

Presentación

Dengue y dengue hemorrágico representan problema importante de salud pública en nuestro país; debido a su comportamiento endémico y a la vez circulando los cuatro serotipos del virus.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, como responsable de mejorar la calidad de la atención, y en particular de los grupos más afectados y como parte de la estrategia integrada de dengue (E GI-Dengue) estamos comprometidos a que todo el personal de salud conozca y maneje en forma estandarizada los casos de dengue. Es por esto que presentamos esta “Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Dengue y Dengue Hemorrágico”

Esperamos que la difusión y aplicación de estas guías, permitan el abordaje integral, estandarizado de los casos de dengue y así poder cumplir con nuestro compromiso de reducir la mortalidad por dengue a un 2% en un plazo de 5 años.

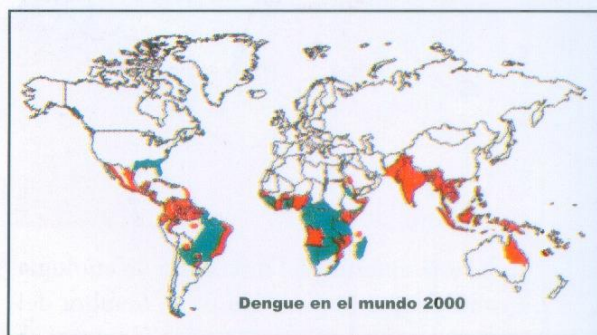
Dr. Sabino Báez
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.

INTRODUCCION



El dengue es una enfermedad infecciosa de etiología viral transmitida por la picadura de la hembra del mosquito *Aedes aegypti*. Su prevención y control se basan en un adecuado saneamiento domestico. Con poco o ningún gasto, los miembros de cada familia pueden eliminar el problema sin utilizar productos químicos (insecticidas), evitando y eliminando los gusarapos y/o criaderos del mosquito, tapando los recipientes donde se almacena el agua y aplicando cloro con un apilo a las paredes interiores de los mismos, por encima del nivel del agua para eliminar los huevos.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos quintas partes de la población mundial vive en riesgo de ser infectada por dengue y más de 100 países han sido afectados por epidemias de dengue o dengue hemorrágico. La (OMS) estima que anualmente ocurren más de 50 millones de casos de dengue hemorrágico; de los cuales 500,000 son hospitalizados, unas 20,000 defunciones y, un alto



porcentaje, son niños. En la República Dominicana, como en otros países del Caribe y zonas tropicales del continente americano, el dengue presenta un comportamiento endémico, con picos estacionales cada año.

En nuestro país comienzan a reportarse casos de dengue desde el 1980, en 1988 se confirman los dos primeros casos de dengue hemorrágico; pero no es hasta 1994 cuando se inicia el sistema de vigilancia de dengue. Para 1996 se reportaron 649 casos, 2,5 18 casos en el 1998; un total de 4,008 casos en el 1999 y la aparición ese año del serotipo DEN-3; 3,358 casos en el 2000; 2,608 en 2002; 6,009 casos y la aparición de serotipo DEN-2 en el 2003; para el 2004 se reportaron 2,476 casos y hasta la semana 5 del 2005, 170 casos. Cada año se reportan un mayor número de casos de la forma hemorrágica.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), la Sociedad Dominicana de Infectología (SDI), Fundación Dominicana de Infectología (FDI), la Sociedad Dominicana de Pediatría (SDP), la Sociedad de Medicina interna, Colegio Medico Dominicano (CMD), Centro Medico UCE (CM-UCE) y la Sociedad de Médicos Salubristas, aúnan esfuerzos con la cooperación de la OPS para la revisión y presentación de este prontuario.

El mismo ha sido refrendado por la Comisión Nacional para la Prevención y Control del Dengue, la cual procura poner a disposición del personal de salud como normas básicas de diagnóstico y tratamiento de los casos clínicos de dengue y dengue hemorrágico como un material de consulta rápida para su aplicación práctica.

Formas clínicas del dengue:

Desde el punto de vista clínico se consideran las siguientes formas:

1. Dengue clásico
2. Dengue hemorrágico.

Dengue Clásico. Diagnóstico:

Los signos y síntomas para el diagnóstico de dengue clásico son:

- Fiebre de inicio brusco que puede evolucionar de 3 a 7 días.
- 2- Cefalea.
- 3- Dolor retroocular.
- 4- Artralgias y/o mialgias
- 5- Eritema y/o exantema.

