



3422

Ord. B51 N° / _____

Mat.: Informa situación de oropouche en la Región de las Américas y el inicio del procesamiento de muestras en el ISP (dg diferencial).

Santiago,

10 DIC 2024

De : Subsecretaria de Salud Pública
Subsecretario de Redes Asistenciales

A : Secretarios Regionales Ministeriales de Salud
Directores de Servicios de Salud del país

El virus de oropouche (OROV) es del género *Orthobunyavirus*, pertenece a la familia *Peribunyaviridae* y a la especie *Orthobunyavirus oropoucheense*. Se transmite a través de los artrópodos; en Chile, **no hay registros** de presencia del principal vector *Culicoide paraensis*, no obstante, está descrita la presencia del potencial transmisor *Culex quinquefasciatus* en las regiones de Arica y Parinacota (Arica), Tarapacá (Huara, Iquique, Alto Hospicio y Pica) y Antofagasta (Antofagasta).

El OROV se transmite en un ciclo selvático, que involucra como reservorios a primates neotropicales (como monos capuchinos y aulladores), perezosos de tres dedos (*Bradypus tridactylus*) y algunas aves silvestres en zonas tropicales de América del Sur^{1,2}. Este ciclo selvático está sostenido por la participación de mosquitos como *Aedes serratus* y *Coquilleltidia venezuelensis*, adaptados a estos entornos naturales^{3,4}. Por su parte, en el ciclo urbano, las personas se infectan principalmente a través del vector *Culicoides paraensis*, un jején que es capaz de transmitir el virus a humanos en zonas densamente pobladas⁵⁻⁶. Aunque *Culex quinquefasciatus* ha sido identificado como un vector secundario en áreas urbanas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que puede estar asociado a la transmisión. Su rol es menor y depende de que estén presentes condiciones ambientales específicas, asociadas a climas tropicales y subtropicales, que favorezcan la replicación y transmisión del virus⁷.

El OROV se aisló por primera vez en isla Trinidad (Trinidad y Tobago) en 1955 y en 1961 se notificó en varios casos clínicos durante una epidemia en Brasil (Belém) que afectó a 11.000 personas. En 1989 se detectó en pacientes febriles en Panamá. En 1992, Perú registró su primera epidemia en la ciudad de Iquitos. Además, la vigilancia epidemiológica ha permitido detectar la circulación del OROV en países como Colombia, Ecuador y Bolivia en 2007, y Venezuela en 2016⁸. Se sospecha que la incidencia y la carga de la enfermedad están subestimadas, debido a que su presentación clínica es similar a otras arbovirosis¹.

Esta enfermedad produce un cuadro febril similar al dengue. Tiene un periodo de incubación de 4 a 8 días (rango 3 a 12 días). Generalmente inicia de manera súbita, con fiebre, cefalea, artralgia, mialgias, escalofríos y algunas veces con náuseas y vómitos que pueden ser persistentes por 5 a 7 días. En algunos

¹ Edeildo Ferreira da Silva-Júnior, Oropouche virus – The “Newest” invisible public enemy?, Bioorganic & Medicinal Chemistry, Volume 109, 2024, 117797, ISSN 0968-0896, <https://doi.org/10.1016/j.bmc.2024.117797>.
² Wessellmann KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi L, de Oliveira-Filho EF, Fischer C, de Lamballerie X, Drexler JF. Emergence of Oropouche fever in Latin America: a narrative review. Lancet Infect Dis. 2024 Jul;24(7):e439-e452. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00740-5. Epub 2024 Jan 25. PMID: 38281494.
³ Zhang Y, Liu X, Wu Z, Feng S, Lu K, Zhu W, Sun H, Niu G. Oropouche virus: A neglected global arboviral threat. Virus Res. 2024 Mar;341:199318. doi: 10.1016/j.virusres.2024.199318. Epub 2024 Jan 16. PMID: 38224842; PMCID: PMC10827532.
⁴ Edeildo Ferreira da Silva-Júnior, Oropouche virus – The “Newest” invisible public enemy?, Bioorganic & Medicinal Chemistry, Volume 109, 2024, 117797, ISSN 0968-0896, <https://doi.org/10.1016/j.bmc.2024.117797>.
⁵ Tilston-Lunel NL. Oropouche Virus: An Emerging Orthobunyavirus. J Gen Virol. 2024 Oct;105(9):002027. doi: 10.1099/jgv.0.002027. PMID: 39351896; PMCID: PMC11443551.
⁶ Wessellmann KM, Postigo-Hidalgo I, Pezzi L, de Oliveira-Filho EF, Fischer C, de Lamballerie X, Drexler JF. Emergence of Oropouche fever in Latin America: a narrative review. Lancet Infect Dis. 2024 Jul;24(7):e439-e452. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00740-5. Epub 2024 Jan 25. PMID: 38281494.
⁷ The Lancet Infectious Diseases. Oropouche fever, the mysterious threat. Lancet Infect Dis. 2024 Sep;24(9):935. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00516-4. Epub 2024 Aug 8. PMID: 39128474.
⁸ OPS. Alerta epidemiológica - Oropouche en la Región de las Américas - 2 de febrero del 2024.

