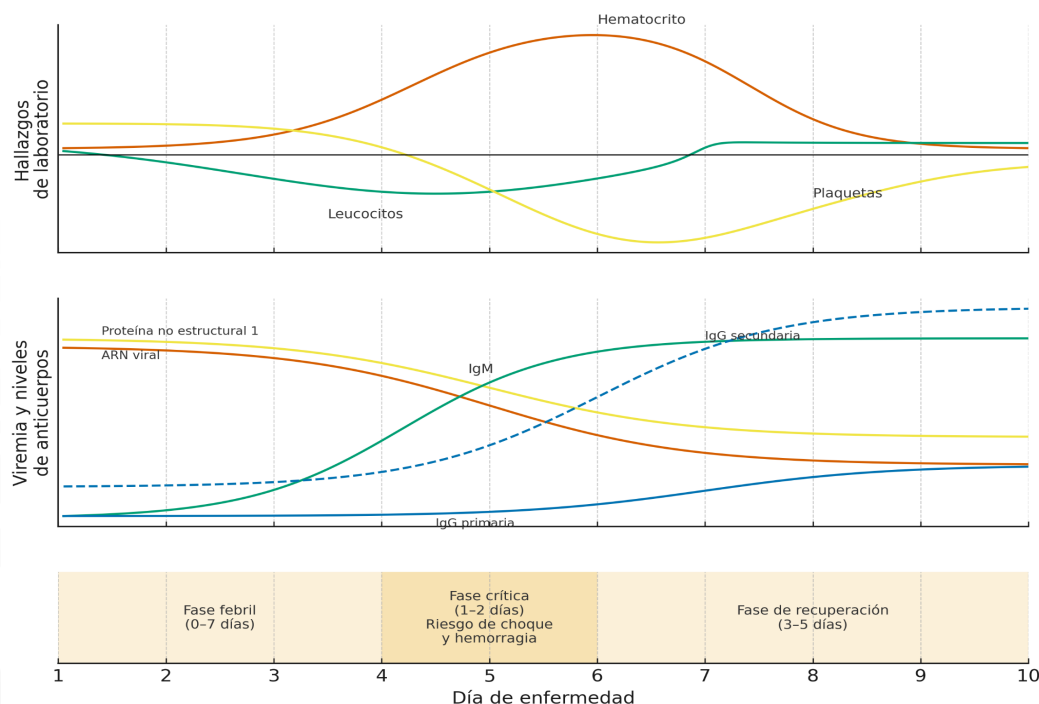
Diagnóstico por laboratorio.

La confirmación de un caso probable de dengue en el laboratorio ayuda a la vigilancia de enfermedades, ya que permite identificar nuevos serotipos y otras arbovirosis en el país. El personal de salud de primer contacto debe apoyar las actividades de vigilancia epidemiológica, incluyendo la notificación de todos los casos probables y confirmados en las plataformas correspondientes.

Por otro lado, el abordaje diagnóstico, la clasificación y el tratamiento de pacientes con sospecha de dengue son actividades primordialmente clínicas, por lo que el manejo debe iniciarse aun sin contar con una prueba de laboratorio confirmatoria. Existen tres pruebas utilizadas en el sistema de vigilancia epidemiológica mexicano: la serología, la detección de antígeno NS1 y la detección molecular mediante RT-PCR.

Para escoger la prueba diagnóstica correcta, se debe considerar la etapa clínica de la enfermedad, como se puede observar en la figura 6. En esta figura, se puede observar que, durante la fase febril, es más conveniente solicitar RT-PCR o detección de antígeno NS1. Posteriormente (5 días después), la IgM comienza a elevarse y puede utilizarse para el diagnóstico.

Figura 6. Hallazgos de laboratorio según día de la enfermedad en pacientes con dengue.