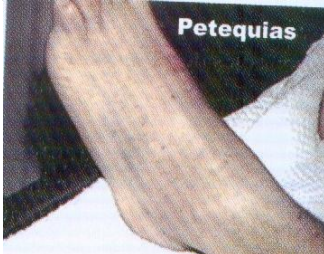


Erupción en el dengue

- 6- Anorexia.
- 7- Náuseas y vómitos.
- 8- Dolor abdominal.
- 9- Adenopatía generalizada.

ADVERTENCIA: Al inicio, en los niños, el dengue clásico puede manifestarse como una afección de vías respiratorias altas.

El dengue clásico puede asociarse con manifestaciones hemorrágicas inusuales, como petequias, púrpuras, equimosis, hematemesis, melena. Puede haber una prueba de torniquete positiva.



Manejo del paciente con dengue clásico:

Manejo ambulatorio

1. Acetaminofén: Niños 10-15 mg/kg/dosis cada 4-6horas.
Adultos 500 mg. cada 6 horas, por vía oral.

2. Hidratación oral: ofreciendo líquidos abundantes y/o sales de rehidratación oral. Mantener alimentación.
3. Evitar cualquier antiinflamatorio: Aspirina en cualquier presentación (Alka Seltzer, Mejoral, Coralae), dipirona, ibuprofén, diclofenac y otros analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que puedan inducir y/o predisponer sangrado.
4. Tomar muestra para hemograma y conteo de plaquetas y seguimiento diario del paciente con controles de hemograma y plaquetas hasta 72 horas después de la desaparición de la fiebre
5. Investigar antecedentes de: Falcernia, asma bronquial, desnutrición grave, cardiopatía, diabetes mellitus, inmunocompromiso.

DENGUE HEMORRAGICO (DH):



Lactante menor con DH, edema, eritema en piel, ascitis

Definición de caso clínico de dengue hemorrágico:

Además de lo descrito para el dengue clásico, deben encontrarse los signos y síntomas siguientes:

- 1 - Fiebre o antecedentes de fiebre aguda reciente.
2. Extravasación de plasma debida al aumento de la permeabilidad vascular que se evidencia como edema, ascitis, derrame pleural, hipoproteinemia, derrame pericárdico, hemoconcentración.
3. Trombocitopenia menor o igual a 100,000/mm³.
4. Manifestaciones hemorrágicas, que incluyan por lo menos una de las siguientes: prueba del torniquete positiva, petequias, equimosis y hemorragias de mucosas, tracto gastrointestinal, lugares de punciones, u otras.

El principal cambio fisiopatológico que determina la severidad de esta enfermedad y lo diferencia del dengue clásico es la extravasación de plasma puesta de manifiesto por efusión severa de plasma e hipoproteinemia, incremento del hematocrito y hemoconcentración ascendente. El dengue hemorrágico puede expresarse sin choque o con choque.

Definición del síndrome de choque por dengue:

Los cuatro criterios anteriores más evidencia de colapso circulatorio manifestado por:

- 1.- Taquicardia
- 2.- Pulso rápido y débil
- 3.- Piel húmeda y fría
- 4- Disminución del llenado capilar
- 5.- Taquipnea
- 6.- Alteración del estado de conciencia

7.- Hipotensión

8.- PAM por debajo de la mínima para edad y sexo o estrechamiento de la presión del pulso igual o menor a 20 mmHg

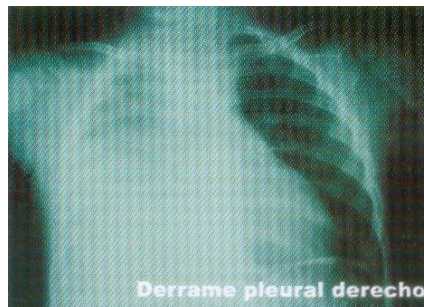
Observar estrictamente los signos de alarma:

Dolor abdominal, vómitos persistentes, descenso brusco de la temperatura, inquietud, somnolencia, lipotimia, dificultad respiratoria.

