

Considerando el incremento de casos notificados de Oropouche en el 2024, incluyendo áreas en las que no se había registrado históricamente casos, así como la identificación de casos fatales asociados a la infección por Oropouche virus (OROV) y los posibles casos de transmisión vertical del virus y sus consecuencias, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a que refuercen la vigilancia, e implementen el diagnóstico de laboratorio para la identificación y caracterización de los casos, incluyendo casos fatales y de transmisión vertical potencialmente asociados a la infección por OROV.

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 del 2024, se notificaron 8.078 casos confirmados de Oropouche, incluida dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en cinco países de la Región de las Américas: el Estado Plurinacional de Bolivia (n= 356 casos), Brasil¹ (n= 7.284 casos, incluido dos defunciones), Colombia (n= 74 casos), Cuba² (n= 74 casos) y Perú (n= 290 casos). Desde la alerta epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 9 de mayo de 2024 se notificaron 2.885 casos de Oropouche adicionales en la Región en: Bolivia (n= 43 casos), Brasil (n= 2.701 casos), Colombia (n= 36 casos), Cuba (n= 74 casos) y Perú (n=31 casos) (1-10).

En cuanto a los casos de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche (OROV) y sus consecuencias, Brasil notificó una muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos (RN) con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará³. Adicionalmente, Brasil informó que se están investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fetales (2).

¹ Los casos de Brasil incluyen la SE 30 de 2024.

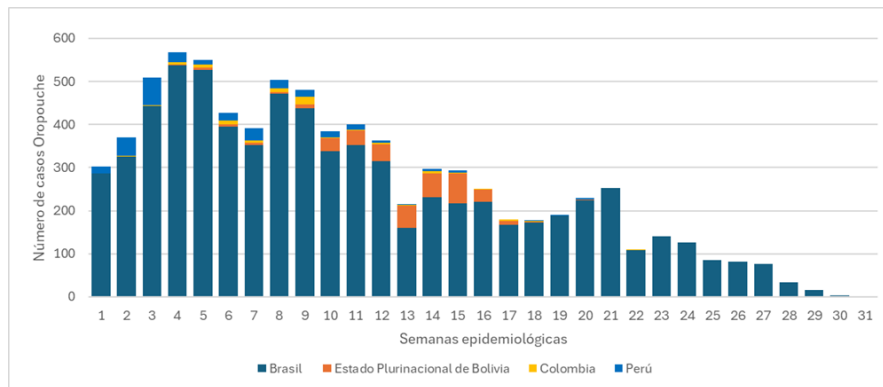
² La última actualización recibida desde Cuba fue el 31 de mayo de 2024.

³ La información detallada sobre estos casos se encuentra disponible en la Alerta Epidemiológica sobre Oropouche en la Región de las Américas: evento de transmisión vertical bajo investigación en Brasil , 17 de julio del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-evento-transmision-vertical-bajo>

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 1 de agosto del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024.

Figura 1. Número de casos confirmados de Oropouche en 2024 por país y semana epidemiológica de inicio de síntomas, Región de las Américas*



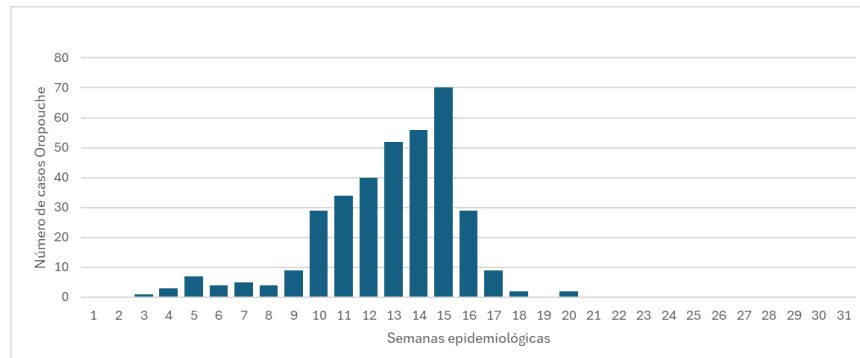
*Nota: No se dispone de datos por semana epidemiológica de inicio síntomas para Cuba.

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1, 2, 6, 9).

A continuación, se brinda un resumen de la situación en los países que han notificado casos confirmados de Oropouche durante el 2024.

