

Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de la IgM positiva a dengue

Clinical and epidemiological characteristics in patients with diagnosis of IgM positive to dengue

^IDr. Guillermo Medina Fuentes

^{II}Dra. Emma Bárbara Carbajales León

^{III}Dra. Yakelin Figueredo González

^IEspecialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Policlínico Universitario "Joaquín de Agüero y Agüero". Universidad Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: gmfuentes.cmw@infomed.sld.cu

^{II}Especialista de II grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Asistente. Policlínico Universitario "Joaquín de Agüero y Agüero". Universidad Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Correo electrónico: emmita.cmw@infomed.sld.cu

^{III}Especialista de I grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Policlínico Universitario "Joaquín de Agüero y Agüero". Universidad Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. yfigueredo.cmw@infomed.sld.cu.

Autor para la correspondencia: Dr. Guillermo Medina Fuentes. Correo electrónico: gmfuentes.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción:

El dengue es una de las infecciones frecuentes por *arbovirus* que afectan al hombre en la mayoría de los países tropicales, donde las condiciones del medio ambiente favorecen el desarrollo y la proliferación del *Aedes Aegypti*.

Objetivo:

Caracterizar de forma clínica y epidemiológica, a los pacientes con diagnóstico de la IgM positiva a dengue.

Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, de enero a octubre del 2020. De los 1130 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencia del Policlínico con síndrome febril o con síntomas sospechosos de dengue, a través de un muestreo intencional se seleccionaron 432 pacientes positivos a la IgM al sexto día del inicio de los síntomas. Se utilizó la base de datos de la institución y se llenaron a partir de los recogidos en las encuestas epidemiológicas. La información fue procesada a través del programa SPSS 25.0.

Resultados:

El dengue predominó en los menores de 20 años en 42.8 %, del sexo femenino un 52 %, pertenecientes al consejo popular Edén-Juruquey 73.6 %, en los meses de julio 24.6 % y

agosto 21 %. Sobresalieron la fiebre 100 % y la cefalea 75.9 %, como principales manifestaciones clínicas; se alzó a ingresar al 37.8 % de los pacientes entre los dos y tres días de inicio de los síntomas.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos avalan la necesidad de continuar la vigilancia del dengue en el área de salud, además de aportar conocimientos necesarios para su prevención.

Palabras clave: *arbovirosis, aedes aegypti*, síndrome febril, dengue

Descriptor: infecciones por *arbovirosis*, síndrome febril, dengue/epidemiología, dengue/diagnóstico, inmunoglobulina m

ABSTRACT

Introduction:

Dengue is one of the frequent infections by *arbovirus* that affect human beings in most of the tropical countries, where the environmental conditions favor the development and proliferation of *Aedes Aegypti mosquito*.

Objective:

To characterize patients clinically and epidemiologically with diagnosis of IgM positive to dengue.

Methods:

A descriptive cross-sectional study was carried out from January to October, 2020. 1130 patients went to the Emergency unit of the Polyclinic with febrile syndrome or with possible dengue symptoms. Through an intentional sample, 432 patients were selected positive to IgM in the sixth day from the beginning of the symptoms. The data base of the institution was used and it was filled out using the information collected in the epidemiological surveys. The information was processed using the SPSS 25.0 program.

Results:

Dengue prevailed in patients younger than 20 years old in a 42.8 %, and in the female sex a 52 %. Dengue also prevailed in patients from Edén–Juruquey popular council in a 73.6 %, in July a 24.6 % and in August a 21 %. Fever and headache overcame in a 100 % and 75.9 % respectively as the main clinical manifestations. The 37.8 % of the patients were admitted between the two or three days after the beginning of the symptoms.

Conclusions:

The obtained results confirm the necessity to continue watching dengue in the health area, besides the results give the necessary knowledge for its prevention.

Key words: *arboviroses, aedes aegypti*, febrile syndrome, dengue

Descriptor: infections for *arbovirosis*, feverish syndrome, dengue/epidemiology; dengue/diagnosis; immunoglobulin m

Historial del trabajo.

