

Protocolo Manejo neonatal del dengue: abordaje clínico y preventivo

Neonatal management of dengue: clinical and preventive approach

Manejo neonatal da dengue: abordagem clínica e preventiva

Helena Sobrero¹, Jennise de los Santos², Álvaro Dendi³, Valeria Vezzano²,
Estefany Pazos⁴, Marcelo Quipildor⁵, Mario Moraes⁶

Resumen

El dengue es una enfermedad viral transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Esta infección ha mostrado un aumento global de casos, afectando especialmente a la región de las Américas. En Uruguay, el brote más reciente (2024) registró 702 casos autóctonos y 410 importados, lo que subraya la necesidad de fortalecer estrategias de vigilancia y manejo.

El dengue puede complicar el embarazo con riesgos de parto pretérmino y bajo peso al nacer, aunque no se ha confirmado una asociación estadísticamente significativa. El riesgo de transmisión vertical oscila entre 1,6%-10,5%, aumentando si la infección ocurre cerca del parto.

Los recién nacidos pueden adquirir la infección de forma vertical (transplacentaria) u horizontal (picadura de mosquito). Se puede observar una amplia variabilidad del cuadro clínico, oscilando desde pacientes asintomáticos, síntomas leves o casos graves con potencial mortalidad, requiriendo un diagnóstico diferencial con sepsis. Las pruebas recomendadas incluyen la reacción en cadena de polimerasa (PCR) en sangre de cordón, detección de antígeno NS1 e IgM, adaptada al momento clínico.

La lactancia materna es segura y recomendada en todos los casos, incluso con madres infectadas dado su papel protector.

Estas recomendaciones buscan optimizar la identificación y manejo de neonatos en riesgo, asegurando un enfoque integral y preventivo frente al dengue.

Palabras clave: Dengue
Recién Nacido

1. Prof. Agda. Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Asist. Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

3. Prof. Adj. Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

4. Dra. Neonatóloga. Facultad de Medicina. UDELAR.

5. Dr. Médico. Especialista Infectología y Salud Pública. Universidad Nacional de Salta. Hospital Materno Infantil de Salta. Argentina.

6. Prof. Dr. Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

Unidad Académica Neonatología. CHPR. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito.

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Unidad Académica Neonatología. CHPR. Dr. Mario Moraes avala publicación.

Este trabajo ha sido aprobado unánimemente por el Comité Editorial.

Fecha recibido: 23 diciembre 2024.

Fecha aprobado: 22 mayo 2025.

Summary

Dengue is a viral disease transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito. This infection has shown a global increase in cases, particularly affecting the Americas region. In Uruguay, the most recent outbreak (2024) recorded 702 autochthonous and 410 imported cases, underscoring the need to strengthen surveillance and management strategies.

Dengue can complicate pregnancy with risks of preterm birth and low birth weight, although a statistically significant association has not been confirmed. The risk of vertical transmission ranges from 1.6-10.5%, increasing if the infection occurs close to delivery.

Newborns can acquire the infection vertically (trans-placentally) or horizontally (mosquito bite). A wide variability in clinical presentation can be observed, ranging from asymptomatic patients, mild symptoms, or severe cases with potential mortality, requiring differential diagnosis with sepsis. Recommended tests include PCR in cord blood, NS1 antigen detection, and IgM, adapted to the clinical timing.

Breastfeeding is safe and recommended in all cases, even for infected mothers, given its protective role.

These recommendations aim to optimize the identification and management of at-risk neonates, ensuring a comprehensive and preventive approach to dengue.

Key words: Dengue
Infant, Newborn

Resumo

A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. Esta infecção tem mostrado um aumento global de casos, afetando especialmente a região das Américas. No Uruguai, o surto mais recente (2024) registrou 702 casos autóctones e 410 importados, o que salienta a necessidade de fortalecer as estratégias de vigilância e manejo. A dengue pode complicar a gravidez com riscos de parto prematuro e baixo peso ao nascer, embora uma associação estatisticamente

significativa não tenha sido confirmada. O risco de transmissão vertical oscila entre 1.6-10.5%, aumentando se a infecção ocorrer próximo ao parto.

