

