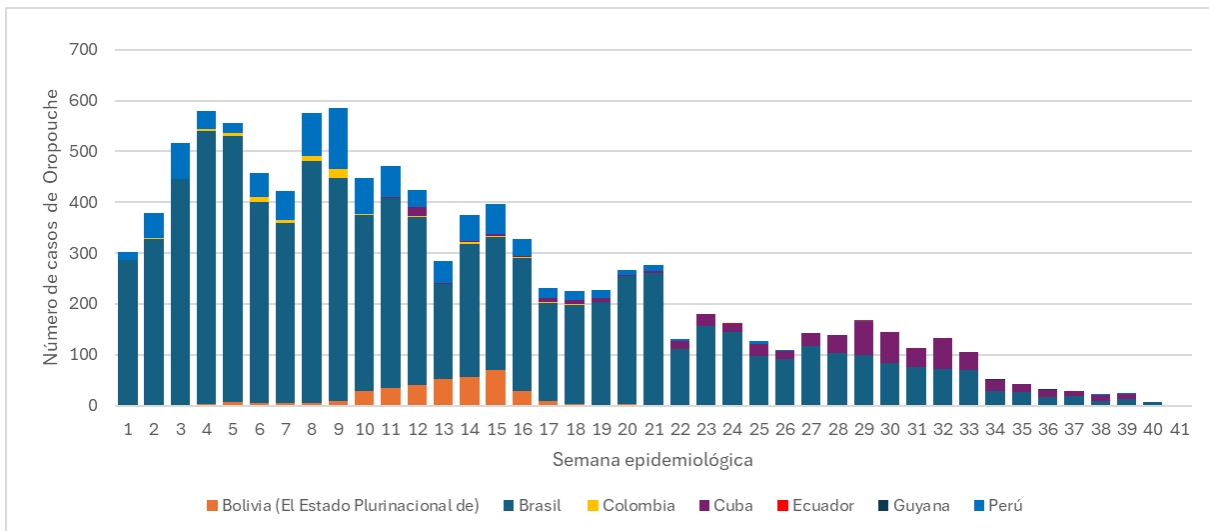


Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 40 del 2024, se notificaron 10.275 casos confirmados de Oropouche, incluidas dos defunciones en la Región de las Américas. Los casos confirmados se reportaron en nueve países de la Región de las Américas: Bolivia (Estado Plurinacional de) (n= 356 casos), Brasil (n= 8.258 casos, incluidas dos defunciones), Canadá (n= 2 casos importados), Colombia (n= 74 casos), Cuba (n= 555 casos), Ecuador (n= 2 casos), los Estados Unidos de América (n= 90 casos importados), Guyana (n= 2 casos) y Perú (n= 936 casos) (**Figura 1**) (1-13). Adicionalmente, se han reportado casos importados de Oropouche en países de la Región Europea (n= 30 casos) (14-17).

Desde la Actualización Epidemiológica de Oropouche de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) publicada el 6 de septiembre del 2024 (18) se notificaron 423 casos de Oropouche adicionales en siete países de la Región: Brasil (n= 327 casos), Canadá (n= 1 caso importado), Cuba (n= 49 casos), Ecuador (n= 2 casos), Estados Unidos (n= 69 casos importados), Guyana (n= 2 casos) y Perú (n= 6 casos) (1-13). Dos nuevos países en la Región de la Américas informaron casos por primera vez: Ecuador y Guyana (9, 12).

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



Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13).

En cuanto a los casos en investigación de transmisión vertical de la infección por el virus Oropouche (OROV) y sus consecuencias, se han notificado casos en Brasil y Cuba. Brasil

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 15 de octubre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024.

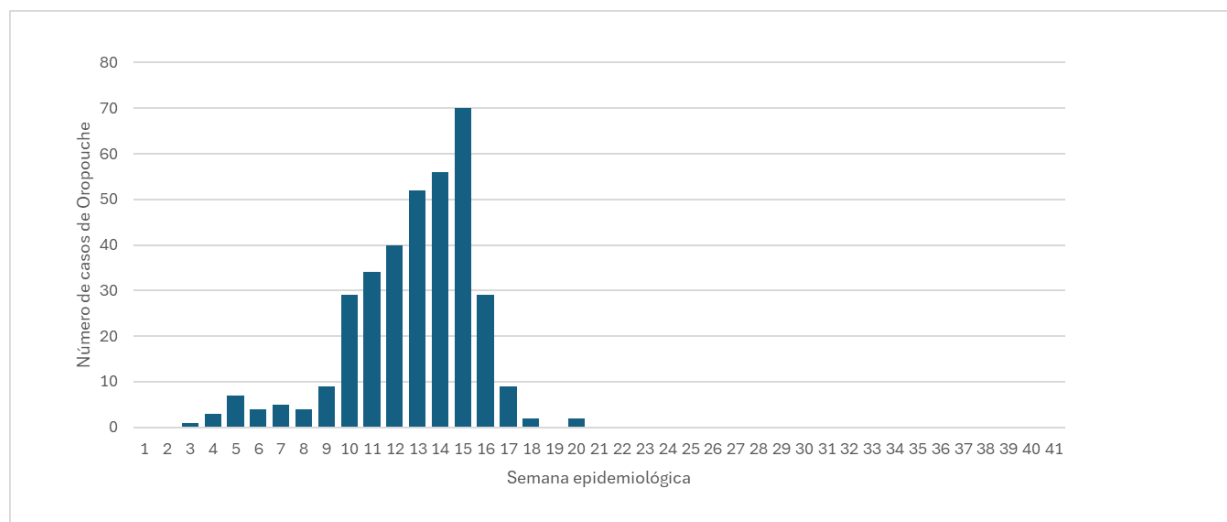
notificó 13 casos de muertes fetales, tres abortos y cuatro casos de anomalías congénitas (3) y Cuba en el mes de septiembre confirmó un caso de anomalía congénita (8).