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 356 casos de Oropouche confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR) (1). Se ha registrado la transmisión en tres departamentos: La Paz con el 75,3% de los casos (n=268) seguido de Beni con el 21,3% de los casos (n=76) y Pando con el 3,4% de los casos (n=12). Los casos se reportan en 16 municipios que son considerados endémicos para esta enfermedad, con la mayor proporción de casos notificados en los municipios de Irupana, La Paz, con el 33% de los casos, seguido de La Asunta, La Paz, con el 13% de los casos, y Chulumani; La Paz, y Guayaramerín, Beni, con el 12 % cada uno. El 50% de los casos (n=179) corresponde al sexo femenino y la mayor proporción se encuentra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 20% (n=70) de casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. Adicionalmente entre las SE 12 y SE 15 de 2024 se notificaron cinco casos de coinfección de Oropouche con dengue en pacientes de tres municipios del departamento de La Paz, los cuales presentaron resultados positivos para dengue (RT-PCR) con serotipificación DENV-1 (un caso) y DENV-2 (cuatro casos) (1).

Figura 2. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Bolivia, 2024.

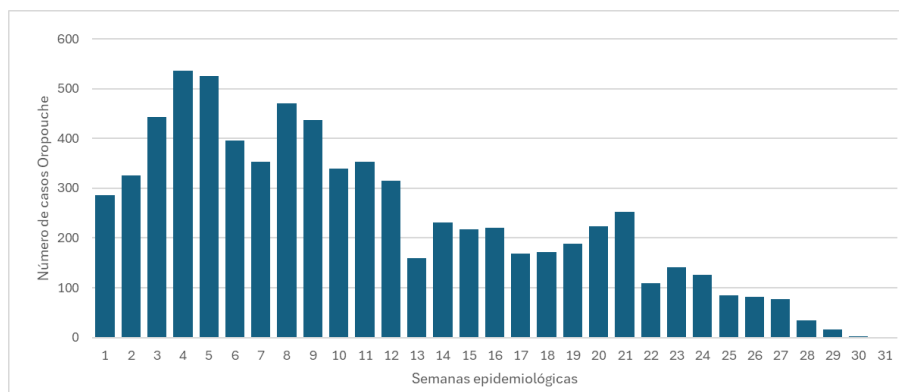


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace de Bolivia para el RSI. Comunicación recibida el 30 julio del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito (1).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 30 del 2024 se han notificado 7.284 casos de Oropouche confirmados por laboratorio mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR). La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte. La región amazónica, considerada endémica para Oropouche, concentra el 75,7% de los casos registrados en el país con seis estados notificando casos: Amazonas (n= 3.224), Rondônia (n= 1.709), Acre (n= 265), Roraima (n= 239), Pará (n= 74), y Tocantins (n=2) (2, 3).

Adicionalmente se ha documentado la transmisión autóctona en diez estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (n= 831), Espírito Santo (n= 420), Santa Catarina (n= 165), Pernambuco (n= 92), Minas Gerais (n= 83), Rio de Janeiro (n= 64), Ceará (n= 39), Piauí (n= 28), Maranhão (n= 19) y Mato Grosso (n=17). Adicionalmente, casos registrados en los estados de Amapá (n=7), Paraná (n= 3), Sergipe (n=2) y Paraíba (n= 1), están siendo investigados para establecer el lugar probable de infección. En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,9% (n= 3.779) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de 30 a 39 años con el 21,2% (n= 1.541) de casos (2, 3).

Figura 3. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Brasil, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. Comunicaciones recibidas el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Brasília; 2024. Inédito (2).

En cuanto a las defunciones asociadas a Oropouche, el Centro Nacional de Enlace (CNE) de Brasil para el Reglamento Sanitario Internacional informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por OROV y otra que se encuentra bajo investigación. A continuación, se muestra un resumen de estos casos (2, 4).