Os recém-nascidos podem adquirir a infecção de forma vertical (transplacentária) ou horizontal (picada de mosquito). Pode-se observar uma ampla variabilidade do quadro clínico, que vai desde pacientes assintomáticos, sintomas leves ou casos graves com potencial mortalidade, requerendo um diagnóstico diferencial com sepsis. Os testes recomendados incluem PCR em sangue de cordão, detecção de antígeno NS1 e IgM, adaptados ao momento clínico.

A amamentação é segura e recomendada em todos os casos, mesmo com mães infectadas, dado o seu papel protetor.

Estas recomendações buscam otimizar a identificação e o manejo de neonatos em risco, assegurando uma abordagem integral e preventiva frente à dengue.

Palavras chave: Dengue
Recém-Nascido

Introducción

La infección por el virus dengue constituye una preocupación mundial debido al actual aumento de los casos. La Organización Mundial de la Salud recomienda mantener la vigilancia, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de los casos de dengue.

En la región de las Américas, Brasil y Argentina fueron los países que presentaron más casos en el último brote 2023-2024^(1,2).

En Uruguay se han registrado casos importados desde 1997, provenientes sobre todo de países de América, con un aumento a partir del año 2013, registrando en 2016 el primer brote de dengue autóctono en Uruguay luego de 100 años.

A principios del 2024, se identificó un nuevo brote de dengue con casos importados y autóctonos. En el último informe de vigilancia del Ministerio de Salud Pública (MSP), el 31/5/2024, se identificaron 702 casos de dengue autóctono y 410 casos de dengue importado. Reportan cinco casos de muerte, dos fallecidos considerados por dengue y dos con comorbilidades

que pudieran ser determinantes del fallecimiento, uno en investigación^(3,4).

En los países limítrofes, Argentina y Brasil, se han registrado brotes importantes, determinando una verdadera epidemia y una saturación de los sistemas de salud.

El dengue es una enfermedad febril causada por el virus dengue (DENV), un arbovirus, perteneciente al género *Flavivirus*, de la familia *Flaviviridae*, y constituye al momento actual un problema de salud creciente a nivel mundial. Recientemente, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) ha publicado que alrededor de 500 millones de personas en las Américas están en riesgo de contraer dengue⁽⁵⁾.

Los arbovirus representan un riesgo adicional para la mujer embarazada, no sólo por su mayor susceptibilidad a complicaciones, sino también por su potencial teratogenicidad y el riesgo de transmisión vertical⁽⁶⁾.

En lo que respecta al virus del dengue en particular, se trata de la virosis humana transmitida por artrópodos más importante, existiendo cuatro serotipos mayores (DENV 1, DENV 2, DENV 3 y DENV 4) que tienen diferencias filogenéticas y antigénicas⁽⁷⁾. La infección primaria por un serotipo confiere inmunidad contra una reinfección por un virus homólogo, pero si ocurre infección por otro serotipo, el riesgo de enfermedad severa se incrementa⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La enfermedad es sistémica y dinámica, con una presentación clínica variable y de evolución impredecible, pudiendo cursar desde forma asintomática hasta manifestaciones graves, siendo lo habitual la presencia de fiebre, síntomas articulares, hemorrágicos y neurológicos. Se presenta con un período de incubación de cuatro a diez días, luego de los cuales la enfermedad puede comenzar abruptamente y pasar por tres fases: febril, crítica y de recuperación⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Dengue y embarazo

La enfermedad afecta a todos los grupos etarios, mayormente adolescentes y adultos⁽¹³⁾. Las embarazadas también pueden contraer la infección de forma leve-asintomática o formas graves con elevada morbilidad, sin embargo, no presentan un riesgo o evolución diferentes que la población general^(6,14).

Las complicaciones se pueden presentar en cualquier momento del embarazo durante la infección o hasta un mes después de ésta. Han sido reportadas ciertas complicaciones durante la gestación, como el parto pretérmino y el bajo peso al nacer; sin embargo, en un metaanálisis de 2017 que incluye 14 estudios, descarta una asociación estadísticamente significati-

va entre la infección por DENV y estas complicaciones^(2,6,14-16).