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

En **Bolivia**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 356 casos de Oropouche confirmados por laboratorio¹ mediante la técnica de biología molecular (RT-PCR) (1, 2). Se ha registrado 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 (1, 2).

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 10 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 (n= 2 casos) y DENV-2 (n= 8 casos) (1, 2).

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



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Ministerio de Salud y Deportes Bolivia - Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas – Componente Arbovirosis. Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental. La Paz; 2024. Inédito (1, 2).

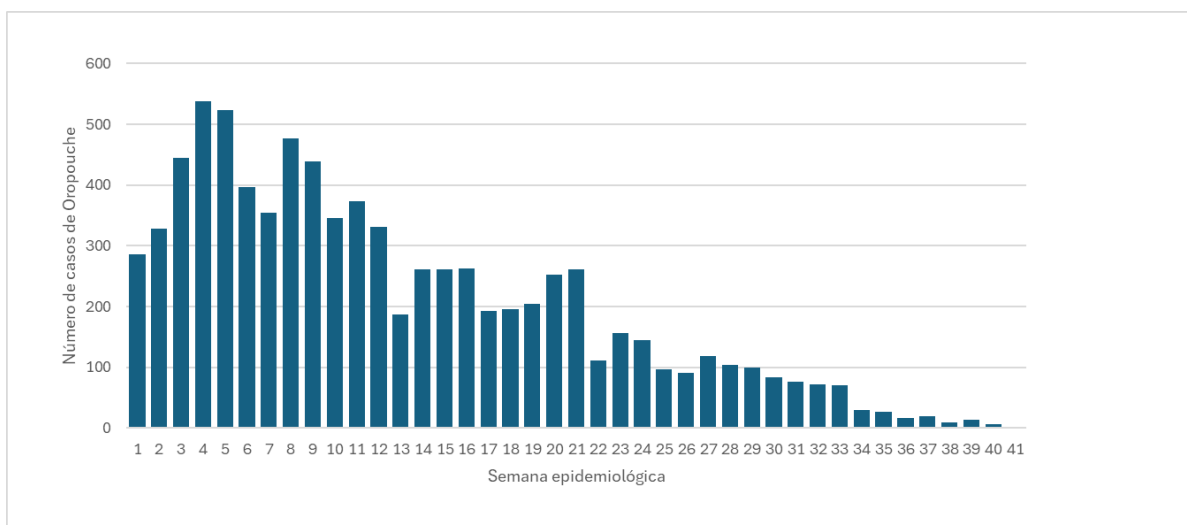
¹ El Estado plurinacional de Bolivia cuenta con definición de caso sospechoso y caso confirmado. La definición de **caso sospechoso de Oropouche** es la siguiente: Toda persona que reside o ha visitado en los últimos 14 días áreas de transmisión o con antecedente de brote de Oropouche y que presenta al menos uno o más de los siguientes signos y síntomas: fiebre mayor o igual a 38°C, cefalea intensa, escalofríos, artralgias, falta de apetito, mialgias, fotofobia, mareos, dolor lumbar, dificultad para caminar. La definición de **caso confirmado de Oropouche** es: todo caso sospechoso de Oropouche con resultado positivo a OROV en una prueba laboratorial RT-PCR en tiempo real (1).

Respecto a la tendencia de los casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica, se observa que presenta una tendencia ascendente desde la SE 10 hasta la SE 15 con el mayor número de casos alcanzado (n= 70). Posterior a esto no se observan nuevos casos de Oropouche a partir de la SE 20 en Bolivia (figura 2) (1, 2).

En **Brasil**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024 se han notificado 8.258 casos de Oropouche confirmados² por laboratorio, incluidas dos defunciones. La mayoría de los casos han tenido como lugar probable de infección municipios de los estados del norte, sin embargo, a la fecha se registran casos en 22 de los 27 estados del país. La región amazónica, considerada endémica para Oropouche, concentra el 70% de los casos registrados en el país con los siete estados notificando casos: Amazonas (n= 3.231), Rondônia (n= 1.710), Acre (n= 272), Roraima (n= 276), Pará (n= 137), Amapá (n= 126) y Tocantins (n= 8) (3, 4).

Adicionalmente, se ha documentado la transmisión autóctona en 15 estados no amazónicos, algunos de los cuales no habían reportado casos previamente: Bahía (n= 889), Espírito Santo (n= 504), Ceará (n= 232), Minas Gerais (n= 195), Santa Catarina (n= 179), Pernambuco (n= 143), Rio de Janeiro (n= 116), Alagoas (n= 115), Sergipe (n= 34), Maranhão (n= 33), Piauí (n= 30), Mato Grosso (n= 18), Sao Paulo (n= 8), Mato Grosso do Sul (n=1) y Paraíba (n= 1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 60% (n= 4.284) corresponden al sexo masculino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 20 a 29 años con el 21% (n= 1.750) de los casos notificados (3, 4).

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. Comunicación recibida el 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Brasília; 2024. Inédito (3, 4).

² Brasil cuenta con definición de caso confirmado. La definición de **caso confirmado de Oropouche** es la siguiente: cualquier caso con diagnóstico de laboratorio de infección por OROV. El diagnóstico de laboratorio de infección por OROV, preferiblemente mediante pruebas directas (biología molecular o aislamiento viral), y cuyos aspectos clínicos y epidemiológicos (es decir, exposición en una región endémica o con un brote/epidemia o exposición a situaciones de riesgo en zonas periurbanas, forestales, rurales o salvajes) son compatibles con la aparición de la enfermedad. Las detecciones por serología (ELISA IgM) deben ser cuidadosamente evaluadas, especialmente en áreas con detecciones aisladas y alta incidencia y prevalencia de otros arbovirus (3).