casos, puede ocasionar meningitis aséptica. En la mayoría de los casos los pacientes se recuperan dentro de los 7 días, sin embargo, en otros, la recuperación puede ser entre 2 a 3 semanas⁹.

En la Región de las Américas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 y 40 del 2024, se notificaron 10.275 casos confirmados de OROV, incluidas 2 defunciones. Actualmente, los casos confirmados se reportaron en nueve países de la Región de las Américas: Brasil (n= 8.258 casos, incluidas 2 defunciones), Perú (n= 936 casos), Cuba (n= 555 casos), Bolivia (n= 356 casos), Colombia (n= 74 casos), Ecuador (n= 2 casos), Guyana (n= 2 casos), Estados Unidos de América (n= 90 casos importados) y Canadá (n= 2 casos importados). También se han reportado casos importados países de la Región Europea (n= 30 casos)¹⁰.

En febrero de 2024, la OPS alertó el aumento de casos de fiebre de OROV en los últimos meses en áreas de la Región de las Américas, especialmente en Brasil, Colombia y Perú, sumado a la intensa circulación de dengue reportada por varios de estos países. Ante ello, OPS emite recomendaciones para OROV para el diagnóstico diferencial con las arbovirosis, junto con el refuerzo de las medidas de control vectorial y de protección personal de la población a mayor riesgo¹.

Es importante señalar que el vector principal de OROV no se encuentra presente en Chile, misma situación con los reservorios animales principales, lo que limita la posibilidad de transmisión natural del virus en el país. La ausencia de esta especie reduce el riesgo de brotes autóctonos, aunque sigue siendo necesario monitorear cambios en la fauna o importaciones de especies que puedan alterar esta situación, además de la vigilancia de casos importados.

Debido a la presencia *Culex quinquefasciatus* en las regiones del norte del país, potencial vector para esta enfermedad, se implementará la vigilancia epidemiológica de OROV, anexa a la actual vigilancia de las arbovirosis (universal) y en los centros centinelas de febriles de las regiones del norte, como diagnóstico diferencial. En octubre de 2024, el Instituto de Salud Pública (ISP), centro de referencia de laboratorios, implementó la técnica de PCR para OROV. El objetivo de la vigilancia es detectar casos importados y aplicar medidas de control inmediatas y, de esa forma, evitar la transmisión autóctona en territorio nacional. Las definiciones operativas y el estudio de laboratorio se describen en el anexo. Estas indicaciones están en concordancia con la Resolución exenta 462 del 27/03/2024 que aprueba *Protocolo de vigilancia de casos febriles sin foco conocido para la detección temprana de arbovirosis y malaria*.

Medidas de prevención para viajeros para enfermedades transmitidas por mosquitos:

Antes de viajar, se sugiere: Informarse sobre el estado de los países de destino, en relación con la presencia de mosquitos vectores y agentes circulantes, de tal forma de conocer medidas de prevención (como vacunas requeridas en el país a visitar). Revise el país de destino en el sitio de "Salud del viajero" (Travelers' Health – <https://wwwnc.cdc.gov/travel>), CDC.

Durante el viaje, se sugiere: Como medida general, el método más eficaz para prevenir la transmisión de esta enfermedad a las personas es reducir la exposición humana a los mosquitos.

- Usar ropa larga y de colores claros que cubra la mayor extensión posible del cuerpo (pantalones largos, camisas manga larga).
- Usar repelente siguiendo las instrucciones del fabricante según concentración del principio activo y frecuencia de uso.
- Usar mallas mosquiteras, especialmente las impregnadas con insecticida (generalmente permetrina), ya sea para dormir (alrededor de la cama, hamaca) y revestir puertas y ventanas.
- Cuando sea posible, utilizar aire acondicionado en lugares cerrados.

⁹ Ministerio de Salud República de Argentina. Circular de Vigilancia epidemiológica Agosto 2024.

¹⁰ OPS. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas. Actualizado el 15 de octubre de 2024.

