

Recibido: 18/2/2026 Arbitrado: 21/2/2026 Aceptado: 26/3/2026

CASO CLÍNICO

Dengue con signos de alarma: análisis de un caso con complicaciones sistémicas

Dengue with warning signs: analysis of a case with systemic complications

Jackson Lenno Rojas Rangel (Lcdo.)¹

Liseth del Carmen Contreras Torres (Lcda.)²

Osneiber Daniel Albarrán Paredes (Lcdo.)³

Edicmar Salcedo Castillo (Lcda.)⁴

¹Licenciado en Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida-Venezuela. Maestrante en Orientación de la Conducta, Centro de Investigaciones Psiquiátricas Psicológicas y Sexológicas de Venezuela (CIPPSV) San Cristóbal-Venezuela. Enfermero II, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Mérida-Venezuela. Docente, ULA. ORCID: 0009-0006-2731-3308. Dirección: Urbanización Campo Claro, Residencias Alma Mater, Torre A, Apartamento 2-4. Mérida.

²Licenciada en Enfermería Integral Comunitaria, Universidad Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS). Enfermera II, IAHULA. Diplomada en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0002-7542-0424

³Licenciado en Enfermería Integral Comunitaria, UCS. Enfermero II, IAHULA. Diplomado en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0002-3877-2383

⁴Licenciada en Enfermería, ULA. Diplomada en Enfermería en Emergencia, ULA. ORCID: 0009-0005-6969-3831

¿Cómo citar este artículo? - *How to cite this article?*

Rojas J, Contreras L, Albarrán O, Salcedo E. Dengue con signos de alarma: análisis de un caso con complicaciones sistémicas. EHI [Internet]. 2026 [consultado 2026 julio 14]; 13(1):18-26. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/enfermeria>



Todos los documentos publicados en esta revista se distribuyen bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Por lo que el envío, procesamiento y publicación de artículos en la revista es totalmente gratuito. Todos los derechos reservados. El contenido de esta revista está protegido por la Ley. No puede ser reproducida, ni registrada o transmitida por cualquier medio de recuperación de información sin el permiso previo, por escrito, de los editores.

RESUMEN

El dengue con signos de alarma puede desencadenar una respuesta inflamatoria sistémica caracterizada por disfunción endotelial y fuga capilar masiva, lo que deriva en insuficiencia multiorgánica. El objetivo de este caso clínico es demostrar que la aplicación sistemática del Proceso Enfermero (PE) permite alcanzar la estabilidad clínica del paciente y revertir el compromiso multisistémico, con el uso de la Guía CARE para su estructuración. Se trató de un paciente masculino de 31 años, diagnóstico de dengue con signos de alarma (B2), poliserositis e injuria renal aguda (KDIGO II), se utilizó los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon para la valoración clínica. A partir de la recolección de datos, se identificó como diagnóstico prioritario: (00032) patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios y ocupación del espacio pleural E/P taquipnea, uso de músculos accesorios, hipoxemia y disminución del murmullo vesicular. El abordaje se enfocó en soporte ventilatorio no invasivo (BiPAP), optimización de la presión oncótica con albúmina humana al 20% y control estricto del balance hídrico. Tras las intervenciones el paciente mostró una evolución satisfactoria, logrando estabilidad hemodinámica con un balance hídrico de -620 cc y la resolución del compromiso ventilatorio.

Palabras clave: dengue, complicaciones sistémicas, Proceso Enfermero, caso clínico.

ABSTRACT

Dengue with warning signs can trigger a systemic inflammatory response characterized by endothelial dysfunction and massive capillary leakage, leading to multiple organ failure. The objective of this clinical case is to demonstrate that the systematic application of the Nursing Process (NP) allows achieving clinical stability in the patient and reversing multisystemic compromise, with the use of the CARE Guide for their career. This was a 31-year-old male patient diagnosed with dengue with warning signs (B2), polyserositis, and acute kidney injury (KDIGO II), using Marjory Gordon's 11 functional patterns for clinical assessment. Based on data collection, the priority diagnosis identified was: (00032) ineffective breathing pattern related to respiratory muscle fatigue and pleural space filling as evidenced by tachypnea, use of accessory muscles, hypoxemia, and decreased breath sounds. The focus was on non-invasive ventilatory support (BiPAP), optimization of oncotic pressure with 20% human albumin, and strict control of fluid balance. Following these interventions, the patient showed satisfactory progress, achieving hemodynamic stability with a fluid balance of -620 cc and resolution of respiratory distress.