Los casos fatales clasificados como asociados a la infección por OROV fueron identificados mediante un análisis retrospectivo en el estado de Bahía. Un caso fatal corresponde a una mujer de 24 años, residente del municipio de Valença, estado de Bahía. Presentó inicio de síntomas el 23 de marzo del 2024, consistentes en fiebre, dolor de cabeza, dolor retroorbitario, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y vómitos. Sin antecedentes de comorbilidades. El 23 de marzo buscó atención médica, siendo dada de alta con manejo ambulatorio y consultando en varias ocasiones. El 26 de marzo fue hospitalizada y el 27 de marzo de 2024 luego de 13 horas del ingreso en la unidad hospitalaria falleció (2, 4). El 27 de marzo del 2024, se recolectaron muestras de suero las cuales fueron enviadas al Laboratorio Central de Salud Pública de Bahía (LACEN-BA por sus siglas en Portugués). El 26 de abril del

2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya y Mayaro) (2, 4).

El otro caso fatal es una mujer de 21 años, residente en Camamú, estado de Bahía. Presentó inicio de síntomas el 6 de mayo de 2024, consistentes en fiebre, mialgia, cefalea, dolor retroorbital, dolor en las extremidades inferiores, astenia y dolor articular. Después de cuatro días, desarrolló una erupción rojiza con manchas moradas, sangrado (nasal, gingival y vaginal), seguido de debilidad, somnolencia y vómitos. Sin antecedentes de comorbilidades. El 9 de mayo fue ingresada en una unidad de salud del Hospital Municipal y fue trasladada a un segundo hospital debido a somnolencia, emesis persistente, con cianosis en extremidades, sangrado de encías, epistaxis, sangrado vaginal y presencia de petequias extendidas. Debido a su condición crítica la paciente falleció dos horas después de su admisión (2, 4). El 10 de mayo del 2024, se recolectaron muestras de suero las cuales fueron enviadas al LACEN-BA. El 18 de mayo del 2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR) y serológicas en las muestras de sangre analizadas. Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya y Mayaro) (2, 4).

Respecto al caso fatal que se encuentra en investigación el mismo corresponde a un hombre de 57 años, residente del municipio de Apucarana, estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina. Presentó inicio de síntomas el 11 de abril del 2024, consistentes en fiebre, dolor de cabeza, mialgia, dolor abdominal intenso, diarrea, náuseas y hemorragia digestiva. Sin antecedentes de comorbilidades. El 15 de abril buscó atención médica y falleció el mismo día. El 15 de abril del 2024, se recolectaron muestras de suero y fue enviado al Laboratorio Central de Salud Pública. El 24 de abril del 2024 se confirmó la presencia de genoma del virus mediante pruebas de biología molecular (RT-PCR). Las muestras resultaron negativas por detección molecular y pruebas serológicas para otros arbovirus (dengue, Zika, chikungunya, fiebre amarilla y Mayaro) (2).

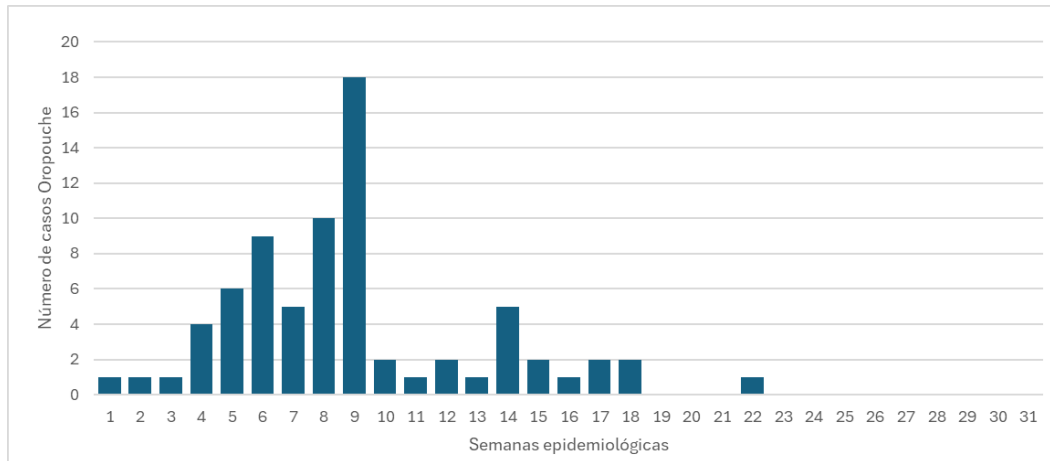
En cuanto a los casos de transmisión vertical que se encuentran bajo investigación en el país hasta el 25 de julio del 2024 se han identificado: un caso de muerte fetal y un aborto en el estado de Pernambuco y cuatro casos de recién nacidos (RN) con microcefalia, identificados por estudios retrospectivos en los estados de Acre y Pará. La información detallada sobre estos casos se encuentra disponible en la Alerta Epidemiológica sobre Oropouche en la Región de las Américas: evento de transmisión vertical bajo investigación en Brasil del 17 de julio del 2024, y está disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-evento-transmision-vertical-bajo> (5).