Dengue en el recién nacido

Transmisión

El neonato puede adquirir la enfermedad de manera horizontal por picadura de un mosquito infectado o de manera vertical por pasaje transplacentario independientemente de la gravedad de la enfermedad materna⁽¹⁶⁾.

En cuanto a esta última el riesgo de transmisión del DENV transplacentaria al feto es baja, con una prevalencia que varía de 1,6% a 10,5%^(4,17-19). La incidencia aumenta cuando la infección materna se manifiesta hasta 15 días antes del parto y hasta dos días posparto, debido a una mayor viremia en el contexto del trabajo de parto⁽⁷⁾.

No existe evidencia de infección en el recién nacido a través de la leche materna, a pesar que se ha demostrado la presencia de fragmentos virales con capacidad infectante en la misma, existen diversas condiciones determinantes que evitan la infección, entre ellas, la capacidad antiviral de la propia leche materna y las barreras epiteliales y mucosas con sus respectivos anticuerpos. Por este motivo, es que se recomienda mantener la lactancia a los recién nacidos hijos de madres con infección de DENV^(4,17,20,21).

La exposición a la infección por DENV del feto, si bien confiere protección al recién nacido contra el serotipo específico, puede aumentar el riesgo de presentar una infección de mayor severidad si se contrae nuevamente en cualquier momento de su vida, debido a la presencia de anticuerpos antidengue heterólogos^(15,22).

Manifestaciones clínicas y diagnóstico

El dengue neonatal es una enfermedad infradiagnosticada, requiriendo un alto índice de sospecha, con estudio y diagnóstico oportuno dada su sintomatología similar a la de la sepsis.

En el neonato se puede observar una amplia variabilidad del cuadro clínico, oscilando desde pacientes asintomáticos, síntomas leves o casos graves con potencial mortalidad⁽²³⁾. Las formas graves son raras, en la mayoría la enfermedad es autolimitada y evoluciona favorablemente⁽²⁴⁾.

La aparición de síntomas se observó entre el primer día de vida y los once días, con una media al cuarto y quinto día. Los síntomas que pueden presentar son: fiebre, irritabilidad, llanto intenso, petequias, rash cutáneo, hemorragias de diferente magnitud, derrames por extravasación de plasma y shock^(16,25).

Si bien puede haber un retraso en el inicio del cua-

dro clínico, se recomienda la monitorización y el control estrecho del recién nacido ante la presencia de líquido amniótico meconial en gestantes con sospecha de dengue^(16,25,26).

Para realizar el diagnóstico se recomienda como estudio específico la PCR en muestra de sangre de cordón para detección del genoma viral en el recién nacido^(3,19).

Otras pruebas serológicas se basan en la identificación de IgM específica del virus alrededor del cuarto-quinto día de inicio de los síntomas cuando la viremia es mayor. Luego del quinto día la serología para IgM sería el método preferido. Su punto máximo se alcanza a las dos semanas del inicio de la fiebre. La desventaja de las pruebas serológicas radica en que pueden generar falsos positivos, dado que los flavivirus comparten epítomos antigénicos^(12,26).

Actualmente existen técnicas de biología molecular disponibles como la glicoproteína no estructural 1 (NS1). Ésta es secretada por las células infectadas, siendo esencial en la replicación viral, aumentando en las primeras horas después de la infección con un pico a los tres a cinco días de iniciada la sintomatología. Varios estudios la describen como un potencial marcador de enfermedad severa, dada la correlación de sus niveles plasmáticos con el grado de viremia. La misma puede ser obtenida de saliva, orina, suero, muestras de sangre seca y líquido cefalorraquídeo. Su ventaja radica en que se trata de un método rápido, simple y accesible, con una alta sensibilidad (87%-95%) en los primeros tres días, decreciendo posteriormente hacia el décimo día de infección; los niveles en orina (que son relativamente más bajos) se mantienen estables hasta los 14 días de la infección⁽²⁷⁾.

