

Fiebre de Oropouche

05 de septiembre de 2024

- entre el 1 de enero y el 20 de julio de 2024 se reportaron 8078 casos de infección por fiebre de Oropouche en Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba y Perú ([WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23](#))

02 de agosto de 2024

- en julio de 2024, se reportaron por primera vez 2 fallecimientos atribuidos a la fiebre de Oropouche en el estado de Bahía, Brasil. Desde entonces no se ha reportado ninguna otra muerte ([Pan American Health Organization 2024 July 24](#))
- se puede encontrar una revisión sobre la fiebre de Oropouche en [Lancet Infect Dis 2024 Jul](#)

Descripción General y Recomendaciones

Antecedentes

- La fiebre de Oropouche es por lo general una enfermedad febril aguda autolimitada causada por el [Virus de Oropouche](#), un miembro del género *Ortobunyavirus*.
- Es [endémica](#) de América Central y del Sur, particularmente en la región amazónica.
- Se han reportado [casos esporádicos y brotes](#) de diversos tamaños, con un total de > 500 000 casos.
- El virus de Oropouche [se transmite](#) principalmente por picaduras de jejenes, pero también posiblemente por mosquitos; no se ha demostrado la infección de persona a persona.
- El período de incubación es de 3-10 días.
- [Presentación clínica](#):
 - Los síntomas comunes incluyen fiebres y escalofríos, dolor de cabeza, mialgia y artralgia, mareos, fotofobia, náuseas y vómitos.
 - Puede haber una erupción.
 - La mayoría de las veces se presenta como una erupción maculopapular, aunque también se ha informado una erupción similar a la rubéola.
 - La erupción comúnmente comienza en el torso y se extiende a las extremidades superiores e inferiores.
 - Se han observado signos hemorrágicos, como sangrado gingival, petequias y epistaxis.
 - Los casos graves pueden haber asociado meningitis aséptica o meningoencefalitis, que ocurre más comúnmente en niños, personas con inmunodeficiencia o personas con interrupción previa de la barrera hematoencefálica.
- No se han reportado [muertes](#) antes de julio de 2024. Las primeras 2 muertes atribuidas a la fiebre de Oropouche se reportaron en Bahía, Brasil en julio de 2024.

- No se han reportado secuelas graves, pero la [recurrencia](#) de los síntomas es frecuente en el 60 %-70 % de los pacientes.

Evaluación

- El [diagnóstico](#) de la fiebre de Oropouche se confirma generalmente mediante pruebas **moleculares o** serológicas realizadas en pacientes con una presentación clínica compatible y factores de riesgo epidemiológicos.
- El aislamiento del virus se puede hacer, pero por lo general no se realiza.
- El análisis de sangre de rutina y el panel metabólico pueden mostrar leucopenia y aumento de las transaminasas hepáticas.
- En pacientes con meningitis/meningoencefalitis, los hallazgos del líquido cefalorraquídeo pueden incluir un aumento en los recuentos de glóbulos blancos (típicamente linfocitos o monocitos), un nivel de glucosa normal a ligeramente disminuido y un aumento de proteínas.

Tratamiento

- El [tratamiento](#) por lo general es de apoyo y se centra en el tratamiento de la fiebre y el alivio del dolor.
- Algunos pacientes pueden necesitar hospitalización.
- No hay medicamentos antivirales específicos disponibles para la fiebre de Oropouche.

Antecedentes

Descripción

- **La fiebre de Oropouche es una** enfermedad febril aguda generalmente autolimitada causada por el virus de Oropouche del género *Orthobunyavirus* [1, 2, 3](#)
- **Es** endémica de América Central y del Sur, particularmente en la región amazónica [1, 2, 3](#)
- **El virus de Oropouche** se transmite principalmente por picaduras de jejenes, pero es posible que también por mosquitos [1, 2, 3](#)

También se le denomina

- Infección por el virus de Oropouche
- Enfermedad por el virus de Oropouche

Epidemiología

Distribución geográfica

- América Central y del Sur
 - La mayoría de los casos se registran en Brasil [1,2,3,4](#)
 - También se han notificado brotes y/o infecciones esporádicas por el virus de Oropouche en
 - Argentina
 - Bolivia