En relación con la tendencia de los casos de Oropouche por SE, en Brasil se observa que la mayor proporción de casos de Oropouche se registró durante los dos primeros meses del 2024, presentando el mayor número de casos en la SE 4, con 538 casos, registrándose posteriormente un descenso paulatino, que se ha mantenido hasta la SE 39 (**figura 3**) (3, 4).

En cuanto a las defunciones asociadas a Oropouche, el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil informó sobre dos defunciones asociadas a la infección por OROV, en el estado de Bahía³, y cuatro que se encuentran en investigación, una en el estado de Paraná, con probable lugar de infección en el estado de Santa Catarina³, una en Espírito Santo, una en Alagoas y una en Mato Grosso (3, 19, 20).

Adicionalmente, el 12 de agosto del 2024, Brasil reporto un caso de encefalitis asociada a OROV en un hombre residente del estado de Piauí⁴ (3, 18).

Respecto a los casos de transmisión vertical y sus consecuencias⁵ hasta la SE 40 del 2024 se han confirmado un caso de muerte fetal en Pernambuco (n= 1 caso) y un caso de anomalía congénita en Acre. En cuanto a los casos que se encuentran bajo investigación en el país se han identificado: 12 casos de muerte fetal en Pernambuco (n= 11 casos) y Ceará (n= 1 caso), tres casos de anomalía congénita en Acre (n= 2 casos) y Bahía (n= 1 caso) y tres abortos en Pernambuco (n= 3 casos) (3, 21).

En **Colombia**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 74 casos confirmados de Oropouche⁶ en tres departamentos del país: Amazonas (n=70), Caquetá (n=1), y Meta (n=1), a lo que se suma la identificación de dos casos procedentes de Tabatinga, Brasil. Los casos fueron identificados mediante una estrategia de búsqueda retrospectiva 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 asociadas a la infección por OROV (6, 7).

Se registraron seis casos de coinfección con dengue: en el departamento de Amazonas, cuatro en el municipio de Leticia (2 con DENV-1 y 2 con DENV-2) y uno en el municipio de Puerto Nariño (DENV-3) y en el departamento de Meta, uno en el municipio de Guamal (DENV-4) (6, 7).

³ La información detallada sobre estos casos se encuentra disponible en la Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas del 1 de agosto del 2024 de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-1-agosto-2024>

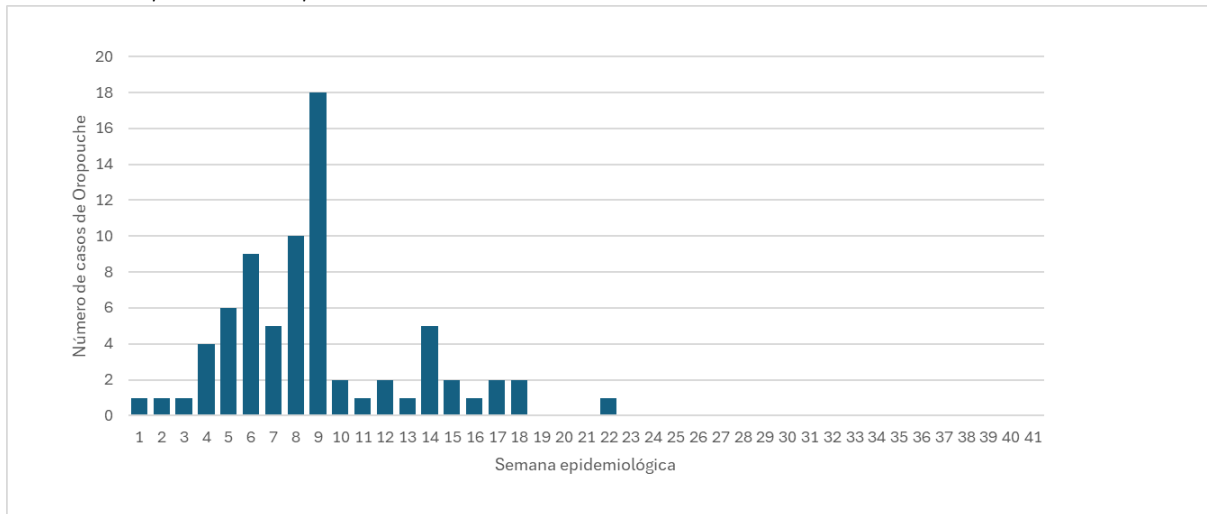
⁴ La información detallada sobre este caso se encuentra disponible en la Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas del 6 de septiembre del 2024 de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-6-septiembre-2024>

⁵ La información detallada sobre los casos reportados previamente 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>

⁶ Colombia cuenta con definición de caso confirmado únicamente. La definición de caso confirmado de Oropouche es la siguiente: Paciente con enfermedad febril aguda de 2 a 7 días de evolución acompañada por alguna de las siguientes manifestaciones: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, erupción cutánea exantema, con PCR positiva para OROV (6).

Respecto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias hasta el 3 de octubre del 2024 se han identificado dos casos de Oropouche en gestantes, ambas procedentes de Leticia, de 18 años (inicio de síntomas a las 29 semanas de gestación) y 22 años (inicio de síntomas a las 34 semanas de gestación). Ambas evolucionaron favorablemente y sus hijos nacieron sin complicaciones. Hasta la fecha, ninguno de los lactantes evidencia anomalías congénitas, síndromes neurológicos ni alteraciones del neurodesarrollo (6, 7).

