Presentación de caso

Presentación de un caso de preeclampsia asociado a infección por virus del dengue

Case Report of Preeclampsia Associated with Dengue Virus Infection

Maria Mercedes Araque Jiménez[1] https://orcid.org/0009-0001-2357-2824

Gelithza Fernanda Tole Puentes[2,3] https://orcid.org/0009-0007-0107-4641

Jhonatan Andres Portes Ortiz[2,3] https://orcid.org/0000-0001-6395-4627

[1]Fundación Universitaria Uninavarra. Neiva, Colombia.

[2]Fundación Universitaria Uninavarra. Neiva, Colombia.

[3]Universidad Surcolombiana, Epidemiología Clínica. Neiva, Colombia.

*Autor para la correspondencia: japo-8@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El dengue es una enfermedad febril viral aguda con un amplio espectro de presentación clínica, que abarca desde pacientes asintomáticos hasta casos con daño orgánico y *shock*. Existen grupos de riesgo definidos por diferentes guías y la población gestante es uno de ellos. En este grupo, el dengue se ha asociado con resultados maternos y fetales adversos. Aunque no existe una relación causal directa entre el dengue y los trastornos hipertensivos del embarazo, la presencia de estos últimos constituye la principal causa de morbimortalidad materna a nivel mundial.

Objetivo: Destacar la importancia del diagnóstico, manejo y seguimiento oportunos del dengue y de los trastornos hipertensivos del embarazo.

Presentación del caso: Paciente de 33 años de edad, con embarazo de 33,5 semanas, diagnosticada con dengue con signos de alarma dados por epistaxis y

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

dolor abdominal, quien durante la etapa de recuperación presentó criterios de preeclampsia severa, por lo que requirió estabilización y cesárea de urgencia.

Conclusiones: Es fundamental realizar un abordaje integral de los pacientes con dengue, especialmente en los grupos de riesgo. Las gestantes con dengue requieren seguimiento periódico y estrecho con el fin de detectar oportunamente las complicaciones maternas y fetales.

Palabras clave: dengue grave; preeclampsia; embarazo; signos de alarma; complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: Dengue is an acute viral febrile illness with a broad spectrum of clinical presentation, ranging from asymptomatic patients to cases involving organ damage and shock. Risk groups have been defined by various guidelines, and pregnant women constitute one such group. In this population, dengue has been associated with adverse maternal and fetal outcomes. Although there is no direct causal link between dengue and hypertensive disorders of pregnancy, the latter represents the leading cause of maternal morbidity and mortality worldwide.

Objective: To highlight the importance of timely diagnosis, management and follow-up of dengue and hypertensive disorders of pregnancy.

Case report: A 33-year-old patient at 33.5 weeks of gestation was diagnosed with dengue presenting with warning signs, specifically epistaxis and abdominal pain. During the recovery phase, she met the criteria for severe preeclampsia, necessitating stabilization and an emergency cesarean section.

Conclusions: A comprehensive approach to managing patients with dengue is essential, particularly for high-risk groups. Pregnant women with dengue require close, periodic monitoring to ensure the timely detection of maternal and fetal complications.

Keywords: severe dengue; preeclampsia; pregnancy; warning signs; complications.

Recibido: 15/01/2025

Aceptado: 27/08/2025

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Introducción

El dengue es una enfermedad febril viral aguda transmitida a los humanos por mosquitos hembra, principalmente la especie *Aedes aegypti*.[1] Actualmente presenta una amplia distribución mundial en áreas tropicales y subtropicales, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública. Es endémico en más de 100 países de las Américas, el Pacífico Occidental, el Sudeste de Asia, África y el Mediterráneo Oriental.[1,2]

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha observado un marcado incremento en la incidencia de la enfermedad, que ha alcanzado un pico en 2023 con 6,5 millones de casos y 7300 muertes relacionadas, de las cuales las Américas aportaron el 69,2 %.[2] Colombia, durante el primer semestre de 2024, notificó 243 538 casos, con una incidencia de 730,2 por cada 100,00 habitantes y 106 muertes en población de riesgo.[3]