- Colombia
- Ecuador
- Guyana Francesa
- Haití
- Perú
- Panamá
- Trinidad y Tobago
- Venezuela

Incidencia / Prevalencia

- Se han reportado casos y brotes esporádicos de diferentes tamaños (> 30 brotes con > 500 000 casos en total) [2.3](#)
- Es probable que no se reporten todos los casos porque la infección por el virus de Oropouche no se diagnostica debido a su naturaleza leve y autolimitada o porque se diagnostica de forma errónea al tener una presentación clínica similar a las enfermedades febriles causadas por otros arbovirus [1.2.4](#)
- La mayoría de los casos se presentan durante la temporada de lluvias (de enero a junio en Brasil).[3.4](#)
- [entre el 1 de enero y el 20 de julio de 2024 se reportaron 8078 casos de infección por fiebre de Oropouche, incluyendo 2 fallecidos, 1 muerte fetal, 1 aborto espontáneo y 4 casos de transmisión vertical con microcefalia en Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba y Perú \(WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23\).](#)
- [se han reportado 21 casos de infección por virus de Oropouche entre los viajeros que regresaron a los Estados Unidos desde Cuba hasta el 16 de agosto de 2024 \(MMWR 2024 Aug 27\).](#)
- **Epidemiología por países:**
 - **Brasil:**
 - [El virus de Oropouche es el segundo arbovirus más frecuente en Brasil después del virus del dengue \[2\]\(#\)](#)
 - Brotes más significativos:
 - [durante 2024 se han reportado 7284 casos de infección por virus de Oropouche, incluyendo 2 fallecidos, 1 muerte fetal, 1 aborto espontáneo y 4 casos de transmisión vertical con microcefalia en Brasil hasta el 20 de julio de 2024 \(WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23\).](#)
 - entre 2023 y 2024, se reportaron 1066 casos de infección por el virus de Oropouche en el estado de Amazonas, Brasil, con 199 casos entre diciembre de 2023 y el 4 de enero de 2024 ([Pan American Health Organization Epidemiological Alert 2024 Feb 2](#)).
 - un brote con un estimado de 18 000 casos en Magallanes Barata y Maracaná en 2006 ([J Clin Virol 2009 Feb;44\(2\):129](#))
 - brotes con un estimado de 102 000 casos en Belén en 1980, y 97 000 en Manaus en 1981 ([Ann N Y Acad Sci 1994 Dec 15;740:129](#))

- primer brote con un estimado de 11 000 casos en Belén en 1961 [2,3,4](#)
 - en 2016 se reportó por primera vez fiebre de Oropouche fuera de la región amazónica [2](#)
- Perú:
 - durante 2024 se han reportado 290 casos de infección por virus de Oropouche en Perú hasta el 20 de julio de 2024 ([WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23](#)).
 - desde 2016 hasta 2022 se han reportado 94 casos de infección por virus de Oropouche en Perú ([Pan American Health Organization Epidemiological Alert 2024 Feb 2](#)).
 - en 2016 se reportó un brote con 61 casos en Cusco ([Mem Inst Oswaldo Cruz 2017 Apr;112\(4\):292](#))
 - en un estudio retrospectivo de cohorte en 2016 se detectó el ARN del virus de Oropouche en el 26,4 % de las 496 muestras de suero de pacientes con enfermedad febril aguda en Piura ([BMC Res Notes 2020 Feb 10;13\(1\):67](#))
 - en un estudio retrospectivo de cohorte en 2016 se detectó el ARN del virus de Oropouche en el 17 % de las 268 muestras de sangre de 268 pacientes con enfermedad febril aguda en Huánuco ([Int J Infect Dis 2019 Jun;83:139](#))
- Bolivia: durante 2024 se han reportado 356 casos de infección por virus de Oropouche hasta el 20 de julio de 2024 ([WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23](#)).
- Cuba: durante 2024 se han reportado 74 casos de infección por virus de Oropouche hasta el 20 de julio de 2024 ([WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23](#)).
- Colombia:
 - durante 2024 se han reportado 74 casos de infección por virus de Oropouche hasta el 20 de julio de 2024 ([WHO Disease Outbreak News 2024 Aug 23](#)).
 - de 2019 a 2021 se reportaron 87 casos ([Pan American Health Organization Epidemiological Alert 2024 Feb 2](#))
- Ecuador: en 2016 se detectó el ARN del virus de Oropouche en muestras de sangre de 6 de los 194 pacientes con enfermedad febril en Esmeraldas, Ecuador en un estudio retrospectivo de cohorte ([PLoS Negl Trop Dis 2020 Jan;14\(1\):e0007897](#))
- Panamá: se reportó un brote de 1989 a 1990 [2,3,4](#)