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 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito (6).

En cuanto a la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, los casos mostraron un incremento a partir de la SE 4, alcanzando el mayor número en la SE 9 con 18 casos; el 57 % de los casos se presentó entre las semanas epidemiológicas 6 y 9. El último caso detectado corresponde a la semana 22. Posterior a este y en ejercicio de búsqueda por laboratorio, no se han confirmado nuevos casos tanto por la estrategia de vigilancia retrospectiva del Laboratorio Nacional de Referencia, como a través del reporte de labores de investigación (**figura 4**) (6, 7).

En **Cuba**, en mayo del 2024, muestras de 89 casos con síndrome febril inespecífico (SFI), procedentes de las provincias de Santiago de Cuba y Cienfuegos, donde se detectó un incremento súbito de casos de SFI de etiología desconocida, fueron procesadas por RT-PCR OROV por el laboratorio nacional de referencia del Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí" (IPK), confirmando la identificación de OROV en el 83 % (n= 74) de estas muestras. Desde esta primera identificación y hasta la SE 39 se notificaron 555 casos confirmados⁷ de Oropouche. Los casos continúan siendo identificados mediante la vigilancia de SFI, registrando casos en 109 municipios, de las 15 provincias del país. El 58% de los casos

⁷ **Cuba** cuenta con **definición de caso sospechoso y caso confirmado**. La definición de **caso sospechoso de Oropouche** es la siguiente: cualquier caso que presente fiebre de 38 o más y cefalea con uno o más de los siguientes síntomas: mialgias, artralgias, escalofríos, lumbalgia, fotofobia, con resolución del cuadro en dos a cuatro días, reporte laboratorio de IgM para dengue negativo, con antecedente de haber estado en una zona endémica o donde se hay registrado un incremento inusual de SFI. La definición de **caso confirmado de Oropouche** es la siguiente: cualquier caso con diagnóstico de laboratorio de infección por OROV.

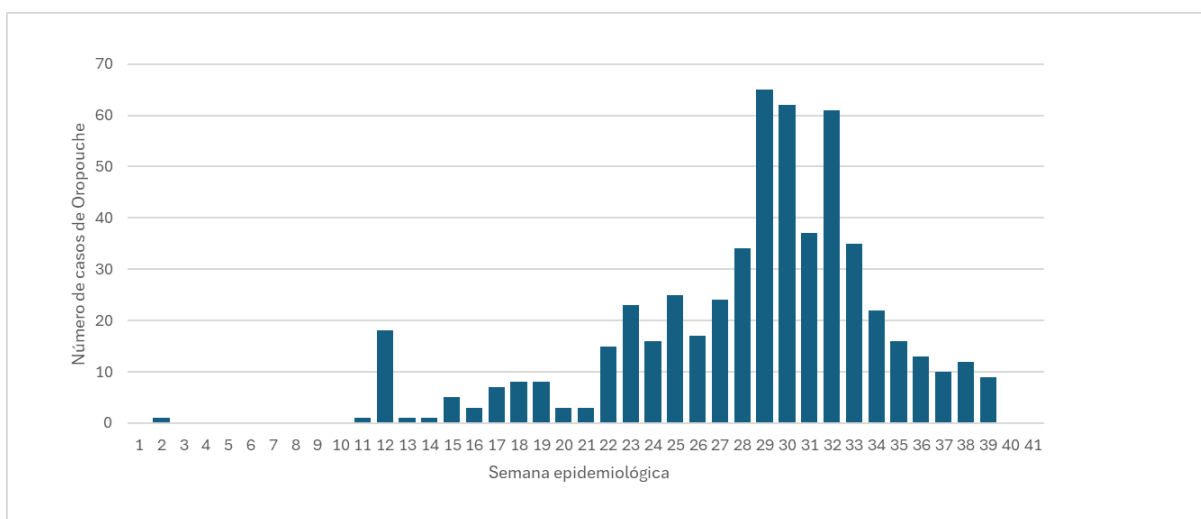
confirmados se registra en las provincias de La Habana (n= 170 casos), Santiago de Cuba (n= 74 casos), Pinar del Río (n= 41 casos) y Cienfuegos (n= 36 casos) (8, 22).

En cuanto a la distribución de los casos confirmados por sexo y grupo de edad, el 55% (n= 306) corresponden al sexo femenino y la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 19 a 54 años con el 53% (n= 297) de los casos (8).

El 19 de septiembre del 2024, Cuba informó sobre tres casos de Síndrome de Guillain Barré (SGB) asociados a OROV. Los tres casos presentaron inicio de síntomas en el mes de junio, dos personas de sexo femenino y uno masculino, con edades de 51, 53 y 64 años, residentes en la provincia de Santiago de Cuba, en los municipios San Luis (n= 1 caso) y Santiago de Cuba (n= 2 casos). En dos de los casos se tomaron muestras de suero, líquido cefalorraquídeo (LCR) y orina y en uno de ellos solo suero y LCR. A partir de las muestras de suero y LCR se realizó cultivo bacteriano y micológico resultando negativo en todos los casos. Para los tres tipos de muestra se aplicó RT-PCR múltiple DENV/ZIKV/CHIKV y RT-PCR OROV y en los tres casos las muestras de suero y LCR resultaron positivas a virus Oropouche (8, 23).