Recibido: 27/11/2020

Aprobado:14/03/2022

Publicado:27/03/2022

INTRODUCCIÓN

Los *arbovirus* se encuentran en las regiones tropicales y subtropicales y en la mayoría de los casos causan infecciones subclínicas, denominadas fiebres inespecíficas.⁽¹⁾ El dengue constituye la enfermedad viral de transmisión por el vector *Aedes aegypti*, con mayor importancia en la salud pública, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que casi la mitad de la población del orbe está en riesgo de contraerlo, debido a un incremento de 110 millones de personas en las áreas urbanas donde existe una elevada propagación.⁽²⁾

El dengue es una enfermedad viral causada por un *flavivirus* (virus del dengue) que incluye hasta la fecha cuatro serotipos. Constituye en la actualidad, la *arbovirosis* más importante a nivel mundial que repercute en la morbilidad y mortalidad de la población humana y es responsable de una gran carga económica en los países afectados.⁽³⁾

Esta enfermedad es hoy la *arbovirosis* humana más frecuente e importante. La descripción clínica original de la fiebre del dengue se realiza en Filadelfia, en 1779, por Benjamín Rush, los brotes esporádicos ocurren en el sur de los Estados Unidos, el Caribe y ciudades costeras de América del Sur en los siglos XIX y XX. En Australia, durante el año 1780, presenta una elevada actividad continua de dengue, hasta la segunda guerra mundial. En el siglo XIX el dengue se considera una enfermedad benigna y en Cuba, se le llama calentura roja, parece ser que el nombre se acuña después de una epidemia en La Habana, en 1828.⁽⁴⁾

Esta *arbovirosis* tiene diversas formas de expresión clínica que van desde la fiebre indiferenciada, la forma sintomática clásica caracterizada por fiebre, cefalea; gran malestar general, dolores osteomioarticulares; con o sin exantema, leucopenia y algún tipo de sangrado; hasta formas graves que cursan con choque hipovolémico por extravasación de plasma, trombocitopenia intensa y hemorragias en el aparato digestivo u otras localizaciones. En ocasiones, las manifestaciones clínicas dependen de la afectación de órganos diana específicos, (formas viscerales o atípicas) y provocan complicaciones como la encefalitis, miocarditis o hepatitis, que pueden tener un curso fatal.⁽⁵⁾

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los factores que influyen en la emergencia del dengue, en la región de Las Américas, están relacionados con el deterioro de las condiciones higiénicas, el incremento de los índices de infestación por *Aedes aegypti*; el abandono de los programas de la lucha y el control de los vectores, así como el incremento de las poblaciones marginales.⁽⁶⁾

Dos quintas partes de la población mundial, está en riesgo y más de 100 países han sufrido brotes de dengue. La incidencia anual alcanza hasta 50 millones de casos por año, de los cuales 500 mil personas son hospitalizadas y 20 mil mueren. La población mundial en riesgo de contraer dengue supera los dos mil millones de personas y es la décima causa de muerte por enfermedades infecciosas.⁽⁷⁾ Colombia, ocupa uno de los primeros lugares en la lista de los países de Suramérica con el mayor reporte de casos de dengue.

En la epidemia ocurrida en 2010, se registran al menos 157 mil 152 casos y 217 muertes.⁽⁸⁾ Solo en la región de las Américas, el dengue mantiene un aumento sostenible en los últimos 25 años, con brotes epidémicos que se repiten de manera cíclica y una tendencia ascendente en los tres últimos años, donde se incrementa en seis veces y el dengue

hemorrágico (DH) en 12 veces, se reporta un millón 663 mil 276 casos, con 48 mil 954 casos de dengue hemorrágico y 1 194 fallecidos.⁽⁷⁾

Cuba, muestra al mundo resultados concretos en el control y disminución de la enfermedad, con aportes indiscutibles a las ciencias médicas, donde confluyen al unísono los tres elementos para que ocurra la transmisión: la existencia del mosquito transmisor, el *arbovirus* y la población susceptible.⁽⁹⁾

En Camagüey, el número de casos se incrementa de forma alarmante y la enfermedad tiene una forma ascendente debido a la mala situación medio ambiental y el alto índice de infestación del vector que existe en la provincia. El Policlínico Universitario "Joaquín de Agüero y Agüero", no queda exento de esta enfermedad y es por ello que se realiza este trabajo, con el objetivo de caracterizar de forma clínica y epidemiológica, a los pacientes con diagnóstico de la IgM positiva a dengue.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de la IgM positiva a dengue del Policlínico "Joaquín de Agüero y Agüero", del municipio Camagüey, durante el periodo de enero a octubre del 2020.