Factores de riesgo

- Entre los factores de riesgo de la fiebre de Oropouche se encuentra residir o viajar a zonas endémicas [1, 2, 3, 4](#)
- Las poblaciones con mayor riesgo de manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) son: [2](#)
 - niños
 - personas con inmunodeficiencia

- personas con alteraciones previas de la barrera hematoencefálica

Afecciones asociadas

- **entre las** coinfecciones que se reportaron en 131 pacientes con fiebre de Oropouche en Perú en 2016 en un estudio retrospectivo de cohorte **encontramos:**
 - coinfección por el virus del dengue en 36 pacientes (27%)
 - coinfección por el virus Zika en 9 pacientes (7%)
 - coinfección por el virus de Chikunguña en 1 paciente
 - coinfección por el virus del dengue y el virus Chikunguña en 2 pacientes
 - coinfección por virus del dengue y virus Zika en 1 paciente
 - Referencia - [BMC Res Notes 2020 Feb 10;13\(1\):67](#)

Etiología y Patogénesis

Patógeno

- Virus de Oropouche (OROV): [1](#), [2](#), [3](#), [4](#)
 - **El OROV es un** arbovirus del serogrupo Simbu del género *Orthobunyavirus*, familia Peribunyaviridae, orden Bunyavirales.
 - Los virus del serogrupo Simbu presentan una gran diversidad genética, probablemente debido a divergencias en vectores, hospedadores y distribución geográfica.
 - Otras especies del serogrupo Simbu que afectan al ser humano son el virus Jatobal, el virus Iquitos, el virus Leanyer, el virus Oya y el virus Thimiri.
 - **El virión es** esférico y está envuelto en lípidos, con un diámetro de 80 a 120 nm.
 - **El OROV tiene un** genoma de ARN monocatenario de sentido negativo con 3 segmentos:
 - el segmento pequeño (S) codifica la proteína de la nucleocápside (N) y la proteína no estructural NSs
 - el segmento medio (M) codifica las glicoproteínas virales de superficie (Gn y Gc) y la proteína no estructural NSm
 - el segmento grande (L) codifica la ARN polimerasa dependiente de ARN (RdRp)
 - **El OROV se aisló** por primera vez en 1955 en un trabajador forestal febril de Trinidad.
- **Se han identificado** 4 genotipos de OROV, con una divergencia genética del 3 % al 6,8 % entre genotipos [2](#), [3](#), [4](#)
 - el genotipo I (el más extendido en Brasil) se encuentra en varios estados de Brasil, así como en Trinidad y Tobago.
 - el genotipo II se encuentra en Brasil y Perú.
 - el genotipo III se encuentra en Brasil y Panamá.
 - el genotipo IV se encuentra en la región amazónica de Brasil y Argentina.
- La recombinación genómica es un mecanismo importante para la biodiversidad y la evolución de los Orthobunyavirus [1](#), [2](#), [4](#)
 - **La recombinación genómica** puede ocurrir cuando 2 virus genéticamente relacionados infectan de forma simultánea la misma célula.