Respecto a la vigilancia de casos de transmisión vertical y sus consecuencias se han identificado siete casos de Oropouche en gestantes de las cuales dos han finalizado su gestación con recién nacido vivo sin identificación de anomalías congénitas. Por otra parte, se identificó tres casos de anomalía congénita del Sistema Nervioso Central, a través consulta de referencia nacional prenatal con sospecha de etiología infecciosa, de los cuales en uno se realizaron estudios virológicos, obteniendo un resultado positivo a OROV en sangre de corazón fetal, los dos casos restantes se encuentran en seguimiento y bajo investigación (8).

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



Fuente: Adaptado de los datos aportados por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Cuba. Comunicación recibida 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. La Habana; 2024. Inédito (8).

En cuanto a la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, se observa que el mayor número de casos se registró en la SE 29 (n= 65 casos),

para luego mantener durante cuatro semanas una notificación de más de 30 casos por semana y posteriormente un descenso que se ha mantenido hasta la SE 39 (**figura 5**) (8).

En **Ecuador**, en la SE 40 del 2024, se reportaron dos casos de Oropouche confirmados por laboratorio, los cuales fueron detectados a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue por parte del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). Los casos corresponden a un hombre y una mujer, de 62 y 36 años respectivamente, sin antecedentes de viaje, los casos presentaron síntomas el 11 de junio y el 17 de julio del 2024. El primer caso es residente en el cantón Caluma, en la provincia de Bolívar y el segundo es residente en el cantón Urdaneta, provincia de Los Ríos. Ninguno de los casos requirió hospitalización y se han recuperado completamente (9).

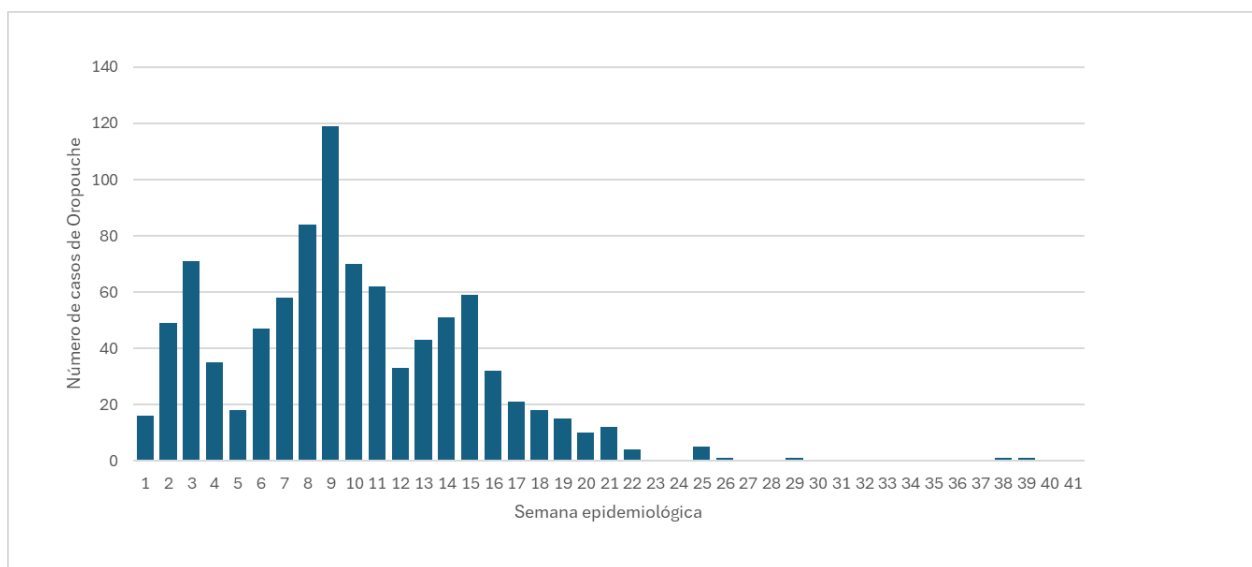
En **Guyana**, en la SE 37 del 2024, se reportaron dos casos confirmados por laboratorio de Oropouche, siendo la primera detección de esta enfermedad en el país. Los casos corresponden a dos mujeres de 47 y 42 años, sin antecedentes de viaje, los casos presentaron síntomas el 21 de agosto y el 2 de septiembre del 2024. Ambos casos habían residido en la misma área geográfica de la región de Mahaica-Berbice (Región N° 5), cerca del Océano Atlántico, durante al menos 14 días antes de la aparición de los síntomas. Los casos solicitaron atención médica en el Hospital Regional de Fort Wellington (Región n° 5), el primero el 24 de agosto del 2024 y el segundo el 3 de septiembre del 2024. Se recogieron muestras de sangre en las mismas fechas de atención, las cuales se enviaron al Laboratorio Nacional de Referencia en Salud Pública (NPHRL por sus siglas en inglés) para su análisis, conforme a las directrices nacionales de diagnóstico. Las pruebas de laboratorio por RT-PCR realizadas los días 3 y 7 de septiembre arrojaron resultados positivos para el OROV y negativos para dengue, Zika, chikungunya y Mayaro (12).

En **Perú**, entre la SE 1 y la SE 40 del 2024, se han notificado 936 casos confirmados de Oropouche⁸ en ocho departamentos del país. Los departamentos en donde se notificaron los casos confirmados son: Loreto (n= 466), Madre de Dios (n= 312), Ucayali (n= 138), Huánuco (n= 15), Junín (n= 2), Tumbes (n= 1), San Martín (n= 1) y Puno (n= 1). En cuanto a la distribución de los casos por sexo y grupo de edad, el 51% (n= 476) corresponde al sexo masculino, la mayor proporción de casos se registra en el grupo de edad de 30 a 39 años con el 37% (n= 348) de los casos. No se han registrado defunciones que pudiesen estar asociadas a la infección por OROV. No se tiene reporte de posible transmisión vertical de OROV (13).