Key words: dengue, systemic complications, Nursing Process, clinical case.

—INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica, de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, cuyo espectro clínico puede variar desde formas asintomáticas hasta cuadros graves con compromiso orgánico¹. De acuerdo con esto, para la estratificación del riesgo y decisiones del manejo, se organizan a los pacientes en grupos diagnósticos: Grupo A (sin signos de alarma), Grupo B1 (sin signos de alarma, pero con comorbilidades), Grupo B2 (con signos de alarma) y Grupo C (dengue grave)².

El presente caso se categoriza como Dengue Grupo B2, tal como se clasificó en el párrafo anterior, se refiere a aquellos pacientes con signos de alarma que requieren hospitalización inmediata debido a la presencia de fuga capilar masiva o fallas orgánicas incipientes². Para cuantificar la gravedad de dicha disfunción orgánica en estados críticos, se emplea la escala SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), que permite evaluar objetivamente la insuficiencia multiorgánica³.

A nivel epidemiológico, el panorama actual del dengue es alarmante. El año 2024 fue un periodo récord para la región de las Américas con 3.578.414 casos notificados, de este total 2.888 fueron caracterizados como graves y 1.039 fueron fatales¹. En Venezuela, para ese mismo año se reportó un incremento significativo de casos graves de esta patología; específicamente en el estado Mérida, se presentaron 495 pacientes sin signos de alarma y 130 con este tipo de señales⁴, observándose una incidencia creciente de pacientes con compromiso multisistémico que requirieron manejo en la unidad de Trauma Shock del área de Emergencia Adultos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA).

La complejidad del caso clínico que se describe radica en la convergencia de las insuficiencias multiorgánicas identificadas mediante el *score* SOFA (5 puntos)³: compromiso respiratorio manifestado por un síndrome de ocupación pleural bilateral y poliserositis, requiriendo el uso de ventilación mecánica no invasiva (BiPAP). Disfunción Renal: identificada como injuria renal aguda secundaria a factores infecciosos, clasificada como KDIGO II (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*). Alteraciones Metabólicas: presencia de hipoalbuminemia moderada (2.37 g/dL) y anemia (Hb 9.9 g/dL), factores que exacerbaban la disminución de la presión oncótica y favorecen el edema extravascular. Foco Infeccioso Agregado: aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* en urocultivo, lo que obligó a una cobertura antimicrobiana dirigida con Piperacilina/Tazobactam.

Ante este escenario de insuficiencias multiorgánicas, se implementó el Proceso Enfermero (PE) como herramienta científica de cuidado y, para la estructuración metodológica la *Case Report Guideline* (por sus siglas en inglés CARE)⁵ es un estándar internacional que mejora la transparencia y precisión en la redacción de este. Durante la etapa de valoración, estructurada bajo los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se identificaron diversos diagnósticos de la taxonomía *North Diagnosis Association* (por sus siglas en inglés NANDA 2024-2026)⁶, siendo el principal, el patrón respiratorio ineficaz. Mediante la evaluación de Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁷ y la ejecución de Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁸ se logró alcanzar la estabilidad del paciente y revertir el compromiso multisistémico, validando que la aplicación

metodológica del PE es fundamental para garantizar la recuperación satisfactoria en estadios críticos del dengue, cumpliendo así con el objetivo de la investigación.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 31 años de edad, natural y procedente de Tovar, estado Mérida (zona rural), de ocupación pintor, herrero y mecánico, quien acude al centro hospitalario por presentar clínica de dolor abdominal, tipo punzante, localizado en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, concomitante con astenia, hiporexia y disuria, posteriormente se asocia cefalea holocraneana, aumento del dolor abdominal y disnea de esfuerzo, motivo por el cual es trasladado a la Emergencia Adultos del IAHULA.

Dentro de los antecedentes de importancia: refiere asma bronquial desde la infancia sin crisis recientes y litiasis renal derecha. Como antecedentes familiares, madre con epilepsia. Niega hábito tabáquico y consumo de sustancias estupefacientes; hábito cafeínico de 2 tazas al día y alcohol ocasional. Reporta hospitalización previa el 24/01/2026 en su localidad, donde recibió cefalosporinas de cuarta generación por sospecha de infección del tracto urinario.