- El virus descendiente puede contener varias mezclas de segmentos genómicos de los virus parentales.
- La recombinación genómica ha dado lugar a la aparición de otros Orthobunyavirus.
- Se han identificado 3 OROV recombinados:
 - el virus de Iquitos (IQTV), que se aisló por primera vez en un paciente febril de Iquitos (Perú) en 1999 y causó brotes en 2005 y 2006 en Perú ([PLoS Negl Trop Dis 2011 Sep;5\(9\):e1315](#))
 - Virus Madre de Dios (MDDV), que se aisló por primera vez en un paciente febril de Madre de Dios (Perú) en 2007 ([J Gen Virol 2014 May;95\(Pt 5\):1055](#)).
 - El virus de Perdões (PDEV)

Transmisión

- el vector principal del virus de Oropouche es el mosquito *Culicoides paraensis* (familia Ceratopogonidae, orden Diptera) ^{1,2,3}
 - El rango exacto de hospedadores no se ha determinado, pero incluye principalmente a mamíferos y aves.
 - El *C. paraensis* se reproduce en hábitats húmedos y se ha reportado que es abundante durante los meses cálidos o lluviosos.
 - Tiene una amplia distribución geográfica y es capaz de sobrevivir y reproducirse en regiones semiurbanas.
 - Las picaduras son más frecuentes en interiores, tanto de día como de noche.



Imagen 1 de 2

Jején

Micrografía electrónica de barrido coloreada del mosquito, orden Diptera.

- Otros vectores incluyen: ^{2,3,4}
 - Especies de mosquitos:
 - *Culex quinquefasciatus* (en entornos urbanos)



Imagen 2 de 2

Culex quinquefasciatus

Mosquito Culex alimentándose en la piel humana

- *Coquillettidia venezuelensis* (en entornos selváticos)
- *Aedes (Ochlerotatus) serratus* (en entornos selváticos)
- otros mosquitos *Culicoides*

- Ciclo de transmisión: 1, 2, 3, 4
 - Ciclo urbano:
 - Los humanos son su principal reservorio.
 - El *Culicoides paraensis* es el vector principal, aunque los mosquitos *C. quinquefasciatus* también pueden estar implicados.
 - Ciclo selvático:
 - Los reservorios naturales incluyen aves silvestres o domésticas y mamíferos, como perezosos, primates no humanos y roedores.
 - Los vectores pueden incluir especies de mosquitos y jejenes *Culicoides*.
 - Los humanos pueden ser el vínculo entre los ciclos de transmisión.
- El virus de Oropouche puede estar circulando a niveles bajos en la fauna salvaje y en los reservorios humanos, y pueden producirse brotes cuando se producen trastornos medioambientales (como la deforestación o la pérdida de hábitat) o cambios en la comunidad (inmigración humana y/o animal) 1, 2, 3
- Actualmente no hay pruebas de transmisión directa de persona a persona 2, 4

Patogénesis

- El tiempo de incubación es de 3 a 8 días 1, 2, 3, 4
- Una viremia significativa está presente durante los primeros días tras la aparición de los síntomas. 2, 4
- El virus puede infectar y replicarse en células mononucleares de sangre periférica humana (PBMC) y puede inducir respuestas de interferón y citocinas inflamatorias ([Viruses 2020 Jul 21;12\(7\):doi:10.3390/v12070785](#)).
- El sistema nervioso central (SNC) puede verse afectado en casos graves.
 - El virus de Oropouche puede detectarse en el líquido cefalorraquídeo.
 - Entre los posibles mecanismos de penetración de la barrera hematoencefálica se encuentran:
 - El mecanismo del Caballo de Troya, en el que el virus se oculta en el interior de los fagocitos infectados y es transportado a través de la barrera hematoencefálica
 - Una invasión a través de las neuronas, sugerida por la acumulación de virus que se observa en las neuronas
 - Pueden inducirse respuestas inflamatorias del SNC y producirse el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa).
 - Referencias – 2, 4, [Front Neurosci 2021;15:674576](#)
 - Se ha informado que el virus de Oropouche es hepatotrópico en modelos animales, y puede estar asociado con enzimas hepáticas alteradas, pero no con la hepatitis en humanos 2