Fuente: Modificado de Paz-Bailey, G., et al. (2024). Dengue. *Lancet* (London, England), 403(10427), 667–682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02576-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02576-X)

Procedimiento correcto de toma, almacenamiento y envío de muestras

La muestra puede obtenerse desde el primer día de la aparición de los síntomas. La muestra ideal corresponde al suero, que se obtiene mediante punción venosa. Para este proceso se recomienda utilizar tubos sin anticoagulante. La muestra debe almacenarse idealmente a una temperatura de entre 2 °C y 8 °C, para evitar contaminación y mantener la integridad del material biológico, especialmente del virus, debido a que los anticuerpos y el ARN viral son termolábiles (Figura 7).

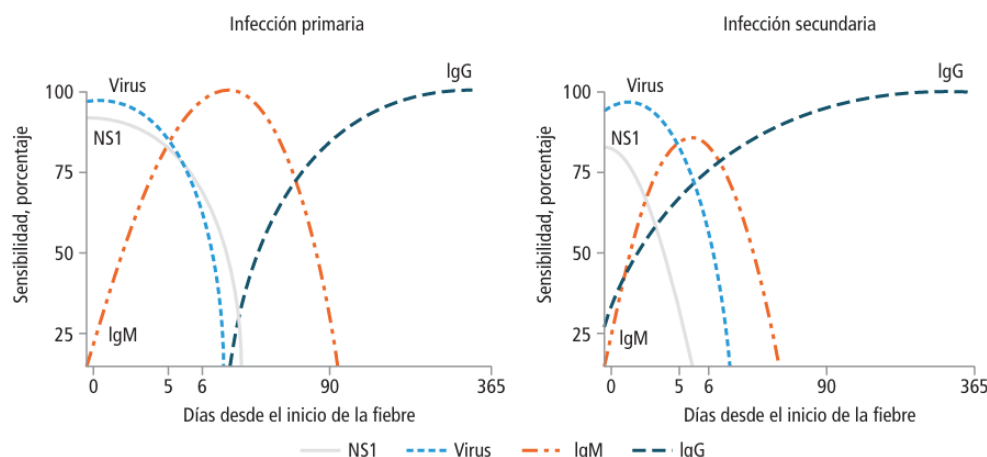
Figura 7. Procedimiento para la toma, manejo y envío de muestra para el diagnóstico del dengue.



Elaboración propia con base en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/VONDX.pdf>.
<https://www.gbo.com/es-es/podcast-blog/blog/articulo/best-preanalytic-practices>

Interpretación de resultados

Figura 8. Cinética del virus del dengue, la proteína NS1 y los anticuerpos IgM e IgG en muestras de suero en infecciones primarias y secundarias.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. 2023. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56321/9789275325872_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Adaptada de Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Dengue Clinical Case Management (DCCM) course. Atlanta: CDC; 2018.

En las infecciones primarias, el virus y NS1 aumentan pronto, seguidos por las inmunoglobulinas M (IgM) e IgG. En infecciones secundarias, la IgG se eleva más rápidamente y de manera sostenida, lo que indica una memoria inmunológica activa.

RT-PCR

Métodos moleculares como la Transcriptasa Reversa acoplada a la Reacción en Cadena de la Polimerasa (RT-PCR) basados en la detección del genoma del virus dengue, permiten diagnosticar con éxito la infección durante la fase aguda de la enfermedad. Los ensayos de RT-PCR para el diagnóstico de dengue han evolucionado a ensayo múltiples que permiten detectar y diferenciar simultáneamente los 4 serotipos. Una ventaja importante de las técnicas basadas en la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) es detectar el ARN viral desde el inicio de la enfermedad y es altamente sensible y específico. Un resultado *positivo* indica la detección del material genético de cualquiera de los cuatro serotipos del virus dengue, confirmando la infección aguda. Un resultado *negativo* no descarta la infección, ya que la prueba puede ser negativa por variaciones tales como la integridad de la muestra (degradación del material genético por mala conservación), bajo número de copias del genoma del virus. Esta metodología, al igual que la detección del antígeno NS1, puede emplearse desde el primer día de la infección.

