

Aspectos clínicos-epidemiológicos en pacientes con oropouche en comunidades de Santiago de Cuba

Clinical-epidemiological aspects in patients with oropouche in communities of Santiago de Cuba

Aspectos clínico-epidemiológicos em pacientes com oropouche em comunidades de Santiago de Cuba

Reinier Besse-Díaz^{1*}  <https://orcid.org/0009-0001-3535-6301>

Liliana Martínez-Cantillo²  <https://orcid.org/0000-0003-2866-2842>

Luis Eugenio Valdés-García³  <https://orcid.org/0000-0003-1613-4305>

Sibelis Vidal-Videaux⁴  <https://orcid.org/0009-0006-4338-4720>

¹Máster en Medios Diagnósticos. Especialista de Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad No. 2 de Medicina. Policlínico Armando García Aspuru. Santiago de Cuba, Cuba.

²Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, Cuba. Facultad No. 1 de Medicina. Policlínico Docente “Fran País García”. Santiago de Cuba, Cuba.

³Doctor en Ciencias Médicas. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de Primer y Segundo Grados en Higiene y Epidemiología. Profesor Titular y Consultante. Instituto Finlay de Vacuna. Departamento de Higiene y Epidemiología. La Habana, Cuba.

⁴Máster en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad No. 1 de Medicina. Policlínico Docente “Dr. Carlos Juan Finlay Barrés”. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico:  reinier.diaz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: en las últimas décadas se ha observado un incremento cada vez más notorio del número de epidemias causadas por arbovirus.

Objetivo: caracterizar la población de enfermos confirmados con fiebre de oropouche en la provincia Santiago de Cuba, según variables epidemiológicas y clínicas seleccionadas.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal en pacientes con fiebre de oropouche, durante el período comprendido desde enero 2024 hasta enero de 2026. La muestra censal estuvo constituida por 45 enfermos que viven en áreas de salud, rurales y semirurales en la provincia de Santiago de Cuba. Se analizaron las variables epidemiológicas y clínicas. Se utilizaron medidas de estadística descriptiva para el resumen de la información. Se cumplieron los principios éticos de la investigación en humanos.

Resultados: la edad media fue de 40 años (DE: 17,50). La fiebre (86,70%) seguida de cefalea y artralgias (68,90%), fueron los síntomas predominantes. La media de duración de los síntomas fue de 12,3 días (DE: 4,7), ocho pacientes (17,80 %) presentaron síntomas persistentes superior a dos semanas, con predominio femenino (13,30%). En los pacientes que padecen hipertensión arterial (30 para un 66,70%), los síntomas se prolongaron.

Conclusiones: la infección por el virus de oropouche, mostró predominio del cuadro febril, pero con sintomatología muy variada y persistencia de los síntomas superior a las dos semanas, en el caso de los pacientes hipertensos.

Palabras clave: estudios epidemiológicos; fiebre; infecciones por *bunyaviridae*; signos y síntomas.

ABSTRACT

Introduction: in recent decades, a noticeable increase in the number of arbovirus epidemics has been observed.

Objective: to characterize the population of patients with confirmed oropouche fever in the province of Santiago de Cuba, according to selected epidemiological and clinical variables.

Methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out on patients with oropouche fever from January 2024 to January 2026. The census sample consisted of 45 patients living in rural and semi-rural

health areas in the province of Santiago de Cuba. Epidemiological and clinical variables were analyzed. Descriptive statistics were used to summarize the information. Ethical principles for research involving human subjects were followed.

Results: the mean age was 40 years (SD: 17.50). Fever (86.70%), followed by headache and arthralgia (68.90%), were the predominant symptoms. The mean duration of symptoms was 12.3 days (SD: 4.7). Eight patients (17.80%) presented with persistent symptoms for more than two weeks, with a female predominance (13.30%). In patients with hypertension (30, or 66.70%), symptoms were prolonged.

Conclusions: oropouche virus infection showed a predominance of fever, but with highly variable symptoms and symptom persistence exceeding two weeks in hypertensive patients.

Keywords: *bunyaviridae* infections; epidemiologic studies; fever; signs and symptoms.

RESUMO

Introdução: nas últimas décadas, observou-se um aumento notável no número de epidemias de arbovírus.

Objetivo: caracterizar a população de pacientes com febre de oropouche confirmada na província de Santiago de Cuba, de acordo com variáveis epidemiológicas e clínicas selecionadas.

Métodos: foi realizado um estudo descritivo transversal com pacientes com febre de oropouche entre janeiro de 2024 e janeiro de 2026. A amostra censitária foi composta por 45 pacientes residentes em áreas de saúde rurais e semiurbanas na província de Santiago de Cuba. Foram analisadas variáveis epidemiológicas e clínicas. Estatísticas descritivas foram utilizadas para sintetizar as informações. Os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

Resultados: a idade média foi de 40 anos (DP: 17,50). A febre (86,70%), seguida de cefaleia e artralgia (68,90%), foram os sintomas predominantes. A duração média dos sintomas foi de 12,3 dias (DP: 4,7). Oito pacientes (17,80 %) apresentaram sintomas persistentes por mais de duas semanas, com predominância do sexo feminino (13,30%). Nos pacientes hipertensos (30, ou seja, 66,70%), os sintomas prolongaram-se.