Respuesta inmunitaria

- La inducción de la vía del interferón de tipo I puede ser esencial para controlar la infección por el virus de Oropouche, lo cual: 2, 4

- implica la activación de la proteína mitocondrial de señalización antiviral (MAVS), los factores de transcripción reguladores del interferón (IRF) 3 y 7 y el receptor del interferón alfa/beta
- Es probable que se produzca principalmente en células no mieloides
- Se asocia con el control de la replicación del virus y la reducción del daño hepático y la muerte en modelos murinos
- el IRF-5 puede modular la respuesta antivírica del huésped en órganos periféricos, y puede contribuir a inhibir la neuroinvasión del virus de Oropouche ^{2, 4}

Historia clínica y Examen físico

Presentación clínica

- El tiempo de incubación es de 3 a 10 días ^{1, 2, 3, 4}
- Entre los síntomas de la fiebre de Oropouche se encuentra: ^{1, 2, 3, 4}
 - Fiebre
 - Escalofríos
 - Dolor de cabeza
 - Artralgia
 - Mialgia
 - Mareo
 - Fotofobia
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Anorexia
 - Malestar
 - Dolor epigástrico
 - Dolor retroorbitario
- Puede haber erupción cutánea:
 - El exantema maculopapular es la manifestación cutánea más común, aunque también se ha reportado la presencia de una erupción similar a la rubéola.
 - La erupción cutánea suele comenzar en el torso y extenderse hacia las extremidades superiores e inferiores, por lo general entre los días 3 y 6 de la fiebre, y resolverse al cabo de 2-3 días.
 - Referencia - [Australas J Dermatol 2021 Feb;62\(1\):27](#)
- Se han descrito signos hemorrágicos, como ^{2, 3}
 - Hemorragias espontáneas
 - Petequias
 - Epistaxis
 - Hemorragia gingival
- Pueden presentarse cuadros graves del sistema nervioso central. ^{2, 3}
 - Dichos cuadros son más frecuentes en niños, personas con inmunodeficiencia o personas con alteraciones previas de la barrera hematoencefálica.
 - Estas presentaciones pueden incluir meningitis aséptica o meningoencefalitis.

- Entre los signos y síntomas, se encuentran la cefalea intensa, los mareos, las náuseas, los vómitos, la rigidez en la nuca, el letargo, las convulsiones, la diplopía, el nistagmo y la ataxia.
- Se pueden encontrar informes de casos en:
 - [J Neurovirol 2021 Ago;27\(4\):626](#)
 - [Emerg Infect Dis 2019 Feb;25\(2\):380](#)

RESUMEN DEL ESTUDIO

además de fiebre, los síntomas comunes en pacientes con fiebre de Oropouche incluyen cefalea, mialgia, artralgia y náuseas/vómitos

ESTUDIO DE COHORTE: [BMC Res Notes 2020 Feb 10;13\(1\):67](#)

ESTUDIO DE COHORTE: [Emerg Infect Dis 2009 Dec;15\(12\):2063](#)

ESTUDIO DE COHORTE: [J Clin Virol 2009 Feb;44\(2\):129](#)

Detalles

Diagnóstico

Realización del diagnóstico

- El diagnóstico clínico es difícil porque la presentación clínica y los hallazgos de laboratorio rutinarios son inespecíficos. [2](#) [3](#)
- El diagnóstico suele confirmarse con pruebas moleculares o serológicas realizadas en pacientes con una presentación clínica y factores de riesgo epidemiológicos compatibles [1](#), [2](#), [3](#), [4](#)
 - Pruebas moleculares:
 - La detección de ARN viral confirma el diagnóstico, lo que por lo general es posible en muestras durante la primera semana de la enfermedad.
 - Las muestras de preferencia son las de suero o plasma.
 - Se han utilizado pruebas moleculares que detectan el segmento S o M del genoma viral.
 - La secuencia del segmento S también se encuentra en segmentos recombinados del virus Oropouche.
 - La secuencia del segmento M es la única para el virus de Oropouche.
 - Entre las opciones de pruebas moleculares se encuentran:
 - Reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR)
 - Secuenciación de nueva generación, que puede detectar nuevas secuencias genómicas cuando la amplificación convencional no es eficaz.
 - Pruebas serológicas:
 - Entre las opciones para el diagnóstico serológico se encuentran:
 - Ensayo inmunoenzimático de captura de anticuerpos IgM (MAC-ELISA)
 - Seroconversión de IgG mediante ELISA
 - Prueba de neutralización por reducción en placas (PRNT)
 - Enzimoimmunoanálisis (EIA) o enzimoimmunoanálisis en células cultivadas infectadas (EIA-ICC)
 - prueba de inhibición de la hemaglutinación (IH)