El dengue presenta un amplio espectro clínico, que abarca desde formas asintomáticas hasta cuadros febriles leves con dolor osteomuscular, dolor retroocular, cefalea, malestar general y exantema, así como formas graves de fiebre hemorrágica, lesión de órganos y *shock*.[1,4] Generalmente, la enfermedad cursa con tres fases: la febril, la crítica o de defervescencia, donde ocurre la fuga vascular, y la etapa de resolución.[5] Desde 2009, la OMS clasifica el dengue en: dengue sin signos de alarma, con signos de alarma y grave.[4,5]

La sospecha clínica y la identificación de los signos de alarma constituyen el primer paso para el diagnóstico y el tratamiento.[1,2] La confirmación se realiza mediante pruebas de laboratorio, como la detección del antígeno de la proteína no estructural 1 (NS1) en los primeros cinco días de la enfermedad o la detección de anticuerpos IgG e IgM después del sexto día.[1,2] El manejo es sintomático, basado en la fluidoterapia, con el objetivo de reducir la severidad de los síntomas, las complicaciones y la mortalidad, ya que actualmente no existen medicamentos antivirales efectivos.[1,2,6] Recientemente, se han autorizado dos vacunas, Dengvaxia® (CYD-TDV) y Qdenga® (TAK-003), indicadas entre los 6 y los 60 años de edad, aunque no están recomendadas en embarazadas ni en mujeres con deseo de embarazo en el siguiente mes.[7]

Por otro lado, dentro del espectro de los trastornos hipertensivos del embarazo, se encuentra la preeclampsia, un trastorno multisistémico caracterizado por elevación de la presión arterial (≥ 140/90 mmHg) en mujeres previamente normotensas, asociado a proteinuria después de las 20 semanas de gestación (proteinuria ≥ 300

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

mg/día o cociente de proteinuria/creatininuria ≥ 0,3 mg/dl, proteínas en tira reactiva ≥ 2 +).[8,9,10]

No obstante, en ausencia de proteinuria, el diagnóstico puede establecerse ante la aparición de cifras tensionales severas (≥ 160/110 mmHg), la creatinina sérica ≥ 1,1 mg/dl o duplicación de esta en ausencia de enfermedad renal, elevación de enzimas hepáticas hasta dos veces el valor normal o dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, trombocitopenia < 100 000 mm^3, cefalea persistente sin mejoría con analgésicos y alteraciones visuales, lo que constituye además criterios de severidad.[8,9,11]

Dentro de las complicaciones, y como forma severa de la preeclampsia, se describen la eclampsia y el síndrome de HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia), cuyo diagnóstico se establece ante la presencia de hemólisis [deshidrogenasa láctica elevada a 600 UI/l, alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) elevadas el doble y plaquetas < 100 000 mm^3].[8] Aunque la etiopatogenia no está completamente esclarecida, diversas teorías describen un desequilibrio entre factores angiogénicos y antiangiogénicos como mecanismo clave en la aparición de la enfermedad endotelial placentaria.[9,11]

Según la OMS, a nivel global, los trastornos hipertensivos del embarazo son la principal causa de morbimortalidad materna y neonatal, que afecta entre el 2 y el 8 % de las gestantes, con tendencia al aumento, debido a la presencia de patologías cardiometabólicas y desigualdades económicas en países de bajos ingresos.[9,12,13] En la región panamericana los trastornos hipertensivos representan entre el 20 y el 26 % de las muertes maternas; en África y Asia, el 9 %; y en países desarrollados, aproximadamente el 16 %.[8,13] Esto representa un desafío para la consecución del tercer objetivo del desarrollo sostenible, además de los altos costos de la atención materna y de los recién nacidos pretérminos, sin contar el impacto social y familiar asociado a la muerte materna.[9,13,14]

El objetivo del presente reporte de caso fue destacar la importancia del diagnóstico, manejo y seguimiento oportuno del dengue y los trastornos hipertensivos del embarazo, para prevenir la morbimortalidad materna y neonatal.