El universo de estudio estuvo conformado por un total de 1 130 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Policlínico, con un síndrome febril inespecífico, con síntomas sospechosos de dengue, se les llenó una encuesta epidemiológica y fueron remitidos hacia los hospitales asignados para la confirmación del diagnóstico, Hospital anexo a la Vocacional "Máximo Gómez Báez" y al Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech", la muestra del estudio estuvo constituida por 432 pacientes que fueron positivos a la IgM al sexto día del inicio de los síntomas, seleccionados a través de un muestreo intencional.

Para el estudio se utilizó la base de datos del puesto de dirección del Policlínico, que fue llenada a partir de las referencias recogidas en las encuestas epidemiológicas realizadas por los médicos, en el Servicio de Urgencias.

Las variables utilizadas en la investigación fueron:

- La edad: variable cuantitativa continua, menor de 20 años, de 20 a 29, de 30 a 39, de 40 a 49, de 50 a 59, de 60 a 69 y más 70 años.
- El sexo: variable cualitativa nominal dicotómica, según el sexo biológico, masculino y femenino.
- El consejo popular: variable cualitativa nominal dicotómica, Edén–Juruquey, Bellavista – Buenos Aires.
- Los meses del año de presentación de la enfermedad: variable cualitativa nominal politómica, se tuvo en cuenta el mes del año de mayor ocurrencia de la enfermedad.
- Las manifestaciones clínicas: variable nominal politómica, se tuvo en cuenta los síntomas presentes: fiebre, cefalea; artralgia, mialgia; dolor retroorbitario, rash cutáneo; hipotensión, sangramiento; dolor abdominal y vómitos.

- La fecha de inicio de los síntomas con la oportunidad del ingreso hospitalario: variable cuantitativa continua, se tuvo en cuenta la relación de inicio de los síntomas y el ingreso, a las 24 horas, de 2 a 3 días, de 4 a 5 y al 6to día.

Una vez recogida la información, los datos fueron procesados por el programa estadístico profesional SPSS 25.0, para su análisis se aplicaron medidas de estadística descriptiva, con distribución absoluta y relativa.

Se cumplieron los principios éticos establecidos, en las normas relacionadas al manejo de la base de datos y las encuestas epidemiológicas, así mismo los parámetros que determinaron el reglamento ético interno del Policlínico "Joaquín de Agüero y Agüero". Los datos personales y de identificación de los pacientes no fueron publicados, se siguieron los principios éticos de la investigación científica.

La investigación no demandó de gasto económico y los recursos materiales utilizados se redujeron al uso de útiles de escritorio.

RESULTADOS

Existió un predominio en los menores de 20 años en un 42.8 %, seguido de los pacientes entre 20 a 29 años en un 19.9 %; nótese que solo el 0.3 % de los pacientes se encontraron en los mayores de 70 años. Con relación al sexo predominó el femenino, en un 52 % con relación al masculino, tabla1.

Tabla 1. Distribución de los pacientes, según el grupo de edades y el sexo

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menor de 20 años	87	42	98	43.5	185	42.8
De 20 a 29 años	46	22.3	40	17.7	86	19.9
De 30 a 39 años	26	12.5	47	20.9	73	16.8
De 40 a 49 años	27	13	27	12	54	12.6
De 50 a 59 años	14	6.8	9	4	23	5.3
De 60 a 69 años	5	2.5	3	1.5	8	1.9
De 70 y más años	2	0.9	1	0.4	3	0.7
Total	207	100	225	100	432	100

El consejo popular más afectado por pacientes positivos a la enfermedad fue el Edén – Juruquey, con un 73.6 %, tabla 2.

Tabla 2. Distribución de los pacientes positivos al dengue, según consejo popular

Consejo popular	No	%
Edén - Juruquey	318	73.6
Bellavista – Buenos aires	114	26.4
Total	432	100

En el consejo popular Edén – Juruquey, fueron julio en un 24.6 %, seguido de agosto con un 21 %, los meses de mayor presentación de la enfermedad, y en cuanto al Bellavista – Buenos Aires, el mes con mayor predominio de pacientes enfermos fue agosto con un 23.7 %, seguido de julio con un 21.9 %, tabla 3.