Al examen físico en la unidad de Trauma-Shock, el paciente se encontraba vigil, orientado en tiempo, espacio y persona (Glasgow 15/15), pupilas isocóricas y normorreactivas a la luz. Tórax asimétrico, normoexpansible, ventilando espontáneamente con aporte de oxígeno a través de cánula nasal a 3 lts con uso de músculos accesorios, saturación de oxígeno 84%, frecuencia respiratoria de 22 rpm. A la auscultación, murmullo vesicular disminuido en ambas bases pulmonares; ameritó inicio de ventilación mecánica no invasiva (BiPAP) con una FiO_2 al 50%. Hemodinámicamente estable, bajo monitorización no invasiva, con presión arterial de 122/74 mmHg y frecuencia cardíaca de 82 lpm, febril (39 °C). A la auscultación, ritmos cardíacos rítmicos, sin soplos aparentes; llenado capilar de 3 segundos. Abdomen ligeramente distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y mesogastrio, con ruidos hidroaéreos presentes, tolerando vía oral con dieta en progresión a semilíquida. Genitales externos normoconfigurados, con diuresis espontánea, la cual es cuantificada para control de líquidos. Piel hidratada con equimosis perilesionales en sitios de punción venosa. Extremidades simétricas, móviles, con edema grado I en miembros inferiores.

Dentro de la paraclínica, se destacan los siguientes resultados: leucocitos $12.350/mm^3$ (78% segmentados, 22% linfocitos), hematocrito 37%, plaquetas $110.000/mm^3$, urea 92,4 mg/dL, creatinina 1,89 mg/dL, albúmina 2,37 g/dL, Proteína C Reactiva (PCR) 4,8 mg/L y procalcitonina 9,55 ng/ml. Por otra parte, estudios de imagen revelaron hepatomegalia, esteatosis grado II, ascitis, litiasis renal derecha y derrame pleural bilateral (izquierdo 311 ml, derecho 179 ml). En vista de estos hallazgos, se plantean los siguientes diagnósticos médicos: Sepsis por Arbovirus (Dengue con signos de alarma B2), Injuria Renal Aguda secundaria a factores infecciosos. Los cuidados se centran en el manejo hemodinámico y vigilancia de la fuga capilar, incluyendo a factores infecciosos (KDIGO II) y Asma Bronquial.

APLICACIÓN DEL PE

Valoración (Hallazgos clínicos)

Según las necesidades del paciente durante la valoración, siguiendo el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, se establecen los siguientes diagnósticos de Enfermería de acuerdo con la NANDA⁶:

- (00032) Patrón respiratorio ineficaz
- (00030) Intercambio de gases deteriorado
- (00007) Hipertermia
- (00026) Volumen de líquido excesivo
- (00205) Riesgo de Shock
- (00196) Riesgo de desequilibrio electrolítico
- (00203) Riesgo de hemorragia
- (00499) Disposición para un mayor conocimiento sobre la salud.

Planificación

De los diagnósticos de Enfermería identificados, se elaboraron los siguientes planes de cuidado (cuadros 1, 2 y 3) jerarquizados en orden de prioridad, teniendo en cuenta la NOC⁷ y la NIC⁸.

Cuadro 1. Plan de cuidado estandarizado con DxE Focalizado en el problema.

DxE: patrón respiratorio ineficaz R/C fatiga de los músculos respiratorios y ocupación del espacio pleural E/P taquipnea, uso de músculos accesorios, hipoxemia, disminución del murmullo vesicular Dominio 4: Actividad y reposo Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares Código: 00032				
NOC	ESCALA	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Estado respiratorio: ventilación (0403)	1. Gravemente comprometido	Ayuda a la ventilación (3350):		Valor alcanzado: (Leve)
Indicadores: ➤ Frecuencia respiratoria ➤ Ritmo respiratorio ➤ Profundidad de	2. Sustancialmente comprometido	➤ Monitorear signos de fatiga muscular respiratoria cada hora.	C	Mejora notablemente a la intervención.
	3. Moderadamente comprometido			
	4. Levemente comprometido	➤ Fomentar una respiración lenta y profunda.	C	Paciente refiere mayor facilidad para respirar.
	5. No			