Adicionalmente, el 30 de julio del 2024, el CNE de Brasil informó a la OPS/OMS que se está investigando otros tres posibles casos de transmisión vertical y sus consecuencias en el estado de Pernambuco, correspondientes a tres muertes fetales, en los municipios de Ipojuca, Recife y Sirinhaém. En uno de estos casos se detectó genoma del virus Oropouche en muestras de tejidos y sangre del feto mediante técnica de RT-PCR y los dos casos restantes continúan en investigación (2).

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche en tres departamentos del país: Amazonas (n=70), Caquetá (n=1), y Meta (n=1), adicionalmente se identificaron dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron

identificados mediante una estrategia retrospectiva de búsqueda de casos por laboratorio implementada por el Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) a partir de la vigilancia de dengue (n=38) y por investigación de síndromes febriles (n=36). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51,4% (n=38) corresponden a casos de sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 10 a 19 años con el 36,5% (n=27) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por OROV (6).

Figura 4. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Colombia, 2024.

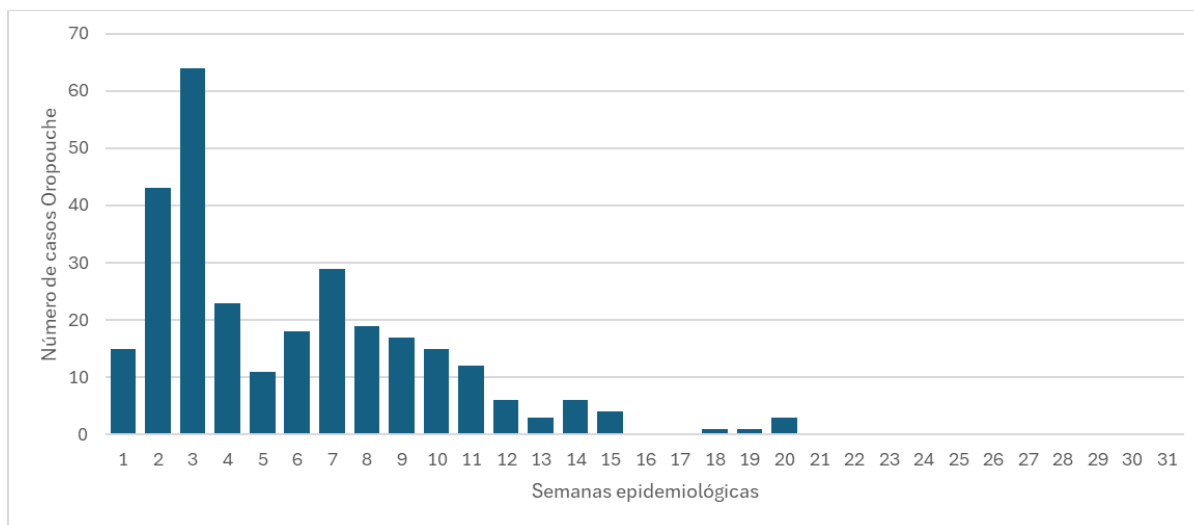


Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Colombia. Comunicación recibida el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito (6).

En **Cuba**, el 27 de mayo el Ministerio de Salud Pública de Cuba notificó el primer brote de la enfermedad por el virus de Oropouche. Se notificaron 74 casos confirmados en las provincias de Santiago de Cuba (n=54) y Cienfuegos (n=20). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 50% (n=38) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 15 a 19 años con el 16% (n=12) de los casos. No se han reportado defunciones que pudiesen estar asociados a la infección por OROV (7).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 29 del 2024, se han notificado 290 casos confirmados de Oropouche en cinco departamentos, siendo el mayor número de casos reportados a la fecha en este país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n=193), Madre de Dios (n=47), Ucayali (n=41), Huánuco (n=8) y Tumbes (n=1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 52% (n=150) corresponde al sexo masculino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 40% (n=115) de los casos (8, 9).