Criterios para ingreso de paciente con dengue:

Presencia de uno o más de los siguientes parámetros:

1. Manifestaciones hemorrágicas independientemente de la cifra de plaquetas.
2. Plaquetas menos de 100,000/mm³.
3. Ataque al estado general independientemente del número de plaquetas.
4. Hemoconcentración
5. Vómitos frecuentes.
6. Signos de deshidratación moderada o severa
6. Sudoración profusa, lipotimia, hipotensión, frialdad de extremidades.
7. Dolor abdominal intenso
8. Dolor torácico, dificultad respiratoria, cianosis
9. Riesgos sociales
10. Pacientes falcémicos, cardiopatas, desnutridos graves, asmáticos, diabéticos, inmunocomprometidos.
11. Evidencia clínica de aumento de la permeabilidad vascular expresado por: Edema en párpados y /o extremidades, ascitis, derrame pleural



12. Presión arterial media (PAM) por debajo de la mínima correspondiente para la edad y sexo. (Tablas anexas págs. 29 y 30) o estrechamiento de la presión del pulso igual o menor a 20 mmHg

Manejo del dengue hemorrágico sin choque:

1. Hospitalizar al paciente en la unidad de dengue, si la hubiera.
2. Valorar grado de deshidratación y corregirlo.
3. Si tolera la vía oral, mantener vena permeable con lactado en Ringer.
4. Alimentación adecuada que aporte la cantidad necesaria de proteínas y calorías, hidratación por vía oral.
5. Si no tolera la vía oral, administrar lactado en Ringer con dextrosa 2% (agregar 40 ml de dextrosa al 50% a un litro de lactato de Ringer).
6. Hemograma completo, conteo de plaquetas, proteínas totales, transaminasas, examen de orina.
7. Hemograma y conteo de plaquetas cada 24 horas.
8. Tomar y registrar FC, TA, calcular PAM y presión diferencial cada 2 horas.

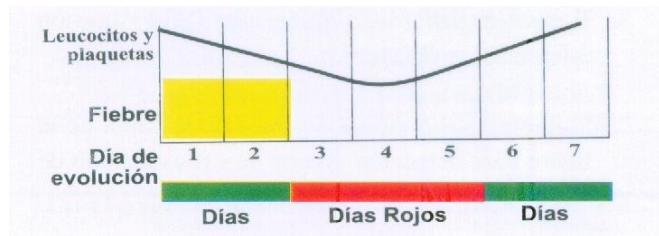
9. Sonografía abdominal después de la caída de la fiebre para detección precoz de extravasación de líquido.
10. Radiografía de tórax RA.

La sonografía es el método más eficiente para evidenciar extravasación temprana de líquidos cuando se sospecha dengue hemorrágico.

El choque se presenta con una frecuencia 4 a 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de su desaparición.

Diagrama 1

Diagrama de Evolución de la enfermedad en un paciente con Cuadro clínico sospechoso de dengue utilizando los siguientes datos clínicos y de laboratorio fiebre, leucocitos y plaquetas Detectados en la valoración diaria del caso ambulatorio u hospitalizado.



Mando del dengue hemorrágico con choque

1. Restablecer volumen plasmático: Solución de lactado de Ringer o en su defecto solución salina a 0.9%, para pasar en una hora 20-40 ml/kg de peso hasta un máximo de 60 ml/kg hasta el restablecimiento de TA y diuresis. Repetir cuantas veces se presente el estado de choque.
2. Luego de corrección del choque, continuar soluciones EV de acuerdo al grado de deshidratación
3. Tomar signos vitales cada 30 minutos hasta que desaparezca el peligro del choque.
4. Llevar registro del balance hídrico cada 6 horas (medir ingreso y egreso de líquidos).
5. Hacer exámenes de plaquetas y hematocrito cada 24 horas.
6. Mantener el aporte hídrico endovenoso hasta 48 horas después de haberse presentado el estado de choque; si se ha restablecido la vía oral.
7. Transfundir 1 unidad de plaquetas por c/10 kgs de peso en caso de sangrado activo profuso que ponga en riesgo la vida del paciente.
8. Transfundir paquete globular a razón de 10 ml/kg de peso en caso de sangrado activo que ponga en peligro la vida del paciente, si el Hto. Está por debajo del 25%, luego de restablecido el estado de hidratación
9. Ofrecer alimentación adecuada que aporte cantidad necesaria de proteínas y calorías, y líquidos para hidratación oral.

La utilidad de la transfusión de plaquetas no ha sido demostrada. Cada día se utiliza menos.