Conclusões: a infecção pelo vírus oropouche apresentou predominância do quadro febril, porém com sintomas altamente variáveis e persistência sintomática superior a duas semanas em pacientes hipertensos.

Palabras clave: estudios epidemiológicos; fiebre; infeções por *bunyaviridae*; sinais e sintomas.

Recibido: 20/01/2026

Aprobado: 28/02/2026

Publicado: 10/03/2026

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha observado un incremento cada vez más notorio del número de epidemias causadas por arbovirus (con genoma ARN predominante), transmitidos por vertebrados y artrópodos hematófagos.⁽¹⁾

En este sentido, en la región de las Américas, entre las semanas epidemiológicas uno y la 52 del año 2024, se notificaron un total de 13539341 casos de enfermedad por arbovirus, de los cuales 13063434 (96,50%) fueron casos de dengue.⁽²⁾

Algunos arbovirus como el zika y chikungunya reportan una alta incidencia en todo el continente, además de la circulación de otros virus como el del Nilo Occidental y algunos pertenecientes a la familia *Peribunyaviridae*, entre estos, el virus de oropouche (OROV), agente etiológico de la fiebre de oropouche.⁽³⁾

La enfermedad por el virus Oropouche, se identificó por primera vez en 1955 en Trinidad y Tobago y ha sido responsable de brotes recurrentes en América Latina. Su relevancia en salud pública radica en la capacidad para causar enfermedades febriles agudas, con potencial para evolucionar hacia complicaciones neurológicas y reemergencias asociadas a cambios ecológicos y climáticos.⁽⁴⁾ Se ha informado sobre su presencia en 11 países y territorios de las Américas durante 2024 y 2025, con 16 239 casos confirmados y cuatro defunciones según datos de la Organización Panamericana de la Salud. Brasil concentra el 85,00% de los casos (13785), seguido por Perú (1263), Bolivia (356), Cuba (626), Colombia (74) y Guyana (3).^(4,5)

Brasil destaca como el epicentro, con brotes en los 27 estados federales. En 2024 se confirmaron 8 639 casos solo en este país, un incremento de 58,8 veces respecto a la mediana anual previa (147 casos). Cuba informó 603 infecciones autóctonas, un hallazgo epidemiológicamente relevante por tratarse de una zona no amazónica.^(4,6)

Las características clínicas del OROV son fiebre, mialgia, artralgia, vómitos, náuseas, diarrea, postración y adinamia. Se han identificado algunos casos aislados de meningitis aséptica con signos y síntomas típicos de irritación meníngea. La fiebre de oropouche se presenta como una infección más leve, con pocos casos que progresan a una afección más grave, en comparación con otras enfermedades arbovirales.⁽⁷⁾ La mayoría de los reportes encontrados, consideran que la infección evoluciona satisfactoriamente en pocos días,⁽⁸⁾ pero otros^(9,10) advierten posibles complicaciones de origen diverso, sobre todo en pacientes con enfermedades agudas y potencialmente vulnerables.

En los últimos tres años, se han disparado todas las alarmas en la región, notificándose casos de aborto y muerte fetal.⁽¹¹⁾ Cuba enfrentó un desafío sanitario sin precedentes en 2025 con la circulación simultánea de tres virus arbovirales: dengue, chikungunya y oropouche. Esta "triple epidemia" satura los servicios de salud, complica el diagnóstico clínico y exige estrategias de control vectorial y conductas clínicas diferenciadas.⁽¹²⁾

En este sentido, la fiebre de OROV es más reciente en nuestro territorio, aunque a menudo menos grave; puede causar brotes explosivos y colapsar los servicios por el volumen de casos, además de presentar complicaciones neurológicas impredecibles. La verdadera crisis, sin embargo, reside en su interacción. Saturan los servicios de urgencia, confunden a los clínicos con síntomas superpuestos y sobrecargan las capacidades de diagnóstico y control vectorial.⁽¹²⁾

El Ministerio de Salud Pública de Cuba a mediados del mes de mayo de 2024 y a partir de muestras serológicas estudiadas en el Instituto "Pedro Kourí", informó sobre la presencia de la enfermedad en la provincia Santiago de Cuba,⁽¹³⁾ situación de salud novedosa en el territorio, que se prolonga hasta la fecha. Desde esta perspectiva, se presenta este estudio con el objetivo de caracterizar la población de enfermos confirmados con fiebre de oropouche en la provincia Santiago de Cuba, según variables epidemiológicas y clínicas seleccionadas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a partir de una muestra censal de 45 pacientes que viven en áreas de salud rurales y semirurales como Boniato, Caney y Songo la Maya en la provincia de Santiago de Cuba. El diagnóstico de fiebre de oropouche fue confirmado con la prueba RT-PCR para OROV, realizada en el Instituto “Pedro Kouri” de la Habana, en el período comprendido desde enero de 2024 hasta enero de 2026. Los pacientes cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: a) que tuvieran un resultado de IgM para dengue negativo y b) que no tuvieran ninguna infección sobreañadida.