Descripción del caso

Paciente femenina de 33 años, residente en zona rural, con antecedente quirúrgico de cesárea, sin antecedentes patológicos personales referidos y que cursaba con embarazo de 33,5 semanas. Consultó por cuadro febril de tres días de evolución,

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

asociado a mialgias, artralgias y epistaxis en tres ocasiones. Al ingreso presentó signos vitales dentro de parámetros normales: tensión arterial 110/60 mmHg, frecuencia cardíaca 72 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 17 por minuto y temperatura 37,9 °C.

Al examen físico se evidenció cuello sin ingurgitación yugular, sistema cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con útero grávido, frecuencia cardíaca fetal 147 por minuto, sin dolor ni actividad uterina. Las extremidades sin lesiones petequiales, con un llenado capilar menor de dos segundos y sistema neurológico sin alteraciones. Los paraclínicos de tamizaje gestacional se encontraron dentro de la normalidad. Se realizaron exámenes complementarios que evidenciaron trombocitopenia leve. El uroanálisis no mostró proteinuria ni infección. El perfil biofísico fue 8/8 y la ecografía obstétrica se reportó como normal. El antígeno NS1 resultó positivo, por lo que se consideró el diagnóstico de dengue con signos de alarma, debido al episodio de epistaxis.

Al cuarto día de evolución de la enfermedad, se evidenció un descenso marcado de las plaquetas, acompañado de dolor abdominal sin nuevos episodios de sangrado. Las transaminasas se encontraron normales y el perfil de HELLP fue negativo. Por este motivo, se decidió enviar a la paciente a la unidad de cuidados intensivos ginecológicos (UCI).

Al quinto día, desapareció la fiebre; se mantuvo sin episodios de epistaxis ni dolor abdominal; sin embargo, se documentaron cifras tensionales elevadas por encima de 140/80 mmHg, por lo que se consideró un trastorno hipertensivo del embarazo a clasificar. La paciente negó síntomas de vasoespasmo. Se solicitaron proteinuria en 24 horas y estudios paraclínicos para establecer la severidad o diferencial de HELLP (tabla).

Al sexto día, la paciente continuaba en la UCI, con bienestar fetal documentado por monitorización. Se observó ascenso de plaquetas, valores de transaminasas y bilirrubinas normales; no obstante, las cifras tensionales persistieron elevadas sin criterios de severidad.

Al séptimo día las cifras tensionales se encontraron por encima de 160/110 mmHg y el reporte de la proteinuria en 24 horas fue de 528 mg. Refirió cefalea en casco sin otros síntomas, por lo que se estableció el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad. Durante ese período, se mantuvo un adecuado bienestar fetal evidenciado por monitorización. Se inició tratamiento con labetalol e impregnación con sulfato de magnesio, y se realizó cesárea de urgencia sin complicaciones. Se obtiene un producto de sexo masculino, con un peso de 2555 g y una talla de 45 cm.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

La edad gestacional calculada por la escala de Ballard fue de 34 semanas y el recién nacido fue trasladado a la unidad de cuidado neonatal, debido a la prematuridad y al alto riesgo de dengue neonatal. En el postoperatorio, la paciente se mantuvo con regulación de cifras tensionales sin labetalol y con goteo de sulfato de magnesio, sin síntomas de severidad. Las plaquetas continuaron en ascenso, sin dolor abdominal ni sangrado.

Al octavo día permaneció en la UCI ginecológica bajo monitorización, con herida quirúrgica sin complicaciones, sin vasoespasmo y con plaquetas en ascenso.

Al noveno día, fue trasladada a la sala de observación ginecológica y el recién nacido se mantuvo en la unidad de cuidado neonatal.