NS1

La determinación del antígeno NS1 puede ser incorporada en la vigilancia, cuando las condiciones epidemiológicas lo permitan (situaciones de emergencia epidemiológica por brote confirmado de dengue) con identificación de serotipos circulantes por RT-PCR.

Un resultado positivo en la prueba NS1 es indicativo de una infección por el virus del dengue. Un resultado negativo en la prueba NS1 no descarta la infección, especialmente en infecciones secundarias. Un resultado de NS1 negativo con RT-PCR negativa o no disponible, tampoco descarta la infección por virus del dengue.

IgM

Pacientes con un resultado positivo en la prueba de IgM en una sola muestra se clasifican como infecciones presuntamente recientes por el virus del dengue.

Con un resultado negativo de IgM se consideran casos no confirmados.

IgG

Puede utilizarse para diagnosticar dengue, sin embargo, no se recomienda realizar pruebas de IgG en una sola muestra, porque podrían indicar infección previa, particularmente en zonas endémicas. Para utilizar la IgG como diagnóstico, se requiere determinar si existe seroconversión a través de una evaluación serológica con muestras pareadas.

Diagnóstico diferencial del dengue

El diagnóstico diferencial del dengue es amplio, ya que usualmente se presenta como fiebre indiferenciada, aunque puede causar síntomas en múltiples sistemas, hemorragia, choque y falla multiorgánica (Tabla 1).

Tabla 1. Diagnósticos diferenciales del dengue.

Diagnósticos diferenciales del dengue	
Síndrome febril indiferenciado	Rickettsiosis, otras arbovirosis (Zika, Chikunguña, Oropuche, etc), fiebres hemorrágicas, paludismo, síndrome retroviral agudo, fiebre tifoidea, brucelosis.
Exantema	Rubéola, sarampión, escarlatina, varicela, otros exantemas virales, otras arbovirosis, rickettsiosis, tifoidea, VIH agudo, enfermedad de Chagas aguda, endocarditis, borreliosis (Lyme), meningococcemia, síndrome de choque tóxico, reacciones a fármacos.
Síntomas respiratorios	COVID-19, influenza, neumonía, mononucleosis infecciosa, síndrome retroviral agudo, toxoplasmosis aguda, fiebres hemorrágicas.
Diarrea	Rotavirus, hepatitis virales, shigelosis, salmonelosis.

Hepatitis o ictericia	Fiebre amarilla, hepatitis virales, otras arbovirosis, leptospirosis, colangitis, colecistitis.
Choque	Rickettsiosis, bacteriemia, endocarditis, neumonía, paludismo, leptospirosis, meningococemia, enfermedad invasiva por neumococo, otras arbovirosis, síndrome de choque tóxico estafilocócico o estreptocócico.
Síntomas Neurológicos	Meningoencefalitis viral, meningitis, otras arbovirosis, Síndrome de Guillain-Barré.
Neoplasias	Leucemia y linfomas agudos.
Otras condiciones	Apendicitis, diverticulitis, pancreatitis, cetoacidosis diabética, enfermedades plaquetarias, perforación de víscera hueca, enfermedad de Still.

Elaboración propia con base en: <https://iris.paho.org/> Instrumento para el Diagnóstico la Atención a Pacientes con Sospecha de Arbovirosis. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-151-08/ER.pdf>. Valladares Reyes D, Belaunde Clausell A, Morales Díaz A. Diagnóstico diferencial entre dengue y COVID-19. Revista 16 de abril [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 62:e1608. Disponible en http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/160.