la respiración ➤ Utilización de los músculos respiratorios ➤ Ruidos respiratorios auscultados Valor actual: 2 (sustancialmente comprometido) Valor diana: 5 (no comprometido) Tiempo: 24 horas	comprometido	➤ Colocar al paciente en posición Fowler o semiFowler para la expansión pulmonar.	C	FR: 18 rpm. Saturación de Oxígeno estable en 95% con apoyo. Disminución del uso de músculos accesorios.
		➤ Monitorización respiratoria.	C	
		➤ Vigilar saturación de oxígeno (SpO ₂).	C	
		➤ Oxigenoterapia	C	
		➤ Auscultar ruidos respiratorios observando áreas de disminución de murmullo vesicular.	C	

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA⁶, NOC⁷, NIC⁸.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

Cuadro 2. Plan de cuidado estandarizado con DxE Focalizado en el problema

DxE: Hipertermia R/C proceso infeccioso E/P aumento de la temperatura corporal por encima del rango normal (39°C), taquicardia y piel caliente al tacto Dominio 11: Seguridad y protección Clase 6: Termorregulación Código: 00007				
NOE	ESCALA	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Control de riesgo: hipertermia (1922) Indicadores: ➤ Modifica el entorno vital para controlar la temperatura corporal Valor actual: 4 (frecuentemente demostrado) Valor diana: 5 (no comprometido) Tiempo: 2 horas	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	Tratamiento de la hipertermia (3786):		Valor alcanzado: 2 (raramente demostrado) Temperatura 37°C FC: 72 lpm Piel fría al tacto
		➤ Aplicar método de enfriamiento externo.	C	
		➤ Mojar la superficie del cuerpo del paciente y abanicarle.	C	
		➤ Proporcionar una solución de rehidratación oral u otro líquido frío.	C	
		➤ Monitorizar la temperatura corporal cada 30 minutos.	C	
		➤ Administrar medicamentos antipiréticos,	C	

		según prescripción médica.		
--	--	----------------------------	--	--

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA⁶, NOC⁷, NIC⁸.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

Cuadro 3. Plan de cuidado estandarizado con DxE de riesgo

DxE: Riesgo de shock R/C infección sistémica				
Dominio 11: Seguridad y protección Clase 2: Lesión física Código: 00205				
NOCC	ESCALA	NIC	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
Severidad de la infección (0703) Indicadores: ➤ Fiebre ➤ Inestabilidad hemodinámica ➤ Llenado capilar lento Valor actual: 2 (sustancialmente comprometido) Valor diana: 5 (no comprometido) Tiempo: 48-72 horas	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Prevención del shock (4260):		Valor alcanzado: 4 (Leve)
		➤ Monitorear el estado circulatorio: presión arterial, pulso y llenado capilar.	C	Se mantiene estabilidad hemodinámica
		➤ Vigilar la temperatura corporal y el estado respiratorio.	C	Temperatura 37°C Presión arterial: 120/80 mmHg
		➤ Manejo de líquidos/ electrolitos (2080).	C	Balance hídrico: -620cc
		➤ Control estricto de ingesta y eliminación (balance hídrico).	C	Llenado capilar: 2 segundos
		➤ Administrar antibióticos y albúminas según prescripción médica.	C	Ausencia de signos de choque
		➤ Monitorización de signos vitales (6680).	C	

Fuente: elaborado por los autores, siguiendo la taxonomía NANDA⁶, NOC⁷, NIC⁸.

Lectura: DxE= Diagnóstico enfermero. R/C= Relacionado con. E/P= Evidenciado por. C= Cumplido

— DISCUSIÓN

El dengue con signos de alarma representa un desafío terapéutico debido a su capacidad de generar una respuesta inflamatoria sistémica que compromete múltiples órganos en un periodo breve. “Se conoce como una enfermedad sistémica y muy dinámica, en la que en pocas horas un paciente puede pasar de un cuadro leve a un cuadro grave”⁹. La estructura y gestión de la atención en pacientes con dengue, debe tener en cuenta una de las características más importantes que es la probabilidad de cambio del estado del paciente (signos de alarma y agravación) en pocas horas, por lo que el manejo de los casos especiales y comorbilidades debe ser individualizado y adaptado a cada situación clínica¹⁰.