Al décimo día se consideró a la paciente con dengue en resolución con preeclampsia severa, con cifras tensionales controladas sin requerir tratamiento antihipertensivo, por lo que fue dada de alta sin complicaciones.

Tabla - Exámenes complementarios para seguimiento

Paraclínicos (valores de referencia)*	**Fase evolutiva**		
	Fase febril (día 3)	**Fase crítica (día 5)**	**Fase de recuperación (día 7)**
Hemograma			
Leucocitos (5-10 x 10^3 x mm^3)	4170	5920	6000
Hemoglobina (12-15 g/dl)	10,4	9,4	10,2
Hematocrito: (37-45%)	32,7	29,5	31,8
Plaquetas (150-350 000 x mm^3)	115 000	21 000	105 000
Alanina aminotransferasa/ TGP (< 40 UI/l)	37	38	95
Aspartato aminotransferasa/ TGO (< 40 UI/l)	80	112	41
LDH (230-460 U/l)	163	229	343
Creatinina (0,5-1,3 mg/dl)	0,5	0,6	0,4
Tiempos de coagulación			
PT (12-14 seg)	12,3	14	12,1

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

PTT (< 10 seg del control)	33	44	35.8
Proteinuria (< 150 mg/24 h)	-	-	528
Pruebas serológicas para determinar antígeno NS1	positivo	-	-

Nota: ()*Según Manual of Laboratory & diagnostic tesr. J.B. Lippincott Company. 4th Edition LDH

Leyenda: PT: Tiempo de Protrombina; PTT: Tiempo de Tromboplastina Parcial; TGO: Transaminasa Glutámico Oxalacética; TGP: Transaminasa Glutámico Pirúvica.

Discusión

La fiebre del dengue es la enfermedad arboviral más prevalente en humanos, transmitida por mosquitos del género *Aedes,* y presenta un amplio espectro de presentaciones clínicas. Según las directrices de la OMS desde 2009, el dengue se clasifica en dengue sin signos de alarma, dengue con signos de alarma y dengue grave.[4,5]

En la población gestante, la literatura actual se basa principalmente en series de casos publicados en países de bajos ingresos de América del Sur y Asia, sin evidencia sólida que permita identificar el impacto y comportamiento de la infección, ni establecer estrategias de manejo que guíen al obstetra.[1] Se ha descrito un aumento de la mortalidad y de los resultados obstétricos adversos, asociado a mayor frecuencia de formas graves como la fiebre hemorrágica. Asimismo, se han propuesto posibles mecanismos inflamatorios placentarios que podrían favorecer la aparición de preeclampsia, con dificultades en el diagnóstico y tratamiento, secundario a los cambios fisiológicos que llevan a hemoconcentración o a la posibilidad de patologías como el síndrome de HELLP, con el cual habitualmente la confunden.[1,15,16] El momento del parto se convierte en un desafío tras la necesidad de postergar el nacimiento, dada la posibilidad de dengue neonatal.[1]

El impacto del dengue durante el embarazo ha sido investigado, especialmente en regiones endémicas; sin embargo, no hay datos concluyentes en cuanto a desenlaces maternos y fetales. Algunos autores han descrito una tendencia al aumento del aborto espontáneo, del parto prematuro, del bajo peso al nacer, de una restricción de crecimiento intrauterino, de muerte fetal, de hemorragia y de *shock* por dengue. A pesar de ello, no se ha observado una relación directa entre el dengue y la preeclampsia en las mujeres embarazadas.[15,17,18,19]

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

En el presente caso, se trata de una gestante sin factores de riesgo biopsicosociales (Herrera y Hurtado:0 puntos), con embarazo de 33,5 semanas, que presentó un cuadro febril agudo. Dada su residencia en zona endémica, se sospechó dengue, el cual se confrimó mediante positividad del antígeno NS1. La evolución fue tórpida por la presencia de signos de alarma, incluyendo dolor abdominal, trombocitopenia severa y epistaxis, lo que hizo necesaria la monitorización en UCI. *Harapan* y otros[20] describen los factores de riesgo para la progresión de la enfermedad, dentro de los cuales el paciente presentaba: género femenino, dolor abdominal y sangrado espontáneo.