La detección de dengue a través de muestras de sangre seca en papel de filtro (método utilizado para la pesquisa neonatal en nuestro país) ha mostrado ser útil sobre todo en los lugares donde no se cuenta con laboratorio o no se logra una muestra de sangre venosa. Destacándose su importancia para realizar diagnóstico de infección en forma retrospectiva. Es importante destacar que el uso de PCR Ag NS1 para realizar el diagnóstico no reemplaza las otras muestras serológicas y la misma podría indicar infección por otros arbovirus. Actualmente, en Uruguay no existe circulación de otros arbovirus, por lo que la búsqueda de NS1 puede resultar de particular importancia para la detección de DENV neonatal⁽²⁶⁾.

Se solicitará como parte de la valoración de los recién nacidos hemograma con lámina periférica; es de gran importancia descartar la presencia de plaquetopenia y leucopenia (menor a 5.000 mm³), siendo esta última la alteración más temprana y frecuente. Quedando sujeto el resto de la paraclínica a criterio del

clínico, según la sintomatología presentada.

Estrategias de manejo neonatal

En lo que respecta al manejo de los neonatos, se puede organizar en dos escenarios dependiendo del diagnóstico materno y un tercero que será en el caso de infección horizontal.

Debido a la presentación del cuadro con características similares a sepsis se recomienda comenzar tratamiento antibiótico de acuerdo a las pautas de sepsis de cada servicio.

Escenario 1: recién nacido de madre con sospecha de infección por dengue

Los síntomas en el recién nacido han sido descritos desde las nueve horas hasta los once días de vida, con una media de cuatro días. Por lo tanto, el hijo de madre con sospecha de dengue debe ser cuidadosamente seguido durante las dos primeras semanas de vida.

El binomio se ingresará en un sector libre de vectores, cerrado. Se deberá contar con tul y tela transparente para la madre.

Se aconseja que el recién nacido permanezca ingresado hasta la confirmación o la desestimación de la infección materna.

Se mantendrá la lactancia exclusiva a no ser que existan contraindicaciones⁽²⁵⁾.

Al nacimiento, frente al alta sospecha de enfermedad en la gestante, tomar muestra de sangre de cordón para PCR y serología.

Si se descarta la infección, los cuidados del recién nacido serán los habituales.

De presentar alguna alteración durante este período o la confirmación del diagnóstico, se maneja según las directrices del escenario dos, independiente del estatus serológico materno^(12,14).

Escenario 2: recién nacido hijo de madre con infección por dengue confirmada

De ser posible, el binomio se ingresará en un sector libre de vectores, cerrado.

Se deberá contar con tul y tela transparente para la madre. De no contar con esta posibilidad, el recién nacido ingresa a un sector de internación que cuente con aislamiento.

Se realizará una monitorización estrecha para poder identificar síntomas o posibles complicaciones que pudiesen aparecer en el recién nacido. Esto incluirá un estricto control de la temperatura, frecuencia respiratoria y lesiones de piel.

Mantener la lactancia materna mediante pecho directo u ordeñado de ser posible, a no ser que existan contraindicaciones.

Se realizará paraclínica al nacimiento, a las 48 horas y al quinto día de vida. A diferencia del escenario 1, dentro de las 48 horas de vida se realizará PCR y serología para IgM, repitiéndola si es necesario luego del quinto día de vida⁽¹²⁾.

En la tabla 1 se resumen las recomendaciones para este escenario.

Frente a un recién nacido con síntomas o con al-

teraciones paraclínicas se comenzará tratamiento de sostén. En cambio, de presentar una buena evolución en los primeros cinco días se otorgará el alta asegurando un adecuado control ambulatorio hasta los 14 días^(14,28).

La figura 1 presenta un algoritmo que esquematiza el manejo de gestantes con sospecha de dengue.

Escenario 3: recién nacido que adquiere la enferme-

Tabla 1. Escenario 2. Recién nacido hijo de madre con infección por dengue.

Ingreso	Ingresa en un ambiente libre de vectores en donde sea posible la monitorización estricta de síntomas y se pueda realizar tratamiento de las posibles complicaciones.		
	Al nacimiento	48 horas	Quinto día de vida
Paraclínica	PCR de cordón Ag NS1	PCR periférico IgM Ag NS1 Hemograma con lámina periférica	Se repite PCR e IgM si es necesario. Se puede repetir Ag NS1
Síntomas	Fiebre, irritabilidad, llanto intenso, Petequias, rash cutáneo, hemorragias, derrames por extravasación de plasma, shock (los síntomas mostraron una media de aparición entre el cuarto y quinto día)		
Conducta	Si al quinto día de enfermedad se presenta asintomático con paraclínica negativa, se otorgará el alta con control precoz en policlínica. Si presenta síntomas de alarma se clasificará como DCSA		

*DCSA: dengue con síntomas de alarma.