Tabla 3. Distribución, según los meses del año de presentación de la enfermedad y el consejo popular

Meses de presentación	Edén - Juruquey		Bellavista – Buenos aires		Total	
	No	%	No	%	No	%
Enero	10	3.2	7	6.2	17	3.9
Febrero	4	1.3	1	0.8	5	1.2
Marzo	7	2.2	4	3.5	11	2.5
Abril	12	3.8	3	2.7	15	3.5
Mayo	11	3.5	3	2.7	14	3.2
Junio	18	5.6	2	1.7	20	4.7
Julio	78	24.6	25	21.9	103	23.8
Agosto	67	21	27	23.7	94	21.7
Septiembre	48	15	19	16.6	67	15.6
Octubre	63	19.8	23	20.2	86	19.9
Total	318	100	114	100	432	100

Preponderó la fiebre en el 100 % de los pacientes, le siguió en orden de frecuencia la cefalea para un 75.9 % y el dolor retroorbitario en un 72.6 %, solo el 0.9 % presentó hipotensión arterial, tabla 4.

Tabla 4. Distribución según las manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	No	%
Fiebre	432	100
Cefalea	328	75.9
Artralgia	176	40.7
Mialgia	153	35.4
Dolor retroorbitario	314	72.6
Rash cutáneo	12	2.7
Hipotensión	4	0.9
Sangramiento	9	2
Dolor abdominal	15	3.4
Vómitos	11	2.5

Se observó que un 37.8 % de los pacientes ingresaron entre los dos y tres días de inicio de los síntomas, el 35.7 % ingresaron a las 24 horas de la sintomatología clínica, y solo el 2.7 % al sexto día, tabla 5.

Tabla 5. Relación de la fecha de inicio de los síntomas y la oportunidad al ingreso hospitalario

Inicio de los síntomas	No	%
A las 24 horas	154	35.7
Entre 2 a 3 días	163	37.8
De 4 a 5 días	103	23.8
Al 6to día	12	2.7
Total	432	100

DISCUSIÓN

Se plantea que el diagnóstico eficiente y preciso del dengue, es de esencial importancia en la atención clínica, la detección temprana de casos graves, confirmación de los casos y el diagnóstico diferencial con otras enfermedades febriles agudas, así como la actividad de vigilancia y el control de los brotes.

Los datos obtenidos en esta investigación no coinciden con los encontrados por otros autores,⁽¹⁾ donde se muestra el predominio de los pacientes en el grupo de edad de 15 a 29 años en un 30.7 %, seguido de los que se encuentran entre 45 a 59 años en 30 % y solo el 16.2 %, se localizaba en los mayores de 60 años.

Con relación al sexo predominó el femenino, con 156 para un 57.7 %, no coincide con los resultados encontrados en Ecuador, por otro autor,⁽¹⁰⁾ donde se halla que el grupo más afectado fue el de 30 a 39 años, en un 47.2 %.

En un estudio realizado,⁽⁴⁾ sobre aspectos clínicos epidemiológicos, en pacientes con dengue y signos de alarma, se reporta un predominio de las mujeres afectadas por dengue con un 59.4 % y del grupo etario de 25 a 34 años, con 62 pacientes para un 30 %, seguido del grupo de 35 a 44 años en un 22 %.

Otra investigación,⁽⁷⁾ muestra un predominio de los pacientes con dengue positivo, en el grupo de edad de 19 a 27 años con un total de 240, para un 23.6 %.

En este estudio se plantea que con respecto al sexo, la enfermedad es más frecuente en el femenino, debido a que existe un elevado número de mujeres amas de casa que están relacionadas con una mayor exposición a los mosquitos hembras *Aedes aegypti*, que de forma general pican en el horario diurno.

En la presente investigación existe un predominio de la transmisión del dengue en el consejo popular de Edén – Juruquey, se plantea que esto es debido a que el mosquito *Aedes Aegypti*, está difundido con mayor frecuencia en las zonas urbanas, en el interior de los hogares; se asocia a los malos servicios de saneamiento ambiental y a la falta de recursos adecuados para el almacenamiento de agua, en el interior de las viviendas.

Es necesario destacar que se trata de una enfermedad de transmisión vectorial y en un área donde exista un paciente enfermo, el vector es capaz de trasladarse a lugares o viviendas distantes, pues su radio de vuelo es de 200 a 300 metros, esto favorece la propagación del vector en este consejo popular.