Criterios de exclusión: a) no estar registrado en la base de datos creada por los investigadores y b) que abandonaran la investigación antes de culminar el proceso de recolección de datos.

Se analizaron las siguientes variables:

Epidemiológicas: edad y sexo.

Clínicas: vómitos, diarreas, dolor abdominal, sangrado de mucosas, *rash* cutáneo, palpitaciones, cefalea, fotofobia, parestesias, sudoración, mialgias, artralgias, lumbalgia, dolor retrocular, conjuntivitis, fiebre, cansancio, inapetencia, persistencia de los síntomas (si algún síntoma dependiente de la infección por OROV durara más de seis días) y comorbilidades.

Procedimientos

Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas individuales y la base de datos creada solo por el investigador principal, para minimizar el sesgo y garantizar la uniformidad en su recopilación, realizada a través de una planilla diseñada con ese fin.

Procesamiento estadístico

Los datos se analizaron con el utilitario SPSS (v. 25.0, Edición de 64 bits), auxiliándose del *Microsoft Excel* 2016, mediante el cual se creó previamente una base de datos con la información correspondiente al estudio.

Se utilizaron medidas de resúmenes y se estimaron porcentajes para variables cualitativas. Se calculó la media y la desviación estándar (DE) para los valores encontrados en los resultados de los parámetros cuantitativos. Se utilizó la prueba de ji cuadrado de independencia para identificar la posible asociación entre las variables: persistencia de los síntomas y el sexo.

El estudio fue aprobado por el director municipal. Se cumplieron los principios éticos establecidos en la *Declaración de Helsinki*.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

En la serie estudiada (tabla 1), la población predominante estuvo entre los 39 y los 59 años (40,00%), seguido por la de 18 a 38 años (37,80%), con media de $40,60 \pm 17,50$, sin diferencias importantes en cuanto al sexo.

Tabla 1 - Pacientes con oropouche según la edad y el sexo

Edades (años)	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Menos de 18	1	4,50	1	4,40	2	4,40
Entre 18 - 38	6	27,30	11	47,80	17	37,80
Entre 39 - 59	10	45,50	8	34,80	18	40,00
60 o más	5	22,70	3	13,00	8	17,80
Total	22	100,00	23	100,00	45	100,00

Fuente: historia clínica y entrevista.

Media: 40,60; DE: 17,50

*Porcentajes calculados sobre la base del total de las categorías por sexo.

**Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes

Por otro lado, la fiebre (86,70%) fue el síntoma con mayor predominio, seguido de la cefalea y las artralgias, ambos con igual frecuencia de presentación (31, para 68,90%). Otros, en orden de frecuencia, como la fotofobia (51,10%), mialgias (48,90%), cansancio (42,20%), palpitaciones (42,20%), *rash* cutáneo (40,00%), inapetencia (35,60%) y dolor retrocular (33,30%), también se presentaron. Aunque en menor medida que los anteriores, los vómitos (31,10%), lumbalgias (26,70%), las diarreas el dolor abdominal y la sudoración (cada una con 24,40%), formaron parte de la sintomatología a tener en cuenta; fueron mucho menos frecuentes las parestesias (20,00%), sangrados de mucosas (13,30%) y conjuntivitis (8,90%) (Tabla 2).

Tabla 2 - Manifestaciones clínicas según sistemas

Sistemas	Sexo		Total N = 45
	Femenino	Masculino	

		N = 22		N = 23			
		No.	%*	No.	%*		
Sistema digestivo	Vómitos	7	31,80	7	30,40	14	31,10
	Diarreas	4	18,10	7	30,40	11	24,40
	Dolor abdominal	6	27,30	5	21,70	11	24,40
Sistema hemolinfopoyético	Sangrado de mucosas	1	4,50	5	21,70	6	13,30
Piel	Rash cutáneo	10	45,40	8	34,80	18	40,00
Sistema cardiovascular	Palpitaciones	8	42,10	11	57,90	19	42,20
Sistema nervioso	Cefalea	16	51,60	15	48,40	31	68,90
	Fotofobia	13	59,10	10	43,50	23	51,10
	Parestesias	5	22,70	4	17,40	9	20,00
	Sudoración	7	31,80	4	17,40	11	24,40
Sistema osteomioarticular	Mialgias	10	45,40	12	52,20	22	48,90
	Artralgias	15	61,20	16	69,60	31	68,90
	Lumbalgia	8	36,40	4	17,40	12	26,70
Ocular	Dolor retrocular	9	40,90	6	26,1	15	33,30
	Conjuntivitis	3	13,60	1	4,30	4	8,90
Manifestaciones sistémicas	Fiebre	20	90,90	19	82,60	39	86,70
	Cansancio	10	45,40	9	39,10	19	42,20
	Inapetencia	9	40,90	7	30,40	16	35,60

Fuente: historia clínica.

*Porcentajes calculados sobre la base del total de las categorías por sexo.

**Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes.

En la tabla 3 se muestra que hubo predominio de los enfermos con persistencia de los síntomas entre seis y 15 días, con 33 del total (73,30%), sin diferencias importantes en cuanto al sexo; sin embargo, hubo ocho pacientes (17,80%), con síntomas persistentes por más de dos semanas, con predominio femenino (seis para 13,30%). La media de duración de los síntomas fue de 12,3 días (DE: 4,7).