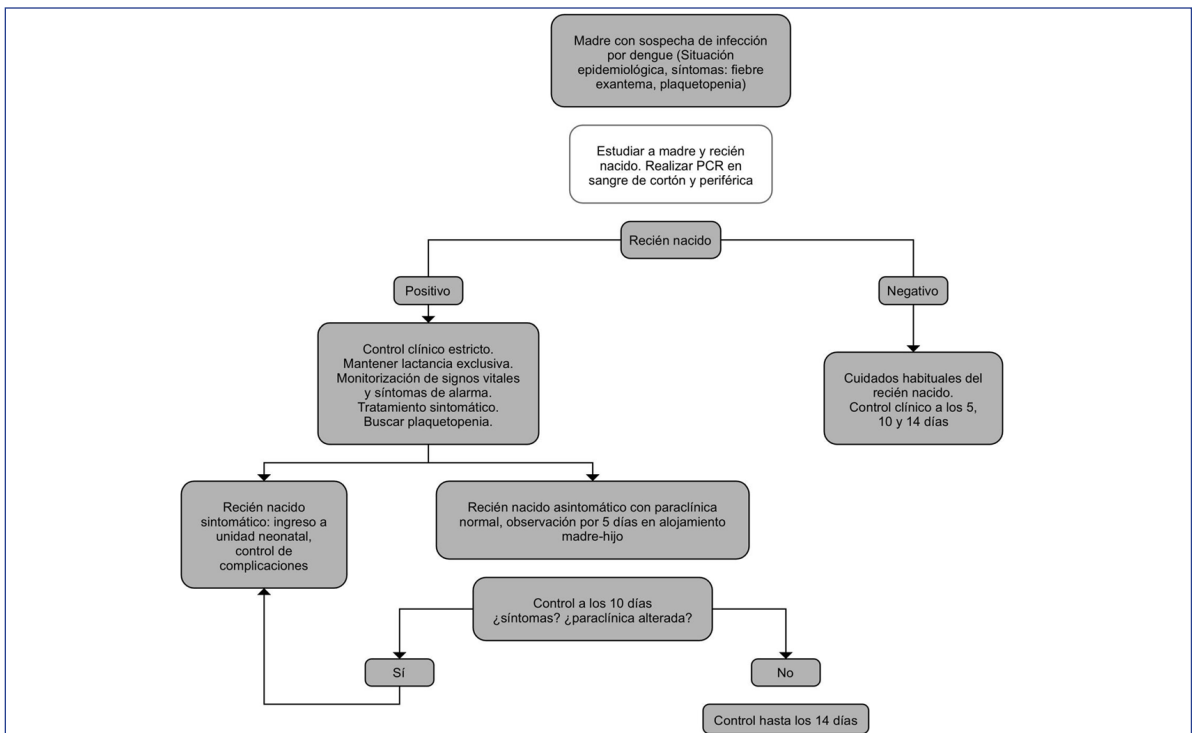


Figura 1. Algoritmo de manejo de la gestante con sospecha de dengue. Extraído y modificado de Quipildor M, Rapetti G, Silveti M, Moreno J, Aguilera M, Falco A. Dengue de transmisión vertical: reporte de casos.

En: XXIII Congreso SADI 2023.

Disponible en: <https://infectologia.info/abstracts/dengue-de-transmision-vertical-reporte-de-casos/>.

dad de manera horizontal luego del alta

Se puede presentar como un recién nacido febril, en estos casos se recomienda utilizar la pauta de fiebre sin foco del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell^(29,30).

En el caso de sospecha de enfermedad por dengue se clasificará al paciente según el esquema 1. En el caso de dengue sin síntomas de alarma se podría realizar el tratamiento ambulatorio siempre y cuando podamos asegurar un correcto seguimiento en policlínica.