Otra investigación⁽¹⁾ analiza el comportamiento de las arbovirosis, según el consejo popular, muestra que existe un predominio en Jesús Menéndez, con el 60.7 %, seguido del Pedro Pompa, en un 11.8 % y solo el consejo popular, El Almirante, en el 2.5 %. Autores ⁽¹¹⁾ en su estudio afirman que la transmisión de la mayoría de las enfermedades infecciosas y la ecología de sus vectores están relacionadas con la mala situación medioambiental que coexiste en la comunidad.

En un estudio realizado en Colombia⁽⁸⁾ muestra que en los Departamentos, El Meta y en Villavicencio, hay diferentes zonas con características propicias para el desarrollo del vector, esto contribuye a otros fenómenos sociales de urbanismo sin planificar, la falta de servicios de acueducto y alcantarillado y la disposición inadecuada de residuos.

Al analizar los meses del año de presentación de la enfermedad, predominaron los meses de julio y agosto. Estos resultados coinciden con los encontrados en el estudio⁽¹²⁾ sobre la

caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con dengue en la provincia de Matanzas, donde se obtiene una superioridad de los pacientes con sospecha de la enfermedad, en el mes de agosto, con 24.7 % lo que constituye el mes de más ingresos con diagnóstico de dengue, seguido de los meses de septiembre, julio y octubre para un 18 %, 15.7 % y 14.6 % de forma respectiva. En los meses de enero, marzo y abril no se refieren casos.

En otro estudio⁽¹³⁾ se analizan los trimestres de mayor ocurrencia de la enfermedad, exponen una prevalencia en el trimestre de octubre a diciembre, en el año 2015 para un 46.2 % y en el trimestre de enero a marzo en el 2016 en un 25.3 %, seguido en orden por el de julio a septiembre en un 17.4 %, con supremacía en el primero de ambos años para un 10.2 %.

En la serie realizada por un autor,⁽¹⁴⁾ plantea que la infección por dengue, durante el trimestre de octubre a noviembre se explica por su correspondencia con la temporada ciclónica, con el mayor número de precipitaciones y depósitos con agua de lluvia fortuitos: llantas, latas, botellas u otros, en muchos lugares inadecuados, a esto se añade que a través de la historia, estos meses se caracterizan por un incremento de la focalidad, coinciden con el periodo lluvioso en el país, resultados que coinciden con los encontrados por otro autor⁽⁷⁾ donde el mayor número de pacientes con ingresos por la enfermedad es en los meses de octubre a diciembre.

En esta investigación se plantea que en los meses de julio a octubre existe un mayor número de ingresos con la enfermedad, debido a las acciones de salud mantenida a nivel comunitario por el médico y la enfermera de la familia, se incrementa la pesquisa activa de arbovirosis.

En este estudio, las manifestaciones clínicas presentes en los pacientes positivos a la enfermedad, se observa un predominio de la fiebre, la cefalea y el dolor retroorbitario, resultados que no se corresponden con los encontrados por otro autor⁽¹⁵⁾ en su estudio donde se muestra que las manifestaciones clínicas más frecuentes son en orden de aparición: la cefalea en un 85.9 %, la fatiga en el 81.2 % y los dolores osteomusculares en el 75 %, se analiza que solo el 7.8 % de los pacientes presentan diarreas y síntomas hemorrágicos, resultados que no coinciden con los encontrados por otros autores⁽⁷⁾ que refiere a la fiebre en un 93.4 % y la cefalea en un 88.2 %.

Otros autores,⁽¹⁶⁾ en su estudio encuentran que los síntomas que predominan, son la fiebre, observada en el 100 % de los pacientes, seguida de mialgias (67 %), el dolor retroorbitario en el 63 %, artralgias en 60 % y rash en 45 %, se observan otras manifestaciones digestivas, tales como vómitos, diarreas y dolor abdominal, las que hacen un total de 28 %, con respecto al total de pacientes estudiados.

En un estudio⁽³⁾ realizado en Venezuela, en el estado Miranda sobre el comportamiento clínico del dengue, en niños muestra que el 100 % de los casos presenta fiebre y artromialgias en el 87.6 %, el 70.7 % cefalea; el resto de las manifestaciones clínicas se manifiestan en menor cuantía, la menos frecuente es la diarrea, con 14.7 %.

Otra investigación⁽¹⁷⁾ plantea que la fiebre constituye la manifestación clínica más frecuente y uno de los criterios diagnósticos de la enfermedad. La artromialgia, la cefalea, el dolor abdominal y la anorexia forman en ese orden de frecuencia, las manifestaciones clínicas más comunes, el exantema y las petequias se observan en menos de la mitad de los pacientes.