Tabla 3 - Pacientes según persistencia de los síntomas y el sexo

Persistencia de los síntomas (días)	Sexo				Total		Ji Cuadrado
	Femenino		Masculino				
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	
Menos de seis días	0	0	4	8,90	4	8,90	0,003
De seis a 15 días	16	35,50	17	37,80	33	73,30	
Más de 15 días	6	13,30	2	4,50	8	17,80	

Total	22	48,80	23	51,20	45	100,00	
--------------	----	-------	----	-------	----	--------	--

Fuente: historia clínica y entrevista. Media: 12,3; DE= 4,7

*Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes.

Al analizar las comorbilidades presentes en la serie y la persistencia de los síntomas (tabla 4), se observa que la hipertensión arterial es la más frecuente (30 para un 66,70 %), con mayor connotación en el conglomerado con síntomas persistentes entre seis y 15 días (23 para un 69,70 %).

Tabla 4 - Pacientes según comorbilidades y persistencia de los síntomas

Comorbilidades	Persistencia de los síntomas (días)						Total	
	Menos de seis días		De seis a 15 días		Más de 15 días			
	No.	%*	No.	%*	No.	%*	No.	%**
Hipertensión arterial	1	25,00	23	69,70	6	75,00	30	66,70
Diabetes mellitus	1	25,00	3	9,10	-	-	4	8,90
Asma bronquial	-	-	1	3,00	1	12,50	2	4,40
Cefalea migrañosa	-	-	3	9,10	-	-	3	6,70
Ninguna	2	50,00	3	9,10	1	12,50	6	13,30
Total	4	100,00	33	100,00	8	100,00	45	100,00

Fuente: Historia clínica y entrevista.

*Porcentajes calculados sobre la base del total de las categorías de la persistencia de los síntomas.

**Porcentajes calculados sobre la base del total de pacientes.

DISCUSIÓN

A pesar de las escasas referencias clínicas sobre el OROV, la Organización Panamericana de la Salud ha clasificado el riesgo regional como alto debido al incremento del número de casos, a su expansión a nuevas áreas, a los casos fatales informados recientemente y al riesgo posible de transmisión vertical. Las proyecciones no son de alarma infundada, sino de alta preocupación y preparación.^(15,16)

En relación con la edad de mayor predominio, Santos-Pereira y cols.⁽⁶⁾ plantean que no existe un patrón notable; niños, jóvenes y ancianos pueden representar este conglomerado, sin embargo, los de mediana y mayor edad se verían significativamente afectados, al ocurrir los brotes más grandes en zonas agrícolas

y selváticas, regiones donde pernotan las personas en edades laborales que necesitan sobrevivir a las condiciones socioeconómicas de los países de América, que a su vez son los de mayor afectación.

De igual forma, Martins-Luna y cols.,⁽¹⁷⁾ en un estudio realizado en zonas rurales y urbanas peruanas en la Amazonía del Perú, observaron un incremento revelador de los casos positivos de OROV en los grupos de cinco a 11 y mayores de 60 años. En cuanto al análisis del sexo y la distribución de la infección, los pacientes infectados sólo con OROV mostraron una mayor frecuencia en varones; algo diferente, encontraron Mourão y cols.,⁽¹⁸⁾ en una zona amazónica del Brazil, quienes reportaron un rango de edad entre dos y 81 años, con una media de $29,5 \pm 14$ años, sin embargo el sexo predominante fue el femenino, elementos todos que orientan a favor una manifiesta heterogeneidad.

Este patrón epidemiológico de ocurrencia del OROV, que coincide con el de países tropicales y subtropicales, enfatiza la importancia del clima. Esto, de acuerdo con Mourão y cols.,⁽¹⁸⁾ pudiera deberse a que el vector se ve favorecido por las altas temperaturas y la humedad.

En este sentido, Mendonça y cols.,⁽¹⁹⁾ destacan que varios brotes de este arbovirus han causado epidemias urbanas que involucran a miles de personas en regiones tropicales y subtropicales; ello evidencia la relación entre las temperaturas cálidas y el desarrollo de la enfermedad, y aumenta además el riesgo para el establecimiento de la transmisión urbana permanente.

Varios autores opinan, que este salto hacia contornos de urbanización, haya tenido su origen accidentalmente, a través de la propagación directa de los ciclos selváticos.^(20,21) Normalmente, los humanos no desarrollan suficiente viremia para mantener los ciclos humano-vector-humano y, por lo tanto, son huéspedes sin salida.⁽²¹⁾

A pesar de estas afirmaciones, algunos de los arbovirus más importantes para la salud pública (dengue, zica, chikungunya) adquirieron la capacidad de amplificarse en humanos, al eludir la necesidad de los ciclos selváticos y permitir así el surgimiento de los períodos de infección en el centro y límites de la urbe.⁽²¹⁻²³⁾