Puesto que el estado de choque en el DH depende de la extravasación de líquidos, que generalmente es autolimitada (48-72 horas) con normalización posterior de la volemia, deberá tenerse el máximo cuidado en la administración de los líquidos para evitar la condición de hipervolemia en el periodo de recuperación.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL DENGUE:

1. Influenza
2. Malaria
3. Enfermedad meningocócica
4. Abdomen agudo (apendicitis aguda)
5. Fiebre tifoidea
6. Hepatitis infecciosa
7. Leptospirosis
8. Enfermedades exantemáticas febriles (Sarampión, Rubéola, escarlatina, entreovirus, otros).
9. Faringoamigdalitis
10. Choque séptico

CRITERIOS PARA EL EGRESO:

Antes de dar alta a un paciente debe comprobarse todo lo siguiente:

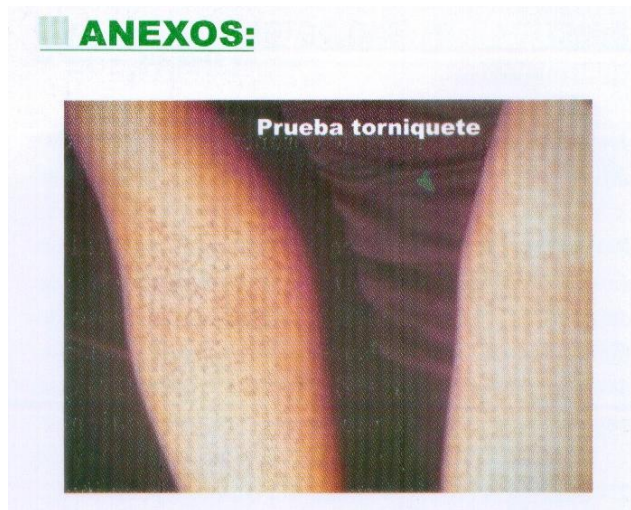
1. Haber trascurrido más de tres días de superado el estado de choque.
2. Afebril por más 24 horas sin el uso de antipirético.
3. Hematocrito estable en las últimas 24 horas.
4. Plaquetas por encima de 50,000/mm³ y en ascenso.
5. Diuresis adecuada.
6. Mejoría clínica visible.

Recordar que el dengue es una enfermedad de notificación obligatoria. Por lo tanto, ante la sospecha de caso clínico compatible con esta enfermedad, se debe notificar a la Dirección Provincial o área municipal de salud o Servicio de Epidemiología correspondiente.

Referencias

1. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clinical microbiological. Rev.* 1998; (3): 480-85.
2. Normas nacionales para la vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles y otros eventos República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. 1998.
3. Dengue hemorrhagic fever: diagnosis treatment, prevention and control. 2nd Ed. Geneva: WHO, 1997.
4. Plan continental de ampliación e investigación del combate al *Aedes aegypti*: informe de un grupo de trabajo. Caracas: OPS. Abril 1997.
5. Dengue y dengue hemorrágico en las Américas: Guía para su prevención y control. Washington, D C. OPS 1995. (Publicación científica No. 548)

6. Gubler DJ Kune G. Dengue and dengue hemorrhagic fever . Oxon (uk/. Cah internacional .1997: 133-145.
7. Academia Nacional de Ciencias: El dengue. Vol.7. Editora Grafo S.A. San José, Costa Rica. 2001.
8. Dengue y dengue hemorrágico: Guía para su prevención y control. Washington, DC: OPS 1994:74.
9. Terrero C.: Dengue; Diagnóstico, manejo y control. Editora Universitaria UASD. Distrito Nacional, Rep. Dominicana. 2000
10. Guía para la Organización de la Atención y Manejo de los Pacientes con Dengue Clásico y Dengue Hemorrágico. Caja Costarricense de Seguro Social. 2002.



PRUEBA DE TORNIQUETE (RUMPEL- LEEDE)

El signo de torniquete se busca de la siguiente manera:

Se toma la presión arterial como usualmente se hace; se mantiene el manguito del esfigmomanómetro inflado en el promedio de la presión sistólica y diastólica durante 3 a 5 minutos, se retira el manguito y se marca en el antebrazo un área de 2.5 cm² se cuenta el número de petequias. La prueba se considera positiva si el número de petequias es > 20. El 20% de la población normal (más frecuente en mujeres) puede tener prueba de torniquete positiva.