En los estadios clínicos del dengue se ha descrito que los signos de alarma suelen aparecer durante la etapa de defervescencia, alrededor del quinto día de enfermedad. En este caso, la paciente presentó epistaxis y dolor abdominal en el tercer y cuarto día, respectivamente, cuando aún se encontraba en la etapa febril. Este tipo de manifestaciones no son inusuales en la evolución del dengue.

De forma adicional, al séptimo día de enfermedad, con el inicio de la etapa de recuperación, donde ocurre la reabsorción de líquidos, la mejoría del malestar general y continúa el ascenso de plaquetas, para la paciente en mención, se objetiva la presencia de cifras tensionales elevadas. Estas no habían sido documentadas previamente a la gestación ni durante los controles prenatales ni durante la estancia hospitalaria; del mismo modo, no tenía ningún otro factor de riesgo para trastornos hipertensivos.[9,11] Debido a la persistencia en repetidas tomas de presión arterial elevada, se confirma el diagnóstico de preeclampsia mediante proteinuria > 0,3 g/día.

Según las diferentes sociedades internacionales de ginecología como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos,[8] se consideran criterios de severidad de preeclampsia: la crisis hipertensiva con presión arterial ≥ 160/110 mmHg, la creatinina sérica ≥ 1,1 mg/dl o la duplicación de esta en ausencia de enfermedad renal, la elevación de las enzimas hepáticas hasta dos veces o el dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, la trombocitopenia < 100 000 mm^3, la cefalea que no cede con analgésicos y las alteraciones visuales.

La paciente presentó crisis hipertensiva y cefalea en casco, lo que hizo necesaria la estabilización inicial con sulfato de magnesio y el manejo de la emergencia hipertensiva con labetalol para ser llevada, posteriormente, a cesárea de urgencia.

Actualmente, existen estudios descriptivos con resultados divergentes en cuanto a la asociación entre el dengue en el embarazo y la preeclampsia. *Brar* y otros,[21] en

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

un estudio de 44 embarazadas con dengue, describen como complicación más frecuente trombocitopenia materna; dos de las gestantes presentaron preeclampsia, pero en este caso tenían un factor de riesgo que era el antecedente de hipertensión arterial crónica.

Estos hallazgos son importantes porque algunas mujeres embarazadas infectadas por dengue pueden presentar hipertensión como parte del cuadro clínico de complicaciones graves (como el síndrome de *shock* por dengue o la fiebre hemorrágica). Sin embargo, la literatura disponible describe escasamente el dengue como un factor desencadenante de preeclampsia. Esto implica que, si bien el dengue puede complicar el embarazo y contribuir a la morbilidad materna grave, la evidencia actual no demuestra una asociación consistente ni causal con el desarrollo de preeclampsia.

Conclusiones

La infección por dengue durante el embarazo representa una amenaza significativa para la salud materno-fetal, ya que se asocia con diversos resultados adversos, como el aborto espontáneo, el parto prematuro, la muerte fetal y las complicaciones maternas graves. Sin embargo, la evidencia disponible no ha demostrado una relación clara ni consistente entre dengue y preeclampsia. El diagnóstico temprano y el manejo oportuno son fundamentales para mejorar los resultados. Para reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con el dengue durante el embarazo, es esencial mejorar el acceso a servicios de salud, incrementar la vigilancia epidemiológica, y fortalecer las estrategias de prevención y tratamiento.