Un aspecto interesante, es que deben existir algunas condiciones para que este fenómeno de urbanización del OROV se concrete: en primer lugar, el arbovirus debe alcanzar una viremia suficiente en humanos para prolongar el ciclo de transmisión. De hecho, este requisito se ha observado en brotes urbanos propiciados por el virus de la fiebre amarilla y zika. En segundo lugar, la presencia de mosquitos vectores

urbanos que muestren competencia para la infección, replicación y transmisión de nuevos arbovirus, lo que permite el cambio del vector selvático al de la ciudad.^(22,23)

En consonancia con todo lo propuesto, Schwarz y cols.,⁽²⁰⁾ plantean que los datos actualmente disponibles sobre la transmisión urbana de OROV, no respaldan la posibilidad de un ciclo de persona a persona, mantenido por mosquitos como el *Culex Quinquefasciatus* y *Culicoides Paraensis*, al demostrar que las epidemias modernas de la ciudades, causaron más de medio millón de infecciones humanas desde que se identificaron por primera vez, pero de forma autolimitadas.

El OROV es capaz de iniciar brotes principalmente en personas que residen en regiones periféricas de áreas boscosas, con evolución autolimitada. A pesar de considerarse que el virus en cuestión, tiene el potencial de establecer ciclos de transmisión permanente en las ciudades, la falta de conocimientos sobre la competencia de los mosquitos urbanos y periurbanos para transmitir OROV, ha limitado la previsibilidad de la aparición de epidemias en estas zonas considerablemente pobladas.^(20,22)

Al contrastar los resultados de las indagaciones anteriormente citadas, se comprobaron hallazgos que tienen fuertes puntos de contactos relacionados con la presente serie. Ello induce a sostener el criterio de que, en las comunidades santiagueras donde se han precisado estas primeras investigaciones, existen patrones medioambientales en común, de naturaleza rural y semirural, lo que constituye nueva evidencia en la región, de la circulación de un virus que ha traspasado barreras ecológicas. De esta forma se propician pautas para futuras investigaciones más complejas desde el punto de vista sociodemográfico y geoespacial.

En este marco, los profesionales encargados de la epidemiología y la clínica están urgidos a realizar aportes, a partir de sus más importantes encomiendas: la identificación de estándares espaciales y temporales de los brotes de enfermedades con transmisión emergente, con escasos reportes por una parte y, por otra, reconocer principios relacionados con la evolución incierta y cambiante que le caracterizan. Al mismo tiempo, deben profundizar en las particularidades de su interacción con los humanos y cómo se expresan en el orden médico, que a menudo son poco conocidas. Los aspectos que identifican patrones clínicos relacionados con la fiebre del OROV no han sido explorados suficientemente y se deben examinar en profundidad los resultados alcanzados, en función de las acciones ejecutadas en los diversos contextos.

Autores como Schwarz y cols.,⁽²⁰⁾ así como Dias y cols.,⁽²¹⁾ destacan que la sintomatología de esta infección es variada y a menudo muy semejante a otras arbovirosis como la observada en el dengue; marcan un inicio abrupto, con fiebre elevada, dolor de cabeza intenso, mialgias, artralgias, mareos, escalofríos y fotofobia, síntomas que obedecen al potencial sistémico de estos virus según la puerta de entrada. Las sustancias químicas que se producen como parte de una repuesta inmune primaria o inespecífica, como las familias de las interleucinas, el factor de necrosis tumoral y otras, inducen gran parte de los síntomas manifiestos.^(22,21,24,23)

Durango-Chavez y cols.,⁽²⁴⁾ en una investigación basada en un modelo de predicción clínica para la fiebre del OROV, enfatizan que los síntomas del proceso son muy inespecíficos y que otras enfermedades infecciosas por arbovirus como el zika, la chikungunya y el mayaro, son diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, sin dejar de priorizar al dengue, que ocupa un significativo lugar en aras de realizar el escrutinio del enfermo.

Basados en esta línea de pensamiento, es interesante detenerse en este último aspecto, con ello se abre una propuesta al razonamiento clínico del potencial peligro que implica no diferenciar adecuadamente un determinado arbovirus pues las complicaciones pueden ser contenidamente fatales para el paciente; la mortalidad por oropouche, según informaciones actuales, son nulas, a excepción de un reporte reciente donde hubo dos fallecidos.⁽²⁵⁾ En el caso del dengue, entre las semanas epidemiológicas uno y 31 del 2024, se reportaron 6 290 muertes (0,056 % de letalidad), cifras que evidencian que esta última arbovirosis, representa inevitablemente, un peligroso problema de salud en la región y en el resto del orbe.^(24,26)

En este punto, y a tenor del reconocimiento clínico del OROV, Durango-Chavez y cols.,⁽²⁴⁾ así como Vogel-Saivish⁽²⁵⁾ notifican síntomas diversos, muy difíciles inicialmente para reconocer su origen; las náuseas, vómitos y diarreas se reportan como indicios comunes, la fiebre casi constante y la cefalea intensa son de los más evidentes.

Otros síntomas explorados por estos mismos autores,⁽²⁴⁾ infieren trastornos del sistema nervioso, que incluye la meningitis aséptica, disfunción neuromuscular (dolor retrocular, fatiga o debilidad muscular, temblores) y neurovegetativas (sudoración abundante, palpitaciones), aunque se describen de forma esporádica.