Exámenes de laboratorio »ara la vigilancia epidemiológica:

1.- Aislamiento viral en los primeros cinco días del inicio de la fiebre.

Para realizar esta prueba enviar una muestra estéril de sangre completa (5 cc), sin anticoagulante, sin centrifugar, refrigerado, sin congelar en un lapso de tiempo no mayor de 24 horas, al Laboratorio Nacional, al Laboratorio Veterinario Central (LAVACEN) o al servicio de epidemiología correspondiente.

2.- Serología (IgM) después del quinto día de inicio de la fiebre.

Para realizar esta prueba se enviará una muestra 2.5 cc de suero refrigerado, sin congelar al Laboratorio Nacional o al servicio de epidemiología correspondiente, para determinación de anticuerpos TgM mediante el método de ELISA. Una reacción positiva de esta prueba se corresponde con la infección activa o reciente en los últimos 30 días.

Toda muestra debe ser identificada con el nombre del paciente, fecha y hora de toma de muestra.

QUE SUGERENCIAS DAR AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

¿Cómo se transmite el dengue?

Esta enfermedad es transmitida exclusivamente a través de la picadura de un mosquito *Aedes aegypti*. Es importante saber que una persona enferma con dengue no transmite directamente la enfermedad a su pareja o a cualquier otra persona. Para que una persona se contagie con el virus del dengue se necesita que un mosquito *Aedes aegypti* pique y chupe la sangre de una persona enferma de dengue y luego pique a otra persona sana y le inocule el virus.

¿Qué características tiene el mosquito que transmite el dengue?

El *Aedes aegypti* es un mosquito pequeño. Sus patas son negras con rayas blancas y habita preferentemente en las casas y sus alrededores, en los lugares oscuros y calientes. Pone sus huevos en aguas limpias como las que se encuentran en los tanques mal tapados, en cisternas, aljibes y pozos con tapas que no cierran adecuadamente; en floreros, plantas ornamentales como las bromelias; en el agua que se deposita en los recipientes viejos que se encuentran en los patios o jardines como gomas usadas de vehículos, cortezas de coco, latas, vasos plásticos, botellas, ollas viejas y otros. El mosquito macho se alimenta de frutas y flores, sin embargo, la hembra además se alimenta de sangre humana y pica en horas del día, principalmente al amanecer y al atardecer.

¿Cómo podemos prevenir el dengue?

Eliminado los criaderos de los mosquitos que viven en los hogares y sus alrededores. Esto se logra con el esfuerzo conjunto de todos, al tomar medidas que eviten que los mosquitos puedan reproducirse masivamente. Para esto es necesario hacer lo siguiente:

- Tapar herméticamente el agua que tiene almacenada para su uso.
- Con un paño limpio empapado de cloro líquido, untar la pared del tanque por encima del nivel del agua, dos veces a la semana, antes de completar el tanque y recipientes donde almacena el agua, pues éste es el lugar donde el mosquito pone sus huevos.
- Corregir la tapa de su cisterna, tinacos, aljibe o pozo, en caso de que ésta no cierre completamente.
- Cambiar el agua de floreros, por tierra o arena húmedas. Cuando sea necesario usar agua, lave los floreros y cambie el agua a diario.
- Elimine todos los trastes que tenga en el patio o jardín que puedan acumular agua donde se crían los gusarapos que se convertirán en mosquitos transmisores de dengue.

Definición caso de Dengue

Para los fines de la vigilancia epidemiológica del dengue, en el país se consideran dos definiciones de caso: caso probable y caso confirmado de dengue.

A) Caso Probable: paciente con enfermedad febril aguda con dos o mas de las siguientes manifestaciones:

- Cefalea
- Dolor retro-ocular
- Mialgias
- Artralgias
- Exantema
- Manifestaciones hemorrágicas
- Leucopenia

B) Caso Confirmado: Un caso probable que ha sido confirmado por uno de los siguientes criterios de laboratorio:

- Aislamiento del virus dengue en sangre.
- IgM (serología) por el método de ELISA positivo en la fase aguda o de la convalecencia.
- Muestras de necropsia.

Todo caso probable o confirmado debe ser notificado inmediatamente al servicio de epidemiología (SESPAS) del nivel correspondiente.