Respecto de la tendencia de los casos de Oropouche por semana epidemiológica, se observa que los casos de Oropouche mostraron el mayor número de casos en la SE 9 con 119 casos, posteriormente presentó un descenso progresivo en el número de casos (**figura 6**) (13).

⁸ Bajo la Alerta Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas publicada por la OPS/OMS del 1 de agosto del 2024. El Ministerio de Salud de Perú ha realizado como estrategia de vigilancia epidemiológica, una búsqueda activa de Oropouche a través del diagnóstico diferencial a casos de dengue con resultado negativo durante el año.

Figura 6. Número de casos confirmados de Oropouche por semana epidemiológica de inicio de síntomas, Perú, 2024.

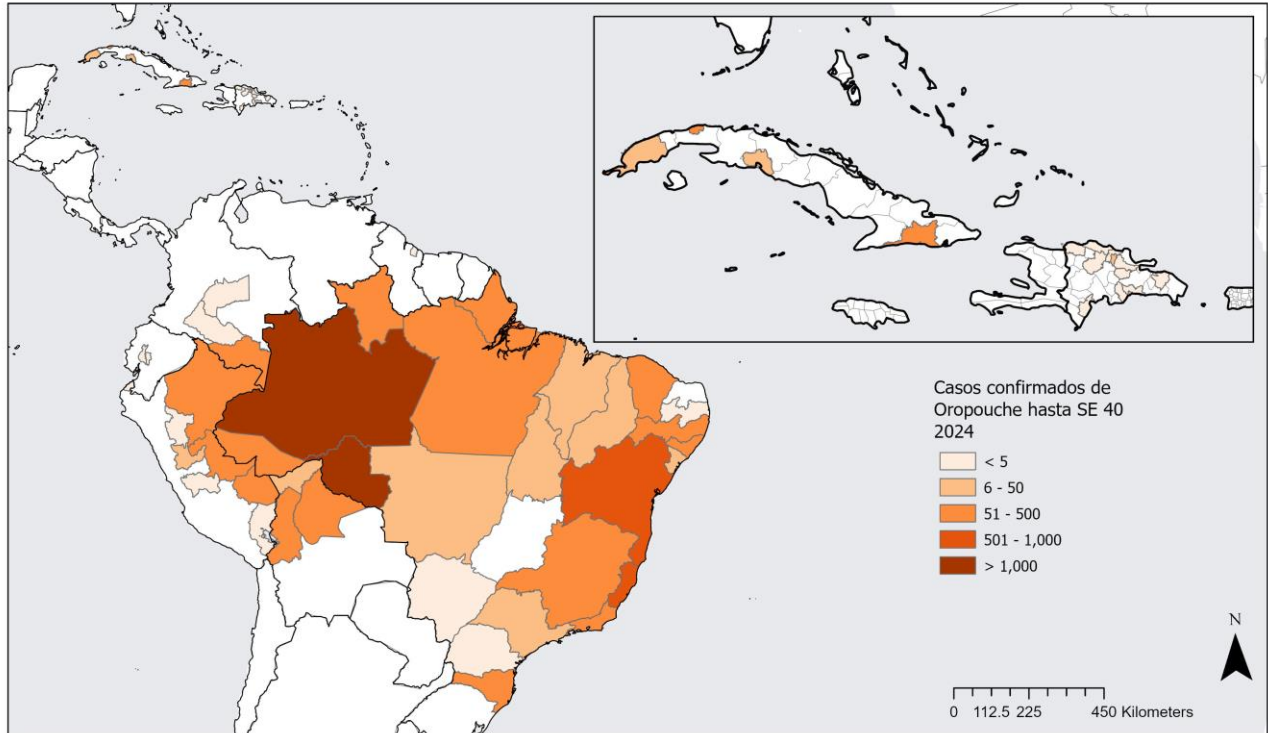


Fuente: Adaptado de los datos de Oropouche aportados por el Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 10 de octubre del 2024. Lima; 2024. Inédito (13).

En la **República Dominicana**, el 14 de octubre del 2024, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional, informó que el Laboratorio Nacional de Referencia Dr. Defillo, procedió a realizar pruebas adicionales mediante PCR-RT, a las muestras en los casos⁹ que se había detectado OROV, a partir del análisis retrospectivo efectuado en muestras negativas a dengue almacenadas en el Laboratorio Nacional de Salud Pública, que fueron reportados en la actualización epidemiológica de Oropouche de la OPS/OMS publicada el 6 de septiembre del 2024 (18). De los 33 casos que se habían identificado en agosto, solo en 10 se disponía de muestra de suero las cuales luego de ser procesadas, resultaron negativas, por lo que estos 10 casos han sido considerados como descartados para OROV. Los 23 casos restantes se mantienen como casos sospechosos y no confirmados, pendientes de análisis mediante pruebas serológicas. La mayoría de los casos sospechosos se registraron en la provincia de Hermana Mirabal (n= 6 casos) (24).

⁹No se cuenta con la definición de casos utilizada por la República Dominicana.

Figura 7. Distribución geográfica de casos confirmados acumulados de transmisión autóctona de Oropouche en la Región de las Américas, 2024.