Independientemente de la escasez informativa acerca de los aspectos clínicos referidos, autores como Vogel-Saivish.⁽²⁵⁾ señalan que en un experimento animal inoculando OROV por vía subcutánea, se observó evidente neurotropismo y replicación viral significativa en el hígado y la sangre, sin afectación de otros órganos, lo que resulta sorprendente y contrasta marcadamente con la naturaleza sistémica de la infección. En ocasiones es asombroso, la poli-sintomatología encontrada en este proceso y en otros, pareciera demasiado sencilla tal descripción, esta imprecisa manera de manifestarse la enfermedad tiene sus bases en factores tales como la edad, el sexo, comorbilidades y otros.

Para justificar este panorama incierto, Vogel-Saivish⁽²⁵⁾ manifiestan que el OROV es una arbovirosis donde la gravedad varía mucho y va desde un síndrome febril autolimitado, hasta fiebre hemorrágica. La presente investigación, aportó información compatible con estos resultados, aunque las diferencias encontradas, específicamente en relación con la variabilidad de los síntomas, pudieran ser parte de patrones individuales y la manera en que interacciona el virus con el ser humano.

Es importante subrayar que constituye un escollo en la práctica clínica vinculada a este tipo de arbovirosis, la persistencia de los síntomas y recaídas que gravitan en la firme y duradera sintomatología presentada por no pocos enfermos. En este sentido, Vogel-Saivish⁽²⁵⁾ consideran que la mayoría de los pacientes con fiebre de oropouche se recuperan entre las dos y las tres semanas de la infección inicial, sin secuelas a largo plazo, pero anuncia una clara realidad, “los síntomas pueden persistir durante meses y, sorprendentemente, las recaídas son comunes”.⁽²⁵⁾

Al respecto, no se han encontrado referencias relacionadas con el OROV y el predominio de la persistencia de los síntomas en el sexo femenino, sin embargo Matucci y cols.,⁽²⁶⁾ plantean que, se ha informado de la persistencia de la infección por OROV en diferentes muestras clínicas, evidenciada por la detección de ARN de OROV en sangre completa durante al menos tres meses y otros hallazgos recientes han señalado dos aspectos adicionales que merecen atención: la detección de viriones competentes para la replicación en el semen y la persistencia más larga de lo previsto del ARN de OROV en diferentes matrices biológicas. Estos hallazgos recientes resaltan claramente lo poco que sabemos sobre la patogénesis de esta infección arboviral desatendida en términos de rutas de transmisión y diseminación, tiempo de persistencia, posibles mecanismos inmunológicos e impacto a nivel patogénico y clínico.⁽²⁶⁾

Los autores del presente artículo consideran que este predominio encontrado en la investigación actual con respecto a las féminas, además de lo anterior, pudiera en parte explicarse por la mayor carga social de estas lo que influye en una recuperación más prolongada.

Torres dos Santos-Lopes y cols.,⁽²⁷⁾ plantean que las comorbilidades asociadas pueden influir en parte, sobre algunas perturbaciones inmunológicas, lo que propicia desventaja de las defensas para lograr sus objetivos y con ello demora en la resolución de la enfermedad, que en ocasiones agrava los síntomas.

En el contexto actual, otros gérmenes circulan en las comunidades y las coinfecciones pueden ser comunes, lo que obliga a sospechar que contribuyan a las manifestaciones clínicas que al parecer habían cesado y que de manera circular se repiten. Un aspecto que marca debilidad en la comprensión de esta situación clínico-epidemiológica es que, el OROV no se conoce tradicionalmente como uno de los cinco arbovirus más comunes surgidos en el último siglo, lo que lleva a un posible descuido de su carga.^(25,26)

La persistencia de los síntomas y los patrones de oscilación desconcierta a la población, sin embargo, hasta la fecha no se ha comprobado que este brote tenga una elevada mortalidad, sin menospreciar los posibles casos no identificados por la escasa disponibilidad de pruebas de certeza entre las grandes poblaciones sospechosas.

Los resultados encontrados en el actual trabajo, alimentan particularmente la discusión y la reflexión en torno a esta inexplorada línea temática, pues no se han encontrado referencias que vinculen el OROV con alguna enfermedad crónica no trasmisible (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, entre otras).

La comprensión cabal de la dinámica de un brote epidémico de estas características, no se conseguirá hasta pasado un tiempo, pero las experiencias de lo acontecido en nuestra región a lo largo de estos casi dos años, en conjunto a las referencias señaladas, permiten construir algunas explicaciones temporales. Los fenómenos que subyacen en la generación de esta situación epidemiológica, exponen distintos entornos e interactúan en una trama compleja, presentan expresiones diversas y difíciles de descifrar con este trabajo que, según su diseño transversal, la pequeña muestra utilizada y la centralización, añade en sus máximas aspiraciones, una evidente limitación.