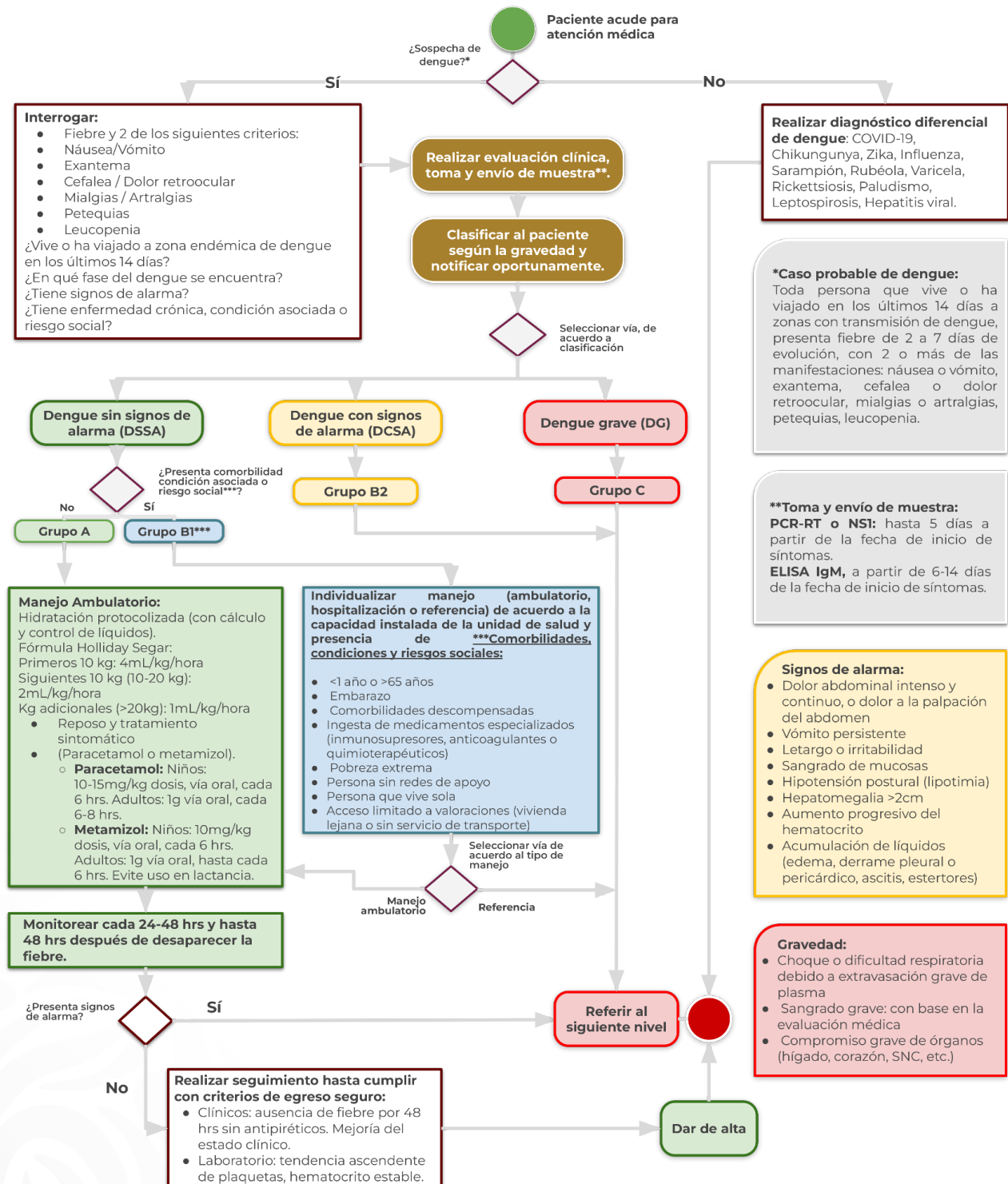
En zonas al norte del trópico de Cáncer y en la zona fronteriza con Estados Unidos, se debe sospechar de rickettsiosis y considerar administrar doxiciclina ante un caso con fiebre indiferenciada que tenga contacto reciente con perros o garrapatas o en zonas donde haya habido reportes recientes de rickettsiosis. En ese contexto, se recomienda solicitar pruebas diagnósticas tanto para dengue como para rickettsiosis si se cumplen las definiciones operacionales emitidas por la Dirección General de Epidemiología o CENAPRECE.