En este caso clínico, la convergencia de poliserositis, injuria renal aguda (KDIGO II) y

una coinfección por *Pseudomonas aeruginosa*, subrayó la necesidad de un manejo multidisciplinario inmediato de alta complejidad en la Unidad de Trauma Shock. La implementación sistemática del PE, estructurado bajo los patrones funcionales de Marjory Gordon, demostró ser la herramienta de cuidados científica definitiva para la recuperación. La detección precoz del "Patrón respiratorio ineficaz" y la ejecución de acciones dirigidas, como el soporte ventilatorio no invasivo, permitieron revertir la hipoxemia y lograr un balance hídrico negativo, clave para la resolución de la fuga capilar.

Igualmente, la optimización de la presión oncótica, el control estricto del balance hídrico y el cumplimiento de las intervenciones para prevenir el shock, permitieron conseguir la estabilidad del paciente y revertir el compromiso multisistémico, validando que el cuidado de enfermería especializado no solo es complementario, sino fundamental para estabilizar hemodinámicamente a pacientes críticos y reducir las tasas de morbilidad en enfermedades reemergentes como el dengue.

— CONCLUSIÓN

El abordaje terapéutico en pacientes con dengue con signos de alarma deber ser acorde a la complejidad de la atención que demanda. La inestabilidad permanente en la que se encuentra expuesta la persona enferma amerita una intervención rápida y oportuna, con alta responsabilidad y compromiso por parte del equipo de salud. Los cuidados de los profesionales de enfermería deben centrarse en la valoración integral y exhaustiva que les permita identificar los diagnósticos, priorizarlos y ejecutar las intervenciones adaptadas a las diferentes necesidades, estando alerta en todo momento a la detección de signos de alarma que desencadene un compromiso multisistémico.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica - Aumento de casos en la Región de las Américas - 29 de marzo del 2024. [Internet] 2024 [consultado 2026 febrero 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-aumento-casos-dengue-region-americas-29-marzo-2024#:~:text=Durante%20el%20a%C3%B1o%202024%20y,tasa%20de%20letalidad%20%2C029%25>
2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Algoritmos para el manejo clínico de los casos de dengue. Programa regional de enfermedades Arbovirales. [Internet] 2020 [consultado 2026 febrero 3]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2020-09/2020-cde-algoritmos-manejo-clinico-dengue.pdf>
3. Vincent J, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Medicine*. [Internet] 1996 [consultado 2026 febrero 3]; 22:707-710 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/BF01709751>
4. Convite Monitor de Salud. Reporte SAME Abril 2024. [Internet] 2024 [consultado 2026 febrero 5]. Disponible en: <https://conviteac.org/wp-content/uploads/2024/06/Reporte-SAME-Abril-5.pdf>

5. Gagnier J, Kienle G, Altman D, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Headache*. [Internet] 2013 [consultado 2026 febrero 5]; 53(10):1541-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24266334/>
6. Herdman T, Kamitsuru S. *Diagnósticos de Enfermería de NANDA Internacional: definiciones y clasificación 2024-2026*. 13a ed. [Internet] España: ELSEVIER [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://share.google/wWxdRXMQgnPQB66fz>
7. Morhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. (eds). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud*. 6a ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2019 [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Resultados-de-Enfermeria-Medicion-de-Resultados-en-Salud-Sus-Moorhead-Phd-Rn-Faan-Elizabeth-Swanson-Phd-R-n-Mariom-Johnson-Phd-Rn-Meridean-L-Maas-Phd-Rn-Faaan.pdf>
8. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. (eds). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7a ed. [Internet]. España: ELSEVIER; 2019 [consultado 2026 febrero 10]. Disponible en: <https://cbtis54.edu.mx/wp-content/uploads/2024/04/Clasificacion-de-Intervenciones-de-Enfermeria.pdf>
9. Frantchez V, Fornelli R, Pérez G, Arteta Z, Cabrera S, Sosa L, et al. Dengue en adultos: diagnóstico, tratamiento y abordaje de situaciones especiales. *Rev Med Urug* [Internet] 2016 [consultado 2026 febrero 10]; 32(1):43-51. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v32n1/v32n1a06.pdf>
10. Burgos B, Loaiza G, Solórzano M, Vásconez L. Fisiopatología del dengue. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. [Internet] 2019 [consultado 2026 febrero 11]; 3(3): 622-642. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/614/827>