De presentar fiebre, ingresará en un sector aislado del vector donde se asegure su correcta monitorización, evaluación y tratamiento de las complicaciones. En la tabla 2 se resumen los pasos a seguir de pacientes con sospecha de dengue posnatal.

Prevención y vacunas

La prevención es uno de los puntos más importantes para evitar la propagación de la enfermedad. Se recomienda las campañas de fumigación para la eliminación de vectores.

En cuanto a los adultos convivientes con el recién nacido deberán utilizar repelente y de ser posible contar con mosquiteros en el domicilio.

En mujeres embarazadas se ha observado que es seguro el uso tópico de repelentes con N-N dietil-toluenamida (DEET) al 30% o menos. En el recién nacido y lactante no está recomendado el uso de repelente hasta los 6 meses de edad. Se sugiere en menores de 6 meses utilizar cuna y coche con tul, vestirlos con ropa clara y utilizar buzos y pantalones largos⁽³¹⁻³³⁾.

En la actualidad existen dos vacunas aprobadas. La primera corresponde a la TAK-003 (Qdenga) fabricada por el laboratorio japonés Takeda, aprobada para su uso por la EMA (Agencia Europea del Medicamento). La segunda aprobada por la FDA (Food and Drug Administration) corresponde a la vacuna Degvaxia fabricada por Sanofi Pasteur.

Ninguna es una opción para embarazadas ni lactantes. En estos grupos, las medidas preventivas no farmacológicas son la clave para reducir el riesgo de infección.

Tabla 2. Escenario 3. Paciente con sospecha de dengue adquirido de manera posnatal.

Recién nacido con fiebre menor a siete días sin foco	Seguir algoritmo de fiebre sin foco		
Sospecha de dengue	Clasificación de dengue (esquema 1)		
	DSSA	DCSA	DG
	Tratamiento ambulatorio, ingreso según criterio médico*	Ingreso para tratamiento sintomático y prevención de shock	Ingreso para tratamiento de shock y las posibles complicaciones
Paraclínica a solicitar	Hemograma PCR (0-5 días de iniciados los síntomas). Detección de Ag NS1	Hemograma PCR (0-5 días de iniciado los síntomas). Ag NS1 (se puede repetir al quinto día). IgM al sexto día de comenzados los síntomas	Hemograma PCR (cero a cinco días de iniciados los síntomas). Ag NS1 (se puede repetir al quinto día). IgM al sexto día de comenzados los síntomas
Conducta	Si todo negativo, se puede otorgar alta y seguimiento clínico estricto en domicilio. Si presenta síntomas de alarma pasará a clasificarse como DCSA o DG	Monitorización, evaluación y tratamiento de las complicaciones	Monitorización, evaluación y tratamiento de las complicaciones

*Alto riesgo social, no se asegura su seguimiento en policlínica, centro de salud lejano.
DSSA: dengue sin síntomas de alarma.
DCSA: dengue con síntomas de alarma.
DG: dengue grave.