El presente estudio permite valorar que la presentación tardía de un paciente con manifestaciones clínicas, sospechosos de la enfermedad, a un centro médico, eleva el riesgo de propagación del virus e impacta de manera negativa en la salud de los determinantes biológicos y las prácticas individuales en la comunidad, donde juega un papel importante el médico y la enfermera de la familia, en la pesquisa de estos pacientes.

En un estudio⁽¹⁸⁾ sobre vigilancia del dengue, realizado en La Habana, el 53.8 % de los pacientes acuden en las primeras 24 horas de evolución y todos se encontraban en los primeros tres días del inicio del cuadro clínico. Una investigación⁽¹⁵⁾ reporta que el 59.4 % de los pacientes, ingresan alrededor de los cuatro a siete días de inicio de los síntomas, seguido de los que lo hacen entre uno a tres días en el 34.4 % y solo el 6.3 % de los pacientes, con ocho o más días de inicio de los síntomas de la enfermedad.

Para transmitir la enfermedad es necesario que el mosquito haya picado a una persona con dengue, en los primeros tres a cinco días de la enfermedad. Durante esta etapa el virus está circulando en la sangre y puede ser transmitido al mosquito, de ahí la importancia de acudir al médico y adoptar medidas de aislamiento bajo el mosquitero.⁽¹⁹⁾

En este medio donde el dengue no es considerado endémico y la búsqueda de febriles se hace de manera activa, se tiene en cuenta la situación epidemiológica, se procura captar a estos pacientes, lo más cercano posible al inicio de los síntomas, momento en que por razones obvias el cuadro clínico no está bien definido, ningún caso con fiebre debe ser desatendido, a menos que posea un diagnóstico evidente que la justifique.⁽¹⁹⁾

Se concluye que predominan los casos positivos al dengue, en los menores de 20 años, el sexo femenino, pertenecientes al consejo popular Edén – Juruquey, en los meses de julio y agosto. Prevalcieron la fiebre, la cefalea y el dolor retroorbitario como principales manifestaciones clínicas, se logra ingresar a los pacientes entre los dos y tres días de inicio de los síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrazana Fonseca I, Guerra Domínguez E, Pompa Carrazana SG, Pérez Marín D, Sánchez Hidalgo MR: Caracterización de pacientes con sospecha de arbovirosis pertenecientes al policlínico Jimmy Hirzel. Bayamo. 2018. Rev Multimed [Internet]. 2019 Dic [citado 1 Nov 2020];23(6): 1174-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601174&lng=es.
2. Rubán Alfaro M, Lahera Cabrales R, Berenguer Goamaluses M, Sánchez Jacas I, Sandó Antomarchi N: Estrategia de participación comunitaria e intersectorial en la prevención del dengue. MEDISAN [Internet]. 2019 Oct [citado 27 Mar 2022];23(5): 820-36. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000500820&lng=es. Epub 07-Nov-2019.