Manejo clínico del dengue

Continuo de la atención del dengue

Todas las y los pacientes con dengue deben contar con una evaluación completa que incluya historia clínica, signos vitales, evaluación hemodinámica y exploración física. De acuerdo a los hallazgos, se clasificará y se asignará un grupo de tratamiento: A, B1, B2 o C, como se muestra en la figura 9 "*Algoritmo de diagnóstico y atención de dengue*". Todas las evaluaciones e intervenciones deben estar documentadas en el expediente clínico.

Figura 9. Algoritmo de diagnóstico y atención de dengue



Fuente. Elaboración propia con base en: Algoritmos para el Manejo Clínico de Casos de Dengue. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/2020-cde-algorithms-dengue-regional.pdf>

Historia clínica: Se deben identificar todas las comorbilidades y su estado de control; embarazo, factores de riesgo social, uso de medicamentos, así como factores relacionados con movilidad humana.

Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación hemodinámica (grado de consciencia, llenado capilar, diuresis, frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsos periféricos, frecuencia respiratoria y extremidades). Los signos vitales se deben interpretar de acuerdo con la edad según la OMS.

Clasificación: Se debe evaluar y descartar la presencia de datos/signos de alarma y de gravedad en todas las y los pacientes, para clasificar en grupos de tratamiento (A, B1, B2, C) (Figura 7).

Los datos/signos de alarma que se deben evaluar son:

- Dolor abdominal intenso y continuo (espontáneo o a la palpación de abdomen).
- Vómitos persistentes (3 o más vómitos en 1 hora, 4 ó más vómitos en 6 horas o vómito que impide la hidratación oral).
- Letargo o irritabilidad (en niños se puede manifestar como llanto incoercible).
- Sangrado de mucosas.
- Sangrado transvaginal fuera del período menstrual.
- Hipotensión postural (lipotimia).
- Hepatomegalia >2 cm.
- Aumento progresivo del hematocrito.
- Acumulación de líquidos, por ejemplo:
 - ✓ Edema de cara, tórax, abdomen, extremidades.
 - ✓ Derrame pleural.
 - ✓ Derrame pericárdico.
 - ✓ Ascitis.
 - ✓ Estertores.

Tabla 2. Grupos de intervención para determinar el tratamiento del dengue

Grupo de tratamiento	Grupo A	Grupo B1	Grupo B2	Grupo C
Clasificación de gravedad	*Dengue sin signos de alarma (DSSA)	*Dengue sin signos de alarma (DSSA)	Dengue con signos de alarma (DCSA)	Dengue grave (DG)
Criterios de grupo	- Toleran volúmenes adecuados de líquidos por vía oral. - Orina al menos una vez cada 6 horas. - Sin enfermedades ni condiciones asociadas, sin riesgo social.	Presentan enfermedad o condiciones asociadas: - Embarazo ≤ 1 año ≥ 65 años - Obesidad mórbida - Hipertensión arterial - Diabetes mellitus - Asma - Daño renal - Enfermedades hemolíticas - Hepatopatía crónica - Enfermedad ulceropéptica o gastritis de cualquier etiología - En tratamiento con inmunosupresores, anticoagulantes o quimioterapéuticos Presentan riesgo social: - El paciente vive solo o lejos de donde puede recibir atención médica - No tiene transporte - Vive en pobreza extrema	Pacientes que, cercanos a la caída de la fiebre o más frecuentemente a la caída de la fiebre o en las horas siguientes, presenten uno o más de los siguientes signos: - Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen. - Vómitos persistentes - Acumulación de líquidos - Sangrado de mucosas - Letargo /irritabilidad - Hipotensión postural (lipotimia) - Hepatomegalia > 2 cm - Aumento progresivo del hematocrito	Todo caso de dengue que tiene una o más de las siguientes manifestaciones: - Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. - Repercusión hemodinámica o sistémica según la evaluación. - Compromiso grave de órganos (disfunción orgánica múltiple, daño hepático, cardíaco, cerebral, riñón).
Nivel de atención para manejo.	Manejo Ambulatorio.	Posible traslado a hospitales. Requiere observación y atención de su infección y condición asociada	Hospitalizar, requiere administración de líquidos IV.	Hospitalizar en Unidad de Cuidados Intensivos. Requiere tratamiento de urgencia.