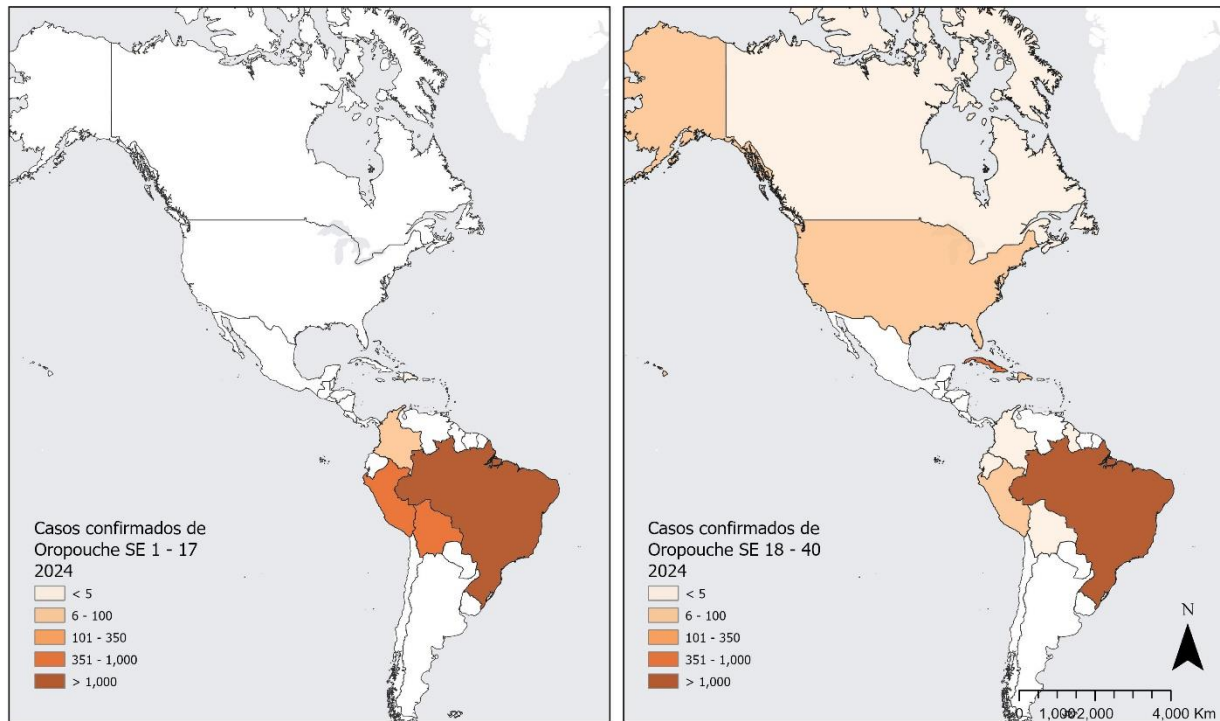


© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2024. Todos los derechos reservados.
Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.
Producción del mapa: OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE) Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

***Nota:** Los casos en la República Dominicana corresponden a casos sospechosos (24)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13, 24).

Figura 8. Distribución geográfica de casos de Oropouche de transmisión autóctona en la Región de las Américas SE 1-17 y SE 18-36, 2024.



© Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2024. Todos los derechos reservados. Las denominaciones empleadas en estos mapas y la forma en que aparecen presentados los datos que contienen no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. Producción del mapa: OPS Departamento de Emergencias en Salud (PHE) Información de Emergencias en Salud & Evaluación de Riesgo (HIM)

***Nota:** Los casos en la República Dominicana corresponden a casos sospechosos (24)

Fuente: Adaptado de los datos aportados por los respectivos países y reproducidos por la OPS/OMS (1-13, 24).

Casos importados en países no endémicos

En la Región de las Américas **Canadá** reportó en la SE 33 y la SE 38 la confirmación de dos casos de Oropouche, ambos con antecedente de viaje a Cuba (5).

Los **Estados Unidos** al 8 de octubre del 2024, reportó 90 casos importados de Oropouche, los cuales fueron notificados en los estados de Florida (n= 86 casos), California (n= 1 caso), Colorado (n= 1 caso), Kentucky (n= 1 caso) y en Nueva York (n= 1 caso). La mediana de edad de los casos fue de 51 años (rango = 6 a 94 años) y el 48% eran mujeres. En total, tres casos fueron hospitalizados, dos de los casos han presentado enfermedad neuroinvasiva, no se reportaron muertes y todos los casos tuvieron antecedente de viaje a Cuba (10, 11, 25).

Adicionalmente, entre las SE 23 y SE 39 del 2024, se han identificado 30 casos importados de Oropouche en tres países de la Región de Europa de la OMS: Alemania (n= 3 casos), España (n= 21 casos) e Italia (n=6 casos); 20 de estos casos tenían antecedente de viaje a Cuba y uno a Brasil. Estos casos corresponden a los primeros casos registrados en esta región (15-18).

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 casos de infección vertical, malformación congénita o muerte fetal asociadas a infección por OROV.

El brote actual resalta la necesidad de fortalecer las medidas de vigilancia epidemiológica y entomológica y de reforzar las medidas preventivas en la población.

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 (26).

Diagnóstico y manejo clínico

Posterior a un periodo de incubación de 4 a 8 días los pacientes presentan fiebre alta, cefalea intensa (generalmente localizada en la nuca), mialgias, artralgias, debilidad extrema (postración) y, en algunos casos pueden aparecer fotofobia, mareos, náuseas o vómitos persistentes y lumbalgia. La fiebre suele durar hasta 5 días. En ciertos pacientes, los síntomas pueden incluir vómitos, diarrea y hemorragias, manifestándose en forma de petequias, epistaxis y sangrado gingival. Generalmente, la infección se resuelve en un lapso de 2 a 3 semanas (27).

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) (27).

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 (27). Se reporta que hasta un 60% de los casos presentan recaídas de los síntomas en las semanas posteriores a la recuperación (27).