CONCLUSIONES

La infección por el virus del oropouche, caracterizada en esta investigación, mostró un predominio evidente del cuadro febril y la cefalea intensa, aunque el resto de la sintomatología es muy variable, que incluye presentaciones neurológicas no graves. La persistencia de los síntomas fue superior a las dos semanas, sobre todo en los pacientes que padecen hipertensión arterial. La caracterización clínica detallada en este estudio aporta a la mejor comprensión del espectro de manifestaciones clínicas asociadas con la infección; el conocimiento de la duración y persistencia de los síntomas ayuda a entender la historia natural de la enfermedad y propone un camino a futuras investigaciones sobre estas emergencias sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes-Tápanes MC, Rodríguez-Sánchez L, Díaz-Ojeda JL, Torres-Cancino I. Arbovirosis emergentes y reemergentes: un enfoque desde la atención primaria de salud. Prog [Internet]. 2021 [citado 5 Ene 2026];4(3):222-37. Disponible en: <https://revprogaleño.sld.cu/index.php/progaleño/article/view/220/215>
2. Organización Panamericana de la Salud. Boletín epidemiológico anual para dengue, chikunguña y zica en 2024. Resumen de la situación de arbovirus [Internet]. 2024 [citado 5 Ene 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/arbo-portal/arbo-boletines>
3. Mendoza-Landinez BF, Freyle-Roman IK, Rincón-Orozco B. Virus Oropouche, un arbovirus emergente en búsqueda de protagonismo en las Américas. Salud UIS [Internet]. Dic 2024 [citado 7 Ene 2026];56:e24030. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v56/2145-8464-suis-56-e24030.pdf>
4. Marín-Ortega CG. Virus Oropouche como Modelo de Arbovirus. Acta Méd Centro [Internet]. 2025 [citado 7 Ene 2026];19(1):e2316. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/2316/1883>
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización Epidemiológica Oropouche en la Región de las Américas - 13 de agosto del 2025 [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2025 [citado 7 Ene 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-ago-13-actualizacion-epi-oropouchees_0.pdf

6. Santos-Pereira R, Facci-Colangelo J, Assis-Souza PG, Ferreira-de Carvalho LG, da Cruz-Nizer WS, Lima WG. Aspectos epidemiológicos del virus Oropouche (Orthobunyavirus) en América del Sur: una revisión sistemática. Rev colomb científico quim farm [Internet]. Abril 2022 [citado 15 Ene 2026];51(1):166-84. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccqf/v51n1/1909-6356-rccqf-51-01-166.pdf>
7. Martins-Garcia M, Duarte- de Oliveira L, Maia-Duarte M, Lima-Gomes SA. Características da febre oropouche no brasil: aspectos epidemiológicos e imunológicos- revisão de literatura. Rev Foco [Internet]. Jul 2024 [citado 15 Ene 2026];17(7):e5537. Disponible en: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/5537>
8. Fernandes-Cardoso B, Pereira-Serra O, Borges-da Silva Heinen L, Zuchi N, Costa-de Souza V, Gomes-Naveca F, et. al. Detection of Oropouche virus segment S in patients and in Culex quinquefasciatus in the state of Mato Grosso, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz [Internet]. Sep 2015 [citado 24 Jul 2024];110(6):745-54. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4667577/pdf/0074-0276-mioc-110-6-0745.pdf>
9. Pinheiro FP, Rocha AG, de Freitas RB, Ohana BA, Travassos-da Rosa AP, Rogerio JS, et al. MENINGITE ASSOCIADA ÀS INFECÇÕES POR VÍRUS OROPOUCHE. Rev Inst Med Trop Sao Paulo [Internet]. 1982 [citado 24 Jul 2024];24(4):246-51. Disponible en: <https://patuaback.iec.gov.br/server/api/core/bitstreams/1c5173fe-b4ca-4fa9-88df-cfa6265e3d64/content>
10. Santos RI, Almeida MFP, Paula FE, Rodrigues AH, Martioli-Saranzo A, Paula AE, et al. Experimental infection of suckling mice by subcutaneous inoculation with Oropouche virus. Virus Res [Internet]. Dic 2012 [citado 24 Jul 2024];170(1-2):25-33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/journal/virus-research/vol/170/issue/1>
11. Naciones Unidas. La OPS alerta al continente americano de la posible transmisión materno infantil del virus de Oropouche [Internet] 2024 [citado 24 Jul 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2024/07/1531346>
12. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Triple epidemia arboviral en Cuba: análisis comparativo y estratégico para la toma de decisiones frente a Dengue, Chikunguña y Oropouche. Factográfico salud [Internet]. 2025 Jul [citado 24 Jul 2026]. Disponible en: <https://www.factografico.salud.cu/>

2024];11(7):[aprox. 43 p.]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bmn/files/2025/11/Factografico-Nov-2025.pdf>

13. Vega-Jiménez J, Cañete-Villafranca R, Cabrera-Fabelo ER. Virus Oropouche, un desafío emergente para la salud pública cubana. Rev Cubana Med Tropical [Internet]. noviembre 2024 [citado 24 Nov 2024];76:e1267. Disponible en:

<https://revmedtropical.sld.cu/index.php/medtropical/article/view/1267/706>

14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ratificada en la 75th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, october 2024 [Internet]. Helsinki: 18ª Asamblea Mundial; 1964 [citado 29 Oct 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>