Formula calcular reposición líquidos según grado dehidratación:

$$SC (M2) < 10 \text{ kg} = \frac{\text{Peso (kg)} \times 4 + 9}{100}$$

$$SC (M2) > 10 \text{ kg} = \frac{\text{Peso (kg)} \times 4 + 5}{100}$$

Cálculo para peso > 40 kgs:

$$\text{Vol. de liquido} + 20 (\text{kg} - 20) \times 2$$

Ej: Mantenimiento para un usuario de 40 kg:

$$1500 + 20 (55 - 20)$$

$$1500 + 20 \times 35 = 1500 + 700 = 2,200 \text{ cc} \times 2 = 4,400 \text{ cc}$$

Volumen de líquidos:

Mantenimiento: 1,500 cc/ M2 SC/ 24 horas

Deshidratación leve: 2,000 cc/M2 SC/ 24 horas

Deshidratación moderada: 2,500 cc/ M2 SC/ 24 horas

Deshidratación severa: 3,000 cc/ M2 SC/ 24 horas

Tabla de valores de referencia de laboratorio

EDAD	LEUCOCITOS (103)/mm3	ERITROCITOS (106)/mm3	HEMATOCRITO (%)	PROTEINAS (g/dl)
RN-1 mes	5.0-19.5	3.0-5.4	48-69	4.6-7.4
<1-3 años	6.0-17.5	3.7-5.3	35-45	6.4-8.1
4-7 años	5-15.5	3.9-5.3	35-45	6.1-8.1
8-13 años	4.5-13.5	4.0-5.2	F = 36-46	6.0-6.8
			M = 41-53	

Presión Arterial en Mujeres Edad de 1 semana a 18 años						
Edad	Presión Arterial Sistólica/Diastólica			Presión Arterial Media		
	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima
< 7 días	62.5/42.1	71.8/50.5	81.1/58.9	48.9	57.6	66.3
8-30 días	69.7/39.2	81.7/50.7	93.7/62.2	49.4	61.1	72.7
1-5 meses	79.8/38.9	92.0/49.5	104.2/60.1	52.5	63.7	74.8
6-11 meses	79.9/42.9	94.5/52.5	109.1/62.1	55.2	66.5	77.8
1 año	80.2/43.2	93.0/52.4	105.8/61.6	55.5	65.9	76.3
2 años	83.7/48.2	94.6/57.0	105.5/65.8	60.1	69.5	79.1
3 años	79.9/45.3	92.6/55.1	105.5/64.9	56.8	67.6	78.4
4 años	77.6/45.3	90.7/54.5	103.8/63.7	56.1	68.6	77.1
5 años	83.5/47.4	94.1/57.3	104.7/67.2	59.4	69.5	79.7
6 años	84.9/49.1	95.5/59.3	106.1/69.5	61.1	71.4	81.7
7 años	86.1/49.4	96.4/59.7	106.7/70.0	61.6	71.9	82.2
8 años	88.0/50.9	98.3/62.0	108.6/71.1	63.3	73.4	83.6
9 años	89.4/52.5	100.2/62.7	111.0/73.0	64.8	75.2	85.6
10 años	90.9/53.2	101.8/62.1	112.7/73.0	65.8	76.1	86.2
11 años	93.5/54.4	104.6/64.5	115.7/73.6	67.4	77.9	88.3
12 años	96.0/57.4	107.5/67.1	119.0/76.8	70.3	80.6	90.7
13 años	95.1/56.7	107.2/67.4	119.3/78.1	69.5	80.7	91.8
14 años	96.0/57.0	107.8/67.6	119.6/82.2	70.1	81.1	92.1
15 años	96.1/65.0	107.5/66.2	118.9/76.4	69.4	80.1	90.6
16 años	97.9/56.3	109.1/67.0	120.3/77.7	70.2	81.1	91.9
17 años	98.8/57.5	109.6/67.6	121.0/77.7	71.3	81.7	92.1
18 años	99.1/57.0	110.0/67.4	120.9/77.8	71.1	81.6	92.2

Horan MJ, Borrita F, Kimm SYS et. Al Report on the Second Task Force on Blood Pressure Control in Children. 1987. Pediatrics 1987;79:1-25.