Fuente: Adaptado de Algoritmos para el Manejo Clínico de Casos de Dengue. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/2020-cde-algorithms-dengue-regional>.

Tratamiento: Se debe instaurar de acuerdo con el grupo de tratamiento (A, B1, B2 y C). La hidratación en dengue debe realizarse con cálculo y control de líquidos (ingresos y egresos), independientemente del grupo asignado. El tratamiento farmacológico del dengue consiste en el uso de paracetamol o metamizol sódico. Se deben **EVITAR** otros antiinflamatorios no esteroideos, ácido acetilsalicílico, esteroides o inmunoglobulinas.

Seguimiento: Monitoreo cada 24 a 48 h y hasta 48h después del descenso de la fiebre sin el uso de antipiréticos. Se recomienda utilizar la ficha de seguimiento domiciliario para las personas con dengue (Anexo 1) con el objetivo de identificar los signos de alarma y disminuir el riesgo de evolucionar a dengue grave.

Tratamiento para el grupo A

Los **principios terapéuticos** consisten en **hidratación oral protocolizada en pacientes con dengue para disminuir la progresión a las formas graves y la aparición de complicaciones con cálculo y control de líquidos, identificación de todos los datos/signos de alarma, reposo y tratamiento sintomático con paracetamol o metamizol** (Figura 9).

La cantidad de líquido recomendada depende del peso y edad del o la paciente. Para el cálculo de volúmenes de líquidos a administrar, se considera la edad, condiciones médicas subyacentes (ejemplo, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica) así como el peso. En personas adultas sanas, se pueden administrar hasta 3000 ml por día. Si el peso es menor de 45 kg se puede utilizar la fórmula de Holliday-Segar.

- 4 ml por kg por hora para los primeros 10 kg de peso corporal
- 2 ml por kg por hora para los siguientes 10 kg de peso corporal
- 1 ml por kg por hora por cada kilogramo de peso corporal adicional

Ejemplo para una persona de 35 kg:

$$40 \text{ mL} + 20 \text{ mL} + 15 \text{ mL} = 75 \text{ mL}$$

Para la hidratación oral se debe recomendar el uso de sales de hidratación oral (Vida Suero Oral), se deben evitar refrescos o jugos y otras bebidas con alto contenido de glucosa que pueden exacerbar la hiperglucemia relacionada con el estrés fisiológico por dengue o descontrolar a pacientes que viven con diabetes, así como ocasionar vómito.

El tratamiento farmacológico consiste en paracetamol o metamizol. Las dosis son las siguientes:

Paracetamol

Niños: 10 mg/kg/dosis, vía oral, cada 6 horas.

Adultos: 1 g vía oral, cada 6 a 8 horas. Dosis máxima diaria 4 g.

Lactancia: Uso seguro durante lactancia a dosis terapéuticas.

Metamizol

Niños: 10 mg/kg/dosis, vía oral, cada 6 h. Dosis máxima 2 g.

Adultos: 1 g vía oral, hasta cada 6 horas. Dosis máxima 4 g.

Lactancia: Evite el uso de metamizol durante la lactancia.