15. Organización Panamericana de la Salud. OPS publica actualización sobre fiebre por Oropouche en las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2024 [citado 24 Nov 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2024-ops-publica-actualizacion-sobre-fiebre-Oropoucheamericas>

16. Marín-Ortega CG. Virus Oropouche como Modelo de Arbovirus. Acta Méd Centro [Internet]. Dic 2025 [citado 24 Nov 2024];19(1):e2316. Disponible en: <https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/2316/1883>

17. Martins-Luna J, Del Valle-Mendoza J, Silva-Caso W, Sandoval I, Del Valle LJ, Palomares-Reyes C, et al. Oropouche infection a neglected arbovirus in patients with acute febrile illness from the Peruvian coast. BMC Res Notes [Internet]. Feb 2020 [citado 24 Nov 2024];13(1):67. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7011230/pdf/13104_2020_Article_4937.pdf

18. Mourão MPG, Bastos MS, Gimaqu JBL, Mota BR, Souza GS, Grimmer GHN, et al. Oropouche fever outbreak, Manaus, Brazil, 2007-2008. Emerg Infect Dis [Internet]. 2009 [citado 24 Nov 2024];15(12):2063-4. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3044544/pdf/09-0917_finalL.pdf

19. Mendonça SF, Rocha M, Ferreira FV, Leite THJF, Amadou SCG, Sucupira P, Evaluation of Aedes aegypti, Aedes albopictus, and Culex quinquefasciatus Mosquitoes Competence to Oropouche virus Infection. Viruses [Internet]. 2021 [citado 2 Nov 2024];13(5):755. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8145018/pdf/viruses-13-00755.pdf>

20. Schwarz MM, Price DA, Ganaie SS, Feng A, Mishra N, Hoehl RM, et al. Oropouche orthobunyavirus infection is mediated by the cellular host factor Lrp1. Proc Natl Acad Sci USA [Internet]. 2022 [citado 2 Nov 2024];119(33):e2204706119. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9388146/pdf/pnas.202204706.pdf>
21. Dias HG, de Lima RC, Barbosa LS, Souza TMAd, Badolato-Correa J, Maia LMS, et al. Retrospective molecular investigation of Mayaro and Oropouche viruses at the human-animal interface in West-central Brazil, 2016-2018 [Internet]. 2022 [citado 2 Nov 2024];17(11):e0277612. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9671456/pdf/pone.0277612.pdf>
22. Infomed. Al Día, Noticias de Salud. Brote de Oropouche y muertes confirmadas por este virus ponen en alerta a Latinoamérica [Internet]. [citado 24 Jul 2025]. Disponible en: http://www.may.sld.cu/?iwp_post=2024%2F08%2F27%2FBrote%20de%20oropouche%20y%20muertes%20confirmadas%20por%20este%20virus%20ponen%20en%20alerta%20a%20Latinoam%C3%A9rica%2F1116767&iwp_ids=1_116767&blog=1_aldia
23. Organización Panamericana de la Salud. Situación epidemiológica del dengue en las Américas [Internet]. 2025 [citado 24 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-08/2025-cde-dengue-sitrep-americas-epi-week-31-aug-es.pdf>
24. Durango-Chavez HV, Toro-Huamanchumo CJ, Silva-Caso W, Martins-Luna J, Aguilar-Luis MA, del Valle-Mendoza J, et al. Oropouche virus infection in patients with acute febrile syndrome: Is a predictive model based solely on signs and symptoms useful? PLoS ONE [Internet]. 2022 [citado 24 Jul 2025];17(7):e0270294. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9321406/pdf/pone.0270294.pdf>
25. Vogel-Saivish M, de Lima-Menezes G, Alves-da Silva R, Ribeiro-de Assis L, da Silva-Teixeira I, Laino-Fulco U, et al. Acridones as promising drug candidates against Oropouche virus. Curr Res Microb Sci [Internet]. 2023 [citado 24 Jul 2025];6:100217. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10792649/pdf/main.pdf>
26. Matucci A, Pomari E, Mori A, Accordini S, Ganesini N, Passarelli M, et al. Persistence and Active Replication Status of Oropouche Virus in Different Body Sites: Longitudinal Analysis of a Traveler

Infected with a Strain Spreading in Latin America. Viruses [Internet]. 2025 [citado 6 Ene 2026];17(6):852. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/17/6/852>

27. Torres dos Santos-Lopes D, Cerutti-Junior C, Areias-Cabidelle A, Espinosa-Miranda A, Drumond-Louro I, Pamplona-de Góes Cavalcanti L. Factores asociados a la hospitalización en la fase aguda de Chikungunya. PLoS One [Internet]. 2023 [citado 2 Jul 2025];18(12):e0296131. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10745164/pdf/pone.0296131.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Reinier Besse-Díaz: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración al proyecto, recurso, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

Liliana Martínez-Cantillo: conceptualización, curación de datos, investigación, recurso, supervisión, visualización, redacción del borrador original.

Luis Eugenio Valdés-García: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización y redacción, revisión y edición.

Sibelis Vidal-Videaux: conceptualización, investigación, recurso y redacción del borrador original.

Financiación

Dirección General de Salud. Santiago de Cuba, Cuba.