Referencias bibliográficas

- Asociación Española de Pediatría. Una nueva vacuna frente al dengue podría mejorar a las ya disponibles. Madrid: Portal oficial de la Asociación Española de Pediatría sobre vacunas e inmunizaciones, 2024. Disponible en: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/dengue-nueva-vacuna-butantan#dengue>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Ahuja S, Muntode P. A narrative review of maternal and perinatal outcomes of dengue in pregnancy. *Cureus* 2023; 15(11):e48640. doi: 10.7759/cureus.48640.
- Argolo A, Féres V, Silveira L, Oliveira A, Pereira L, Júnior J, et al. Prevalence and incidence of dengue virus and antibody placental transfer during late pregnancy in central Brazil. *BMC Infect Dis* 2013; 13:254. doi: 10.1186/1471-2334-13-254.
- Arragain L, Dupont M, O'Connor O, Sigur N, Grangeon J, Huguon E, et al. Vertical transmission of dengue virus in the peripartum period and viral kinetics in newborns and breast milk: new data. *J Pediatric Infect Dis Soc* 2017; 6(4):324-31. doi: 10.1093/jpids/piw058.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación epidemiológica del dengue en las Américas. A la semana epidemiológica 44, 2024. Actualizado noviembre 21, 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2024-11/2024-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-45-21-nov-es.pdf>. [Consulta: 30 de noviembre 2024].
- Charlier C, Beaudoin M, Couderc T, Lortholary O, Lecuit M. Arboviruses and pregnancy: maternal, fetal, and neonatal effects. *Lancet Child Adolesc Health* 2017; 1(2):134-46. doi: 10.1016/S2352-4642(17)30021-4.
- Vouga M, Chiu Y, Pomar L, de Meyer S, Masmegan S, Genton B, et al. Dengue, Zika and chikungunya during pregnancy: pre- and post-travel advice and clinical management. *J Travel Med* 2019; 26(8):taz077. doi: 10.1093/jtm/taz077.
- Marinho P, Cunha J, Amim J, Prata A. A review of selected Arboviruses during pregnancy. *Matern Health Neonatol Perinatol* 2017; 3:17. doi: 10.1186/s40748-017-0054-0.
- Velandia M, Castellanos J. Virus del dengue: estructura y ciclo viral. *Infectio* 2011; 15(1):33-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v15n1/v15n1a06.pdf>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Baldi G, Hernández S, Gómez R. Actualización de la fiebre del Dengue. *Rev Méd Sinerg* 2020; 5(1):e341. doi: 10.31434/rms.v5i1.341.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Características clínicas del dengue. Atlanta, GA: CDC, 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dengue/es/hcp/clinical-signs/caracteristicas-clinicas-del-dengue.html>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Cerdán C. Manejo perinatal de enfermedades tropicales emergentes. Servicio de Pediatría, 2021. Disponible en: <https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2021/02/Protocolo-MANEJO-PERINATAL-DE-ENFERMEDADES-TROPICALES-EMERGENTES.-SP-HGUA-2021.pdf>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Villacreses W, Soledispa J, Quezada J. Prevalencia y factores de riesgo en la transmisión global del dengue. *PENTACIENCIAS* 2023; 5(1):437-56. Disponible en: <https://editorialalema.org/index.php/pentacencias/article/view/463>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Moraes M, Mayans E, Sobrero H, Borbonet D. Dengue en el recién nacido. *Arch Pediatr Urug* 2016; 87(3):269-71. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492016000300011&lng=es. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Xiong Y, Mo Y, Shi T, Zhu L, Chen Q. Dengue virus infection during pregnancy increased the risk of adverse fetal outcomes? An updated meta-analysis. *J Clin Virol* 2017; 94:42-9. doi: 10.1016/j.jcv.2017.07.008.
- Bereche JP. Complicaciones obstétricas relacionadas al dengue durante el embarazo en un hospital estatal de Piura, 2023. Piura, Perú: Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Medicina, 2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131513/Bereche_QJP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Juárez C, Duran D, Ceja Ó, Cortez D, Baeza J, Díaz D, et al. Dengue neonatal: serie de casos. *Rev Latin Infect Pediatr* 2022; 35(2):81-5. doi: 10.35366/106659.
- Mazarin N, Rosenthal J, Devenge J. Dengue materno-fœtale au cours de l'épidémie de 2009-2010 en Guadeloupe : à propos de 4 cas. *Arch Pediatr* 2014; 21(7):745-9. doi: 10.1016/j.arcped.2014.04.009.
- Tan P, Rajasingam G, Devi S, Omar S. Dengue infection in pregnancy: prevalence, vertical transmission, and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2008; 111(5):1111-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a49fc.
- Desgraupes S, Hubert M, Gessain A, Ceccaldi P, Vidy A. Mother-to-child transmission of arboviruses during breastfeeding: from epidemiology to cellular mechanisms. *Viruses* 2021; 13(7):1312. doi: 10.3390/v13071312.
- Francese R, Peila C, Donalisio M, Lamberti C, Cirrincione S, Colombi N, et al. Viruses and human milk: transmission or protection? *Adv Nutr* 2023; 14(6):1389-415. doi: 10.1016/j.advnut.2023.08.007
- Cáceres B, Castellanos J, Rodríguez M. Amplificación de la infección dependiente de anticuerpos en la inmunopatogénesis del dengue grave, implicaciones para el desarrollo y uso de las vacunas. *Acta Biol Colomb* 2019; 24(3):439-51. doi: 10.15446/abc.v24n3.79410.
- Organización Panamericana de la Salud. Dengue: guías para la atención de enfermos en la región de las Américas. 2 ed. Washington, DC: OPS, 2016. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Berberian G, Fariña D, Rosanova M, Hidalgo S, Enría D, Mitchenko A, et al. Dengue perinatal. *Arch Argent Pediatr* 2011; 109(3):232-6. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752011000300008&script=sci_arttext. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Dendi Á, Millán C, Blengio A, Lorenzo M, Sobrero H, Moraes M. Arbovirus en Uruguay, un problema potencial. Revisión desde una óptica perinatal. *Rev Méd Urug* 2021; 37(1):e402. doi: 10.29193/rmu.37.1.8.
- Yadav B, Gupta N, Gadepalli R, Nag V. Neonatal dengue: an under-diagnosed entity. *BMJ Case Rep* 2021; 14(8):e241727. doi: 10.1136/bcr-2021-241727.
- Fisher R, Lustig Y, Sklan E, Schwartz E. The role of NS1 protein in the diagnosis of flavivirus infections. *Viruses* 2023; 15(2):572. doi: 10.3390/v15020572.
- Quipildor M, Rapetti G, Silveti M, Moreno J, Aguilera M, Falco A. Dengue de transmisión vertical: reporte de casos. En: XXIII Congreso SADI 2023. Disponible en: <https://infecologia.info/abstracts/dengue-de-transmission-vertical-reporte-de-casos/>. [Consulta: 30 noviembre 2024].
- Giachetto G, Piriz C. Fiebre sin foco en menores de 3 me-