Tratamiento para el grupo B1

El grupo B1 consiste en personas con dengue sin signos de alarma, pero con comorbilidades o riesgos sociales. Algunas comorbilidades pueden contribuir a la aparición de complicaciones en pacientes con dengue sin signos de alarma. Estas complicaciones se asocian a un mayor riesgo de progresión a dengue grave y muerte. Pacientes con comorbilidades deben tener control estricto y preciso de dichas comorbilidades, lo cual podría necesitar hospitalización.

Las comorbilidades más comunes son diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica. Deben considerarse también para este grupo, pacientes con factores de riesgo social, personas que cursan con embarazo y pacientes en los extremos de la vida.

Independientemente del nivel de atención, debe instaurarse la **hidratación protocolizada** (vía oral o intravenosa según corresponda), utilizando los mismos principios terapéuticos para el grupo A (Figura 9).

Criterios de referencia

Se debe **referir al segundo nivel de atención** a pacientes que presenten dengue más cualquiera de los siguientes:

- **Cualquier dato/signo de alarma** (ver página 16).
- **Cualquier dato de dengue grave**
- Dificultad respiratoria
- Acortamiento de la presión de pulso

- Llenado capilar >2 segundos
- Hipotensión arterial
- Comorbilidades descompensadas como: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad renal crónica, trastornos hematológicos, etc.
- Ingesta de medicamentos especializados como inmunosupresores, anticoagulantes o pacientes en quimioterapia, etc.

En Dengue Sin Signos de Alarma, Grupo B1, debe individualizarse la toma de decisión respecto a la referencia, hospitalización o manejo ambulatorio, de acuerdo a la capacidad instalada de la unidad de salud, y la presencia de las siguientes condiciones o riesgos sociales:

- Menores de 1 año y mayores de 65 años
- Embarazo
- Pobreza extrema.
- Persona sin redes de apoyo.
- Persona que vive sola.
- Acceso limitado a valoraciones (vivienda lejana o sin servicio de transporte)

Criterios de alta médica (egreso seguro)

Los criterios de alta médica para los pacientes con dengue son los siguientes:

Criterios clínicos:

- Ausencia de fiebre por 48 horas sin administración de antipiréticos.
- Mejoría del estado clínico (bienestar general, buen apetito, estado hemodinámico normal, diuresis normal o aumentada, sin dificultad respiratoria y sin evidencia de sangrado).

Criterios de laboratorio:

- Tendencia ascendente del recuento de plaquetas
- Hematocrito estable, sin líquidos intravenosos.

Anexos

Anexo 1: Ficha de seguimiento domiciliario para las personas con dengue.

Ficha de seguimiento domiciliario para las personas con **dengue**

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____ Unidad Médica Tratante: _____

Derechohabiencia: Sí ____ NO ____ Especifique tipo de derechohabiencia _____

Verificar al menos tres veces por día si presenta un SIGNO DE ALARMA

Al presentar un solo signo de alarma, debe acudir de inmediato a su Unidad de Salud (Coloque un X si presenta algún signo)

Días de seguimiento	Día 1		Día 2		Día 3		Día 4		Día 5		Día 6		Día 7		Día 8		Día 9		Día 10	
Signos de alarma	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Vómito persistente																				
Hinchazón (Edema)																				
Dolor abdominal																				
Irritabilidad (llanto intenso en infantes)																				
Agotamiento con debilidad (Somnolencia)																				
Sangrado anormal en cualquier lugar del cuerpo																				



Vómitos en más de tres ocasiones en el día



Edema o inflamación en cara, brazos, piernas y abdomen



Dolor abdominal intenso y continuo



Irritabilidad y llanto intenso en los niños



Somnolencia, que tenga sueño, mareo o debilidad



Sangrado en los ojos, nariz, encías, por la orina o mayor menstruación en las mujeres