- prueba de fijación del complemento (CFT)
- La detección del antígeno del virus mediante inmunofluorescencia indirecta (IF) también puede confirmar el diagnóstico.
- Se puede hacer el aislamiento del virus, pero **por lo general** no se utiliza.
- Se dispone **de muy pocos** ensayos comerciales/estandarizados consistentes, y el rendimiento varía en los ensayos desarrollados internamente ^{1, 2, 3}
 - Los ensayos de inhibición **de la hemaglutinación** pueden detectar anticuerpos específicos mucho tiempo después de la infección, y por lo general se considera que tienen mayor sensibilidad, pero menor especificidad en comparación con otros ensayos serológicos.
 - El rendimiento de los ensayos de detección de IgM depende del estadio de la enfermedad, siendo preferibles las muestras recogidas en los 5 días posteriores al inicio de los síntomas.
 - El EIA que utiliza la proteína nucleocápside recombinante puede tener una alta sensibilidad y una alta especificidad en la detección de anticuerpos específicos del virus de Oropouche.
 - Un ensayo RT-PCR de un paso detectó ARN del virus de Oropouche en 28 de las 30 muestras de suero (93,3 %) recogidas el día 1-5 de la aparición de la enfermedad en 30 pacientes con fiebre de Oropouche confirmada mediante aislamiento del virus, mientras que un ensayo PCR anidado detectó ARN viral sólo en 8 muestras (26 %) ([J Clin Microbiol 2003 jul;41\(7\):3299](#)).
- Los análisis de sangre rutinarios y el panel metabólico pueden mostrar: ^{2, 3}
 - Leucopenia
 - Transaminasas hepáticas elevadas
- Los hallazgos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de personas con meningitis/meningoencefalitis aséptica pueden incluir: ^{2, 3}
 - Aumento del recuento de glóbulos blancos (normalmente linfocitos o monocitos)
 - Nivel de glucosa normal o ligeramente disminuido
 - Aumento de la densidad proteica

Diagnóstico diferencial

- Otras enfermedades endémicas febriles transmitidas por vectores en las mismas zonas geográficas, como: ²
 - [Dengue](#)
 - [Infección por el virus Chikunguña](#)
 - [Infección por el virus del Zika](#)
 - [Fiebre amarilla](#)
 - [Paludismo](#)

Tratamiento

Generalidades del tratamiento

- El tratamiento **es** por lo general de apoyo, centrado en el control de la fiebre y el alivio del dolor. ^{1, 2, 3}
- Algunos pacientes pueden necesitar hospitalización. ³

- La recurrencia de los síntomas es frecuente a las 2-3 semanas del inicio de la enfermedad y debe tratarse de forma similar con cuidados de apoyo ^{2,3}
- No se dispone de medicación antiviral específica a la fiebre de Oropouche. ^{1,2}
 - La ribavirina no mostró actividad antivírica contra el virus de Oropouche in vitro e in vivo ([Am J Trop Med Hyg 2006 Nov;75\(5\):1011](#)).
 - El interferón alfa tuvo una actividad limitada en la inhibición de la replicación del virus de Oropouche in vitro y sólo mostró un efecto protector contra el virus de Oropouche cuando se administró como profilaxis en un modelo murino ([Antiviral Res 2007 Aug;75\(2\):121](#)).