Figura 5. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Perú, 2024.



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú. Información de correo electrónico del 30 de julio del 2024. Lima; 2024. Inédito (9).

Orientaciones a los Estados Miembros

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) reitera a los Estados Miembros las recomendaciones sobre diagnóstico y manejo clínico, diagnóstico por laboratorio, prevención y control vectorial de la enfermedad por el virus de Oropouche; así como las recomendaciones específicas relacionadas a posibles casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal asociadas a infección por OROV.

Así mismo, con el fin de contribuir en la generación de conocimiento sobre esta enfermedad se solicita a los Estados Miembros a que notifiquen todo evento inusual relacionado a la misma, incluido las defunciones asociadas a la infección por OROV, así como los casos de posible transmisión vertical y sus consecuencias.

Diagnóstico y manejo clínico

Posterior a un periodo de incubación de 5 a 7 días los pacientes experimentan fiebre alta, cefalea con fotofobia, mialgias, artralgias y, en algunos casos, exantemas. En ciertos pacientes, los síntomas pueden incluir vómitos y hemorragias, manifestándose en forma de petequias, epistaxis y sangrado gingival. Generalmente, la infección se resuelve en un lapso de 2 a 3 semanas (11).

En situaciones excepcionales, el OROV puede provocar meningitis o encefalitis. En estos casos, los pacientes muestran síntomas y signos neurológicos como vértigo, letargia, nistagmos y rigidez de nuca. El virus puede ser detectado en el líquido cefalorraquídeo (LCR) (11).

Durante la primera semana de la enfermedad, el principal diagnóstico diferencial es la infección por dengue. En la segunda semana de la enfermedad, el diagnóstico clínico diferencial debería considerar la posibilidad de meningitis y encefalitis (11).

Actualmente, no se disponen de vacunas ni medicamentos antivirales específicos para prevenir o tratar la infección por OROV. El enfoque del tratamiento es paliativo, centrado en aliviar el dolor, rehidratar al paciente y controlar cualquier vómito que pueda presentarse. En situaciones donde la enfermedad se manifieste de forma neuroinvasiva, será necesario el ingreso del paciente en unidades especializadas que permitan un monitoreo constante (11).

Diagnóstico y vigilancia por laboratorio

Las orientaciones sobre el diagnóstico y vigilancia por laboratorio de arbovirus emergentes, incluyendo OROV, se detallan en las “**Directrices para la Detección y Vigilancia de Arbovirus Emergentes en el Contexto de la Circulación de Otros Arbovirus**” y “**Directrices para la Detección y Vigilancia de Oropouche en posibles casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal**” (12, 13).

Prevención y control vectorial

El OROV se transmite al ser humano principalmente a través de la picadura del jején *Culicoides paraensis* que está ampliamente distribuido en la Región de las Américas. Otros vectores como el mosquito *Culex quinquefasciatus* pueden transmitir el OROV, pero son considerados de importancia secundaria (14).

La proximidad de criaderos de los vectores a los lugares de habitación humana es un factor de riesgo importante para la infección por OROV. Las medidas de control vectorial se enfocan en la reducción de las poblaciones de los vectores mediante la identificación y eliminación de los lugares de desarrollo y reposo de ellos. Estas medidas incluyen (15-17):

- Fortalecer la vigilancia entomológica para la detección de especies con potencial capacidad vectorial.
- Mapear las áreas urbanas, periurbanas y rurales, con condiciones para el desarrollo de los potenciales vectores.
- El fomento de buenas prácticas agrícolas para evitar la acumulación de residuos que sirvan de sitios de reproducción y reposo.
- El rellenado o drenaje de colecciones de agua, charcas o sitios de anegación temporal que pueden servir como sitios de oviposición de las hembras y criaderos de larvas de los vectores.
- Eliminación de la maleza alrededor de los predios para disminuir los sitios de reposo y refugio de los vectores.

Adicionalmente se deben tomar medidas para prevenir la picadura de los vectores, las cuales se refuerzan en el caso de las mujeres embarazadas. Entre estas medidas se encuentran (15, 16):

- Protección de viviendas con mosquiteros de malla fina en puertas y ventanas, de esta manera también se previenen otras arbovirosis.