Fuente: CENAPRECE

Bibliografía

1. Bowman LR, Donegan S, McCall PJ (2016) Is Dengue Vector Control Deficient in Effectiveness or Evidence?: Systematic Review and Meta-analysis. PLOS Neglected Tropical Diseases 10(3): e0004551. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004551>
2. Low, G. K., et al. (2018). Global dengue death before and after the new World Health Organization 2009 case classification: A systematic review and meta-regression analysis. Acta tropica, 182, 237–245. <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2018.03.014>
3. Miller, J. M., et al. (2024). Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2024 Update by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and the American Society for Microbiology (ASM). Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America, ciae104. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/cid/ciae104>
4. Muller, D. A., Depelsenaire, A. C., & Young, P. R. (2017). Clinical and Laboratory Diagnosis of Dengue Virus Infection. The Journal of infectious diseases, 215(suppl_2), S89–S95. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiw649>
5. Organización Mundial de la Salud. (2009). Dengue Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Nueva edición 2009. Ginebra OMS; Disponible en: https://www.who.int/denguecontrol/resources/dengue_guidelines_2009/es/
6. Organización Mundial de la Salud. (2024). Situación Mundial de Dengue. Disponible en: https://www-who-int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518? x_tr_sl=en& x_tr_tl=es& x_tr_hl=es& x_tr_pto=tc
7. Organización Mundial de la Salud. (2025) WHO Guidelines for clinical management of arboviral diseases: dengue, chikungunya, Zika and yellow fever; Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/634a55a5-327e-459b-a633-0650fe8ad6c9/content>
8. Organización Panamericana de la Salud. (2016) Dengue: guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. 2ª edición. Washington OPS; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28232>
9. Organización Panamericana de la Salud. (2016) Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington OPS; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>
10. Organización Panamericana de la Salud. (2019) Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas. Washington: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51787>
11. Organización Panamericana de la Salud (2024). Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue- Washington OPS; . Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-02/2020-cde-algorithms-dengue-regional.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. (2023) Recomendaciones para la detección y el diagnóstico por laboratorio de infecciones por arbovirus en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56321/9789275325872_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Organización Panamericana de la Salud. (2025) Directrices para el manejo del dengue grave en unidades de cuidados intensivos. Washington, D.C.: OPS; Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330487>.

14. Paz-Bailey, G., et al. (2024). Dengue. Lancet (London, England), 403(10427), 667–682. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02576-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02576-X)

15. San Martín, J. L., & Brathwaite-Dick, O. (2007). La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control del Dengue en la Región de las Américas . Revista panamericana de salud pública, 21(1), 55–63. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892007000100011>

16. Toledo-Romani, M. E., et al. (2006). Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. Salud Pública de México, 48(1), 39–44. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000100007>

GRUPO DE EXPERTOS

Dr. Jesús Ambrocio Molina Bravo.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar. (Coordinador).

Dr. Rafael Ricardo Valdez Vázquez.

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

Dr. Alexei Humberto Morales Morales.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dr. Alfredo Hernández Aguirre.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dr. Armando Solórzano Guerra.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dra. Cony Rocío Venegas Navarrete.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dr. Erick Saúl Raga Sarabia.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dra. Frida Rivera Buendía.

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

Dr. José Juan Rentería Morales.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dr. Juan Antonio Gámez Dueñas.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Luis Fernando Núñez Espinoza.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Mtra. Norma Edith Martínez Hernández.

Servicio Nacional de Salud Pública. Centro Coordinador de Salud para el Bienestar.

Dra. Paula Viveros Wachter.

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

Dra. Raquel Romero Pérez.

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

Dr. Rodrigo Ville Benavides.

Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades.

Dra. Rosalba Sonck Rodríguez.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dra. Viridiana Ofelia Gutiérrez Pastrana.

Servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

COMITÉ EJECUTIVO PRONAM

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz.

Secretario de Salud.

Dra. Patricia Clark Peralta.

Secretaria del Consejo de Salubridad General.

Dra. Alva Alejandra Santos Carrillo.

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dr. Raúl Rivera Moscoso.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. José Ricardo Correa Rotter.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Francisco Ayala Ayala.

Servicios Públicos de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar.

Dra. Alma Vergara López.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.