Actualmente, no se disponen de vacunas ni medicamentos antivirales específicos para prevenir o tratar la infección por OROV. El enfoque del tratamiento es sintomático, centrado en aliviar el dolor y la fiebre, hidratar o rehidratar al paciente y controlar el vómito. En situaciones donde la enfermedad se manifieste de forma neuroinvasiva, será necesario el ingreso del paciente en unidades especializadas que permitan un monitoreo constante (27).

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”** (28, 29).

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 (30).

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 (31-33):

- 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.

Información adicional sobre las medidas de control vectorial pueden ser consultadas en el documento de “**Orientaciones provisionales para la vigilancia entomológica y las medidas de prevención de los vectores del virus de Oropouche**” (34).

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 (31, 32):

- Protección de viviendas con mosquiteros de malla fina en puertas y ventanas¹⁰, 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.

¹⁰ Se recomienda que los orificios de la malla sean de dimensiones inferiores a 1,0 mm, debido a que el tamaño medio de la hembra de *Culicoides paraensis*, considerado como el principal vector implicado en la transmisión del OROV, es de 1 a 1,5 mm.

- 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 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. La Paz; 2024. Inédito.
2. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Reporte Epidemiológico de Oropouche, Semana Epidemiológica (S.E.) 40 del 2024, Programa Nacional de Vigilancia de Enfermedades Endémicas y Epidémicas– Componente Arbovirosis, Unidad de Vigilancia Epidemiológica y Salud Ambiental. La Paz; 2024. Inédito.
3. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicaciones recibidas el 30 de julio, el 5 de septiembre y el 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Brasilia; 2024. Inédito
4. Ministério da Saúde do Brasil, Painel Epidemiológico. Brasilia; COE; 2024 [consultado el 10 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/painel-epidemiologico>.
5. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Información de correo electrónico del 10 de octubre del 2024. Ottawa; 2024. Inédito.
6. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Colombia. Comunicación recibida el 10 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Bogotá; 2024. Inédito.
7. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Boletín Epidemiológico Semanal. Semana epidemiológica 38, 15 al 21 de septiembre de 2024. Bogotá: INS; 2024 [consultado el 7 de octubre del 2024]. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024 Boletin epidemiologico semana 38.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2024%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2038.pdf).
8. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Cuba. Comunicación recibida el 6 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. La Habana; 2024. Inédito.
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Ecuador. Comunicación recibida el 11 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Quito; 2024. Inédito.
10. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Estados Unidos de América. Comunicación recibida el 9 de octubre del 2024 mediante correo electrónico. Washington, D.C.; 2024. Inédito.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. 2024 Oropouche Outbreak. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 10 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/oropouche/outbreaks/2024/index.html>.
12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Guyana. Información de correo electrónico del 10 de octubre del 2024. Georgetown; 2024. Inédito.
13. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Perú. Información de correo electrónico del 10 de octubre del 2024. Lima; 2024. Inédito.
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief: Oropouche virus disease cases imported into the European Union – 9 August 2024. Stockholm; ECDC:

2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-oropouche-virus-disease-cases-imported-european-union>.
15. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Alemania. Información de correo electrónico del 5 de septiembre del 2024. Bonn; 2024. Inédito.
 16. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de España. Información de correo electrónico del 5 de septiembre del 2024. Madrid; 2024. Inédito.
 17. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Italia. Información de correo electrónico del 5 de septiembre del 2024. Roma; 2024. Inédito.
 18. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas, 6 de septiembre del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-oropouche-region-americas-6-septiembre-2024>.
 19. Ministério da Saúde do Brasil. Informe semanal sala nacional das arboviroses. SE 01/2024 a SE 40/2024 – 07 de outubro de 2024. Brasília; COE; 2024 [consultado el 14 de octubre del 2024]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/informe-semanal/informe-semanal-se-40-2024.pdf/view>.
 20. 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. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-oropouche-region-americas-1-agosto-2024>.
 21. 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>.
 22. Benitez A, Alvarez M, Perez L, Gravier R, Serrano S, Hernandez D, et al. Oropouche Fever, Cuba, May 2024. *Emerg Infect Dis*. 2024;30(10):2155-2159. Disponible en: <https://doi.org/10.3201/eid3010.240900>.
 23. De Armas Fernández JR, Peña García CE, Acosta Herrera B, Betancourt Plaza I, Gutiérrez de la Cruz Y, Resik Aguirre S, et al. Report of an unusual association of Oropouche Fever with Guillain-Barré syndrome in Cuba, 2024. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2024 Sep 14. doi: 10.1007/s10096-024-04941-5. Epub ahead of print. PMID: 39276271. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39276271/>.
 24. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la República Dominicana. Información de correo electrónico del 11 de octubre del 2024. Santo Domingo; 2024. Inédito.
 25. Morrison A, White J, Hughes H, Guagliardo S, Velez J, Fitzpatrick K, et al. Oropouche Virus Disease Among U.S. Travelers — United States, 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. ePub: 27 August 2024. Atlanta; CDC; 2024. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7335e1>.

26. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Evaluación de Riesgos para la salud pública relacionada con el virus Oropouche (OROV) en la Región de las Américas - 3 de agosto del 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/evaluacion-riesgos-para-salud-publica-relacionada-con-virus-oropouche-orov-region-0>.
27. 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>.
28. 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>.
29. 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>.
30. Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review. *Viruses*. 2018; 10(4):175. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/v10040175>.
31. 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>.
32. Organización Mundial de la Salud. Vector control. Methods for use by individuals and communities. Ginebra: OMS; 1997. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544945>.
33. 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: <https://doi.org/10.12834/vetit.741.3602.3>.
34. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones provisionales para la vigilancia entomológica y las medidas de prevención de los vectores del virus de Oropouche. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/61197/OPSCDEVT240009_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y.