- Uso de prendas que cubran las piernas y brazos, sobre todo en casas donde existe alguien enfermo.
- Uso de repelentes que contienen DEET, IR3535 o icaridina, los cuales se pueden aplicar en la piel expuesta o en ropa de vestir, y su uso debe estar en estricta conformidad con las instrucciones de la etiqueta del producto.
- Uso de mosquiteros impregnados o no con insecticidas para quienes duermen durante el día (por ejemplo, mujeres embarazadas, bebés, personas enfermas o postradas en cama, ancianos)
- En situaciones de brote se deben evitar las actividades al aire libre durante el periodo de mayor actividad de los vectores (al amanecer y atardecer).
- En el caso de personas con mayor riesgo de picadura como trabajadores forestales, agrícolas etc. Se recomienda el uso de prendas que cubran las partes expuestas del cuerpo, así como el uso de los repelentes previamente mencionados.

Finalmente, tomando en cuenta las características ecológicas de los principales vectores de OROV, es importante considerar que la decisión de llevar a cabo actividades de control vectorial con insecticidas depende de los datos de la vigilancia entomológica y las variables que pueden condicionar un incremento en el riesgo de transmisión. En áreas de transmisión, la fumigación con insecticidas puede ser una medida adicional, especialmente en áreas urbanas y periurbanas, cuando sea técnicamente recomendable y factible.

Referencias

1. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Estado Plurinacional de Bolivia. Comunicación recibida el 30 julio del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito
2. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicaciones recibidas el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Brasilia; 2024. Inédito
3. Ministério da Saúde do Brasil, Centro de Operação de Emergências. Informe Semanal nº 21 – Centro de Operações de Emergências – SE 26 - 3 de Julho de 2024. Brasilia; COE; 2024. Disponible en portugués en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-no-21.pdf/view>
4. Bandeira, A, Barbosa, A, Souza, M, Saavedra, R, Pereira F, Santos S, et al. Clinical profile of Oropouche Fever in Bahia, Brazil: unexpected fatal cases. SciELO Preprints. 2024-07-16 (version 1);2024. Disponible en inglés en: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.9342>
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica sobre Oropouche en la Región de las Américas: evento de transmisión vertical bajo investigación en Brasil, 17 de julio del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-evento-transmision-vertical-bajo>
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Comunicación recibida el 30 de julio del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito
7. Organización Mundial de la Salud. Noticias sobre brotes de enfermedades, Oropouche virus disease in Cuba, 11 June 2024. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en inglés en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON521>
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades de Perú. Indicadores de Riesgo Epidémico Sala virtual de situación de salud. Lima: CDC Perú; 2024. [citado el 26 de julio del 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/salasituacional/sala/index/salasit_dash/143
9. Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Perú. Información de correo electrónico del 30 de julio del 2024. Lima; 2024. Inédito.
10. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Oropouche en la Región de las Américas, 9 de mayo del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-9-mayo-2024>
11. Organización Panamericana de la Salud. Instrumento para el diagnóstico y la atención a pacientes con sospecha de arbovirosis. Washington, D.C.: OPS; 2016. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31448>
12. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para la detección y vigilancia de arbovirus emergentes en el contexto de la circulación de otros arbovirus, 18 de abril del 2024.

Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/directrices-para-deteccion-vigilancia-arbovirus-emergentes-contexto-circulacion-otros>

13. Organización Panamericana de la Salud. Directrices para la Detección y Vigilancia de Oropouche en posibles casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/documentos/directrices-para-deteccion-vigilancia-oropouche-posibles-casos-infeccion-vertical>
14. Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review. *Viruses*. 2018; 10(4):175. Disponible en inglés en: <https://doi.org/10.3390/v10040175>
15. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Criaderos de *Culicoides paraensis* y opciones para combatirlos mediante el ordenamiento del medio. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1987. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17928>
16. Organización Mundial de la Salud. Vector control. Methods for use by individuals and communities. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en inglés en:
<https://www.who.int/publications/i/item/9241544945>
17. Harrup L, Miranda M, Carpenter S. Advances in control techniques for *Culicoides* and future prospects. *Vet Ital*. 2016;52(3-4):247-264. Disponible en inglés en:
<https://doi.org/10.12834/vetit.741.3602.3>