Después de viajar, se sugiere: Consultar en un establecimiento de salud si al regresar presenta un cuadro febril, asociado a otros síntomas como cefalea, erupción, náuseas, vómitos, diarrea o malestar general.

Solicitamos dar una amplia difusión a este documento. Saluda atentamente a Ud.,



Dr. Osvaldo Salgado Zepeda
Subsecretario Redes Asistenciales



Andrea Albagli Iruretagoyena
Subsecretaria Salud Pública

Distribución

- SEREMI Salud (16)
- Directores Servicios de Salud
- Director Instituto de Salud Pública
- Gabinete Ministra
- Gabinete Subsecretaría Redes Asistenciales
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública
- Oficina de Zoonosis y Vectores, DIPOL
- DIPRECE
- Departamento de Epidemiología
- Oficina de Partes

ANEXO: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OROPOUCHE
(SE AGREGA A LA VIGILANCIA DE ARBOVIROSIS Y FEBRILES SIN FOCO)

1. Definiciones operativas.

Caso sospechoso¹¹:

Paciente de cualquier edad que presente un cuadro febril con temperatura axilar mayor o igual a 37,8 °C, sin foco infeccioso conocido (*),

Y uno o más de los siguientes criterios:

- Cefalea
- Mialgia
- Artralgia
- Exantema o prurito
- Conjuntivitis o dolor retroocular
- Vómitos
- Sudoración profusa
- Manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, gingivorragia, prueba del torniquete positiva)
- Ictericia (sospecha de fiebre amarilla)

Y que tenga antecedente de viaje reciente (últimos 15 días) a países con circulación autóctona de virus de OROV.

Y que tenga una prueba de PCR negativa para arbovirus.

Caso confirmado: caso que cuenta con resultado positivo (PCR) para OROV, informado por el Instituto de Salud Pública (ISP).

2. Estudio de laboratorio en el ISP

Condiciones de las muestras:

Una muestra óptima para estudio de OROV en ISP por técnica molecular (PCR), debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cumplan con la definición de caso sospechoso (incluye un examen de arbovirosis negativo).
2. El tiempo entre la toma de la muestra y el inicio de los síntomas es hasta **5 días**.
3. **Cumplir con el volumen requerido:**
 - Muestra pediátrica: 1 ml. de suero.
 - Muestra adulto: 3 ml. de suero.

Criterio de aceptación: Almacenamiento, transporte en cadena de frío, con temperatura de 2°C a 8°C

Criterios de rechazo: Muestras sin formulario, tubos con rótulo inadecuado o sin rotular; tubos primarios quebrado; muestra derramada en contenedor secundario; datos del formulario no coincide con datos de la muestra; muestras fuera de rango de temperatura solicitada.

Envío de muestras al ISP:

Estas deben enviarse con el formulario de envío de muestras con la información solicitada, incluida la solicitud de estudio para OROV. Formulario disponible en el link: www.ispch.cl/sites/default/files/prestacion/2013/01/Formulario_V15_Env%C3%ADo%20de%20Muestras_0.pdf

Recordar que deben utilizar la plataforma de formularios en línea del ISP para completar la información del caso e imprimir la copia con número de solicitud que acompañe a la muestra. Para consultas, dirigirse a: muestrasclinicas@ispch.cl

3. Notificación

- Para los establecimientos de salud públicos y privados a nivel nacional, que notifican y derivan las muestras al ISP para arbovirosis (vigilancia universal), deben indicar en el formulario, si corresponde a un viajero. En coordinación con la Autoridad Sanitaria regional, se solicitará procesarla posteriormente para OROV, si corresponde.
- Para los centros centinelas de casos febriles establecidos para la zona norte del país, esta vigilancia se anexa a la de arbovirosis, por tanto, debe coordinarse con la Autoridad Sanitaria regional los casos que se solicitara el diagnostico diferencial de OROV.
- La autoridad Sanitaria Regional, debe informar semanalmente (viernes), el listado de casos que ingresan a la vigilancia de OROV, al correo vigilanica.eno@minsal.cl

¹¹Definición de caso extraída de la Resolución exenta 462 del 27/03/2024 que aprueba *Protocolo de vigilancia de casos febriles sin foco conocido para la detección temprana de arbovirosis y malaria*.

* Se excluyen de la vigilancia: Infecciones urinarias; foco pulmonar claro (neumonía); amigdalitis pultácea; enfermedades respiratorias de otros agentes virales; fiebre de causa quirúrgica: apendicitis, abdomen agudo, colecistitis; celulitis, erisipela, absceso; parotiditis.