Complicaciones

- No se dispone de datos sobre los posibles efectos en el desarrollo fetal, aunque se han observado abortos espontáneos y efectos teratógenos en animales infectados por otros virus del serogrupo Simbu. ^{2,3}

Pronóstico

- No se han registrado fallecimientos **antes de julio de 2024**. ^{1,2,3}
- **En julio de 2024, las autoridades brasileñas reportaron por primera vez 2 muertes atribuidas al virus de Oropouche en el estado de Bahía, Brasil** ([Pan American Health Organization \(PAHO 2024 July 24\)](#)).
- La recuperación **suele ser** completa, sin secuelas incluso en casos graves, **aunque se ha informado la persistencia de mialgia y astenia que duran hasta 1 mes**. ^{1,4}
- **La** recurrencia de los síntomas **es** frecuente (notificada entre un 60 % y un 70 % de los pacientes) a las 2-3 semanas del inicio de la enfermedad, pero no está claro si indica recaída o reinfección. ^{2,3,4}

Prevención y Detección

Prevención

- Las estrategias de control de vectores pueden ayudar a prevenir las infecciones, como la reducción de las poblaciones de jejenes mediante la erradicación de los lugares de cría y las buenas prácticas agrícolas ²
- **Entre las** medidas de protección personal **para evitar las picaduras de jejenes y/o mosquitos encontramos:** ²
 - Uso de barreras mecánicas, como mosquiteros
 - Uso de dispositivos repelentes de insectos, como trampas de luz para insectos
 - Llevar ropa tratada con repelente de insectos
 - Aplicar repelentes de insectos
 - Véase también [Evitar la picadura de los mosquitos](#)
- Las personas que residan o viajen a regiones endémicas deben informarse sobre: ²
 - Las temporadas de alto riesgo de exposición
 - Las posibles repercusiones de las picaduras de jejenes en la salud humana
 - Las medidas de protección personal
- No hay ninguna vacuna disponible hasta agosto de 2024. ^{1,2}

Detección

- No se aplica.

Directrices y Recursos

Directrices

- No se han encontrado directrices relevantes sobre la "Fiebre de Oropouche" **el 1ero de agosto de 2024** en las búsquedas de MEDLINE mediante límite de directrices.

Artículos de Revisión

- se pueden encontrar revisiones en:
 - [Lancet Infect Dis 2024 Jul;24\(7\):e439](#)
 - [Virus Res 2024 Mar;341:199318 full-text](#)
 - [Virus 2018 abr 4;10\(4\):doi:10.3390/v10040175](#)
 - [Microbios Infect 2018 Mar;20\(3\):135](#)
 - [Am J Trop Med Hyg 2017 Mayo;96\(5\):1019](#)
- En [Australas J Dermatol 2021 Feb;62\(1\):27](#) se puede encontrar una revisión de las manifestaciones cutáneas de los brotes víricos.

Búsqueda en MEDLINE

- Para buscar en MEDLINE (Oropouche) con una búsqueda específica (Búsquedas Médicas), haga clic en [terapia](#), [diagnóstico](#) o [pronóstico](#).

Informaciones para los pacientes

- Folletos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades sobre:
 - [Cómo protegerse de las picaduras de mosquitos PDF](#) o en [español PDF](#)
 - [Protéjase de las picaduras de mosquito cuando viaje PDF](#) o en [español PDF](#)

Referencias

Referencias generales utilizadas

Las referencias que se enumeran a continuación se utilizan en este tema de DynaMed principalmente como apoyo a la información básica y como orientación cuando no se consideran necesarios los resúmenes de las pruebas. La mayoría de las referencias se incorporan al texto junto con los resúmenes de evidencia.