ses. En: Assandri E, Casuriaga A, Le Pera V, Notejane M, Vázquez M, Zunino C, coords. Atención Pediátrica; normas nacionales de diagnóstico, tratamiento y prevención. 9 ed. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR, 2020:329-2.

30. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Hospital Pediátrico. Plan de contingencia de enfermedades transmitidas por aedes aegypti (ETAa). Montevideo: CHPR, 2017. Disponible en: <https://redemc.net/campus/wp-content/uploads/2016/10/Plan-de-contingencia-CHPR.pdf>. [Consulta: 5 febrero 2024].

31. Srisawat N, Gubler D, Pangestu T, Limothai U, Thisyakorn U, Ismail Z, et al. Proceedings of the 6th Asia Dengue Summit, June 2023. PLoS Negl Trop Dis 2024; 18(3):e0012060. doi: 10.1371/journal.pntd.0012060.

32. España. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Trans-

mitadas por Vectores. Parte I: enfermedades transmitidas por Aedes: dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla. Actuaciones ante la introducción de Ae aegypti y Ae Japonicus. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacion-Respuesta/docs/PARTE_I.AEDES.pdf. [Consulta: 30 noviembre 2024].

33. Luvira V, Thawornkuno C, Lawpoolsri S, Thippornchai N, Duangdee C, Ngamprasertchai T, et al. Diagnostic performance of dengue NS1 and antibodies by serum concentration technique. Trop Med Infect Dis 2023; 8(2):117. doi: 10.3390/tropicalmed8020117

Correspondencia: Dra. Helena Sobrero
Correo electrónico: hsobrero@gmail.com

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio NO se encuentra disponible en repositorios de acceso libre.

Contribución de los autores

Todos los autores de este manuscrito han contribuido a la concepción y revisión crítica, y realizaron la aprobación final de la versión a publicar.

Helena Sobrero, ORCID 0000-0002-6142-0717.

Jennise de los Santos, ORCID 0000-0001-6600-2170.

Álvaro Dendi, ORCID 0000-0002-6776-7818.

Valeria Vezzano, ORCID 0000-0002-8197-0935.

Estefany Pazos, ORCID 0009-0004-4205-1751.

Marcelo Quipildor, ORCID 0009-0005-6676-5019.

Mario Moraes, ORCID 0000-0002-5174-2405.