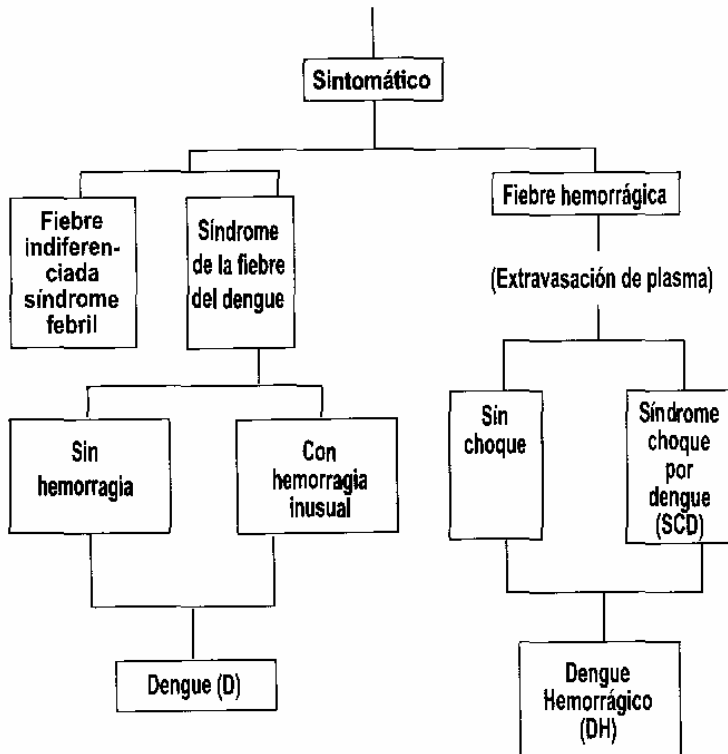
Rogers MC, Nichols DG, ed Textbook of Pediatric Intensive Care. 3th. Ed. Baltimore. Williams & Wilkins, 1996.

Presión Arterial Media= (Presión Diastólica) y (Presión Sistólica -Presión Diastólica)/3. PAM = PD + (PP/3).

PAM=PD, ((PS-PD))/3. PAM=(PS, 2PDD)/3

Presión Arterial en Varones Edad de 1 semana a 18 años						
Edad	Presión Arterial Sistólica/Diastólica			Presión Arterial Media		
	Mínima	Media	Máxima	Mínima	Media	Máxima
< 7 días	63.1/42.2	72.7/51.1	82.3/60.0	49.2	58.3	67.4
8-30 días	79.9/39.1	82.0/50.3	93.1/61.5	52.7	60.9	72.1
1-5 meses	81.1/36.6	93.0/47.8	105.9/59.0	51.1	62.9	74.6
6-11 meses	80.6/43.3	95.4/53.3	110.2/63.2	55.8	67.3	78.9
1 año	81.4/44.0	93.6/53.0	105.8/62.0	56.5	66.5	76.6
2 años	84.2/47.9	95.0/56.5	105.8/65.1	60.1	69.3	78.7
3 años	80.8/44.9	93.5/54.3	106.2/63.7	56.9	67.4	77.9
4 años	78.7/44.5	90.8/53.9	102.9/63.3	55.9	66.2	76.5
5 años	83.4/47.7	94.5/57.4	105.2/67.1	59.6	69.7	79.8
6 años	86.1/48.5	96.2/58.5	106.3/68.5	61.1	71.1	81.1
7 años	87.4/50.5	97.8/60.7	108.2/70.9	62.8	73.1	83.3
8 años	88.7/51.6	98.7/61.6	108.7/71.6	64.1	74.1	84.1
9 años	90.6/52.6	100.7/62.6	110.1/72.6	65.3	75.3	85.1
10 años	91.4/54.1	101.9/63.6	112.7/73.0	66.5	76.4	86.2
11 años	92.4/53.6	103.2/63.4	114.0/73.2	66.5	76.7	86.8
12 años	95.0/55.8	105.8/65.6	116.6/75.4	68.9	79.1	88.9
13 años	95.2/54.7	107.8/65.5	120.4/76.3	62.8	79.6	91.1
14 años	97.2/55.3	110.1/66.2	123.0/77.1	69.3	80.8	82.4
15 años	100.5/55.2	113.0/62.2	125.5/77.2	70.3	81.8	93.3
16 años	102.4/56.3	114.7/67.4	127.0/78.5	71.7	83.2	94.7
17 años	105.4/59.0	117.6/70.2	129.8/80.6	75.1	86.1	97.1
18 años	106.3/61.8	118.7/71.9	131.1/82.0	76.6	87.5	98.4

Espectro clínico del dengue Infección por virus del dengue



Fuente: OMS 851632