1. Wesselmann KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi L, et al. Emergence of Oropouche fever in Latin America: a narrative review. [Lancet Infect Dis 2024 Jul;24\(7\):e439-e452.](#)
2. Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review: A Review. [Viruses. 2018 Abr 4;10\(4\):doi:10.3390/v10040175.](#)
3. Romero-Alvarez D, Escobar LE. Oropouche fever, an emergent disease from the Americas. [Microbios Infect. 2018 Mar;20\(3\):135-146.](#)

4. Travassos da Rosa JF, de Souza WM, Pinheiro FP, et al. Oropouche Virus: Clinical, Epidemiological, and Molecular Aspects of a Neglected Orthobunyavirus. [Am J Trop Med Hyg. 2017 May;96\(5\):1019-1030.](#)

Sistema de Calificación de Recomendaciones Sintetizadas para el Contenido de DynaMed

- El Equipo de DynaMed supervisa sistemáticamente la evidencia clínica para proporcionar continuamente una síntesis de la evidencia relevante más válida para apoyar la toma de decisiones clínicas (ver [Metodología basada en la evidencia de 7 pasos](#)).
- Las recomendaciones de las directrices resumidas en el cuerpo de un tema de DynaMed se proporcionan con el sistema de clasificación de las recomendaciones utilizado en las directrices originales y permiten a los usuarios ver rápidamente en qué coinciden las directrices y en qué difieren entre sí y de la evidencia actual.
- En el contenido de DynaMed, sintetizamos la evidencia actual, las directrices actuales de las principales autoridades y la experiencia clínica para proporcionar recomendaciones que apoyen la toma de decisiones clínicas en la sección [Descripción general y Recomendaciones](#).
- Utilizamos el método [GRADE \(Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation\)](#) para clasificar las recomendaciones sintetizadas como Fuertes o Condicionales.
 - Las **recomendaciones fuertes** pueden utilizarse cuando, basándose en la evidencia disponible, los clínicos (sin conflictos de intereses) tienen sistemáticamente un alto grado de confianza en que las consecuencias deseables (beneficios para la salud, disminución de costes y cargas) superan a las consecuencias indeseables (daños, costes, cargas).
 - Las **recomendaciones condicionales** pueden utilizarse cuando, basándose en la evidencia disponible, los médicos creen que las consecuencias deseables e indeseables están finamente equilibradas, o existe una incertidumbre apreciable sobre la magnitud de las consecuencias esperadas (beneficios y daños).
 - Las **recomendaciones condicionales** pueden utilizarse cuando los médicos discrepan en sus juicios sobre los beneficios y daños relativos o tienen una confianza limitada en sus juicios.
 - Las **recomendaciones condicionales** también pueden utilizarse cuando la gama de valores y preferencias de los pacientes sugiere que es probable que los pacientes informados tomen decisiones diferentes.
- Las recomendaciones sintetizadas de DynaMed (en la sección [Descripción general y Recomendaciones](#)) se determinan con una metodología sistemática.
 - Las recomendaciones se etiquetan explícitamente como **Recomendaciones fuertes** o **Recomendaciones condicionales** cuando una organización cualificada ha deliberado explícitamente sobre la formulación de dicha recomendación.
 - Las recomendaciones se redactan en función de su fuerza.

- En las **Recomendaciones fuertes** se utiliza la expresión "debería hacer", que implica la expectativa de llevar a cabo la acción recomendada para la mayoría de los pacientes.
- Las **Recomendaciones condicionales** utilizan frases como "valorar" o "sugerir".
- Las recomendaciones son verificadas por ≥ 1 editor con experiencia metodológica, no involucrado en la redacción o desarrollo de las recomendaciones, con confirmación explícita de que las Recomendaciones fuertes están adecuadamente respaldadas.
- Las recomendaciones se publican sólo después de que se establece un consenso con acuerdo en la redacción y la fuerza de la recomendación por parte de todos los editores.
- Si las recomendaciones son cuestionadas durante la revisión por pares o después de su publicación por una persona cualificada, o si se justifica una reevaluación basada en nueva información detectada a través de la vigilancia sistemática de la literatura, la recomendación se somete a una revisión interna adicional.

Temas relacionados

- [Infecciones emergentes transmitidas por vectores](#)
- [Infección por el virus del chikunguña](#)
- [Dengue](#)
- [Resumen de Paludismo](#)
- [Fiebre Amarilla](#)
- [Infección por virus del Zika](#)

Traducido por la Lic. Caridad Karell Marín, del Grupo de Traducciones del CNICM.