3. Torres Molina A, Urrutia Mora O, Cabreja Silot N, Martínez Martínez A, Navarro Caboverde Y. Comportamiento clínico del dengue en niños de Cúa. Estado Miranda, Venezuela. Rev Medisur [Internet]. 2018 [citado 2 Nov 2020]; 16(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000500008
4. George Carrión W, Bell Castillo J, García Céspedes ME, George Bell MJ: Aspectos clínico-epidemiológicos en pacientes con dengue y signos de alarma. Rev MEDISAN [Internet]. 2018 Ago [citado 27 Mar 2022]; 22(7):540-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000700540&lng=es.
5. Organización Mundial de la Salud. Dengue y dengue grave [Internet]. Ginebra: OMS; ©2022 WHO. [citado 2 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
6. Bandera Jiménez DC, Moreau Patrick, González Mustelier D, Romero García LI, Leyva Miranda T. Factores de riesgo relacionados con la positividad al mosquito Aedes aegypti en viviendas del área de salud del Policlínico Municipal. MEDISAN [Internet]. 2017 Ago [citado 27 Mar 2022]; 21(8):969-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000800002&lng=es.
7. Regueira Betancourt SM, Díaz Pérez Md, Peña Enamorado PB. Variables epidemiológicas en pacientes con sospecha de dengue. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. [Internet]. 2016 [citado 6 Nov 2020]; 41(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/660>.
8. Sánchez Lerma L, Pérez Gutiérrez N, Pavas Escobar NC. Dengue: una causa frecuente de síndrome febril agudo en el Departamento de El Meta, Colombia. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2017 [citado 5 Nov 2020]; 16(2):255-66. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000200012
9. Regueira Betancourt SM, Peña Enamorado PB, Díaz Pérez MJ. Variables clínicas en pacientes con sospecha de dengue, ingresados en un hospital de campaña. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2014 [citado 5 Nov 2020]; 39(11):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/131>
10. Asqui Silva AE. Caracterización clínico epidemiológica de dengue zika y chikungunya en el Cantón Milagro periodo 2017 [Tesis]. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018. [citado 6 Nov 2020]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30662/1/CD%202179-%20ASQUI%20SILVA%2c%20ADRIANA%20ELIZABETH.pdf>
11. Tapia López E, Bardach A, Ciapponi A, Alcaraz A, García Perdomo HA, Ruvinsky S, et al. Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del Aedes aegypti en América Latina y Caribe: estudio cualitativo. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [citado 8 Nov 2020]; 35(5). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000605002
12. Ruiz Hernández I, Salgado Montejó L, Jenki Delgado D: Caracterización clínica epidemiológica de pacientes con dengue. Hospital José Ramón López Tabrane. Matanzas. Rev Med Electrón. Matanza [Internet]. 2017 May-Jun [citado 10 Nov 2020]; 39(3):443-50. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000300003
13. Paris Licorish M, Mariño Castellanos MC, Gilart Domínguez M, Isaac Echezarreta Y, Olivares Mariño T: Diagnóstico presuntivo de dengue en pacientes con fiebre y serología reactiva ingresados en un hospital pediátrico. Rev MEDISAN [Internet]. 2019 [citado 10 Nov 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000300003

- 2020];23(1):42-51. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192019000100042&lng=es.
- 14.Castellanos JE. Zika, evidencia de la derrota en la batalla contra *Aedes aegypti*. Biomédica [Internet]. 2016 [citado 14 Nov 2020];36(1):5-9. Disponible en: <https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3268/3019>
- 15.Arredondo Bruce AE, González de la Cruz Y, Martínez Chávez S, Arredondo Rubido AE. Manifestaciones tardías del dengue grave en pacientes de la provincia de Camagüey. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2016[citado 14 Nov 2020]; 41(11):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/877>
- 16.Allcock OM, Lemey P, Tatem AJ, et al. Phylogeography and Population Dynamics of Dengue Viruses in the Americas. Mol Biol Evol [Internet]. 2012 [citado 16 Nov 2020];29(6):1533-43. Disponible en: <http://mbe.oxfordjournals.org/content/29/6/1533>
- 17.Correa L, Cabrera C, Martínez M, Martínez M. Consideraciones clínicas y terapéuticas sobre el dengue. CCM [Internet]. 2016 [citado 19 Nov 2020]; 20 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100008
- 18.Peláez O, Sánchez L, Mas Bermejo P, Pérez S, Kourí G, Guzmán MG. Prevalencia de síndromes febriles en la vigilancia del dengue. Ciudad de La Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 21 Nov 2020]; 48(1):9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000100002&lng=es
- 19.Martínez-Vega RA, Díaz-Quijano FA, Villar-Centeno LA. Dificultad para el diagnóstico clínico temprano del dengue en un área endémica y su impacto sobre el manejo médico inicial. Rev Med Chile [Internet]. 2006 [citado 21 Nov 2020]; 134(9):9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006000900010&script=sci_arttext

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses para la publicación del artículo.

Citar como: Medina Fuentes G, Carbajales León EB, Figueredo González Y. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con diagnóstico de la IgM positiva a dengue. Medimay [Internet]. 2022 Ene-Mar[citado: fecha de citado];29(1):65-76. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1807>

Contribución de autoría.

Participación según el orden acordado por cada uno de los autores de este trabajo.

Autor	Contribución
Dr. Guillermo Medina Fuentes	Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, administración del proyecto, supervisión, validación, visualización, redacción (revisión y edición).
Dra. Emma Bárbara Carbajales León	Conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción (revisión y edición).

Dra. Yakelin Figueredo González

Análisis formal, investigación, recursos, redacción
(borrador original).

Este artículo se encuentra protegido con [una licencia de Creative Commons Reconocimiento- No Comercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos, siempre que mantengan el reconocimiento de sus autores.