Referencias bibliográficas

1. Mulik V, Dad N, Buhmaid S. Dengue in pregnancy: Review article. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;261:205-10. DOI: https://doi.org.10.1016/j.ejogrb.2021.04.035

2. World Health Organization. Dengue y dengue grave. World Health Organization. 2024 [acceso 11/11/2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

3. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto Nacional de Salud. 2024 [acceso 11/11/2024];40:20-24. Disponible en: https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/2024-boletin-epidemiologico-semana-40.pdf

4. World Health Organization. Dengue; 2024 [acceso 11/11/2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/dengue

5. González Guzmán MA, Salgado de Panqueba D. Dengue en el Servicio de Urgencias: Puntos de buena práctica clínica. Revista Facultad de Salud Universidad Surcolombiana. 2023 [acceso 10/05/2025];15(2):136-60. Disponible en: https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/3907

6. World Health Organization. Guidelines for the Clinical Diagnosis and Treatment of Dengue, Chikungunya, and Zika. PAHO; 2022 [acceso 10/10/2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55867/

7. World Health Organization. Vacunas e inmunización: dengue. World Health Organization; 2024 [acceso 11/11/2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/dengue-vaccines

8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, number 222. Obstet Gynecol. 2020;135(6):e237-e60. DOI: https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891

9. Poon LC, Magee LA, Verlohren S, Shennan A. Dadelszen P, Sheiner E, *et al.* A literature review and best practice advice for second and third trimester risk stratification, monitoring, and management of pre-eclampsia. Int J Gynecol Obstet. 2021;154(Suppl.1):3-31. DOI: https://doi.org/10.1002/ijgo.13763

10. Luna SD, Martinovic TC. Hypertension and pregnancy: review of the literature. Revista Médica Clínica Las Condes. 2023 Jan 1;34(1):33-43. DOI: https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006

11. Acosta LDRC. Clinical practice guideline for the prevention and management of hypertensive disorders of pregnancy. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2022;73(1):48-141. DOI: https://doi.org/10.18597/rcog.3810

12. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Día de Concientización sobre la Preeclampsia; 2019 [acceso 19/11/2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/noticias/1-8-2019-dia-concientizacion-sobre-preeclampsia

(cc) BY-NC Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

13. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna; 2023 [acceso 12/11/2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

14. Organización de las Naciones Unidas. ¿Sabes cuáles son los 17 objetivos de desarrollo sostenible?; 2018 [acceso 12/11/2024]. Disponible en: https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2018/08/sabes-cuales-son-los-17-objetivos-de-desarrollo-sostenible/

15. Paixão ES, Teixeira MG, Costa M da CN, Rodrigues LC. Dengue during pregnancy and adverse fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2016;16(7):857-65. DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)00088-8

16. Jiménez-Ibáñez LC, Hernández-Pérez SY, García-Padrón OA. Haemorrhagic fever due to dengue in pregnancy. a case report. Ginecol Obstet Mex. 2019;87(4):257-61. DOI: https://doi.org/10.24245/gom.v87i4.2510

17. Paixão ES, Campbell OM, Teixeira MG, Costa MCN, Harron K, Barreto ML, *et al*. Dengue during pregnancy and live birth outcomes: A cohort of linked data from Brazil. BMJ Open. 2019;9(7). DOI: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023529

18. Ahuja S, Muntode Gharde P. A Narrative Review of Maternal and Perinatal Outcomes of Dengue in Pregnancy. Cureus. 2023;15(11):e48640. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.48640

19. Restrepo J. Efectos del virus del dengue durante el embarazo. Medellín: Colombia. Infectio. 2002 [acceso 10/12/2024];6(4):197-203. Disponible en: https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/338/353

20. Harapan H, Michie A, Sasmono RT, Imrie A. Dengue: A minireview. Viruses. 2020;12(8):829. DOI: https://doi.org/10.3390/v12080829

21. Brar R, Sikka P, Suri V, Singh MP, Suri V, Mohindra R, *et al*. Maternal and fetal outcomes of dengue fever in pregnancy: a large prospective and descriptive observational study. Arch Gynecol Obstet. 2021;304(1):91-100. DOI: https://doi.org/10.1007/s00404-020-05930-7

Conflicto de intereses

Los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses.

Esta obra está bajo una licencia: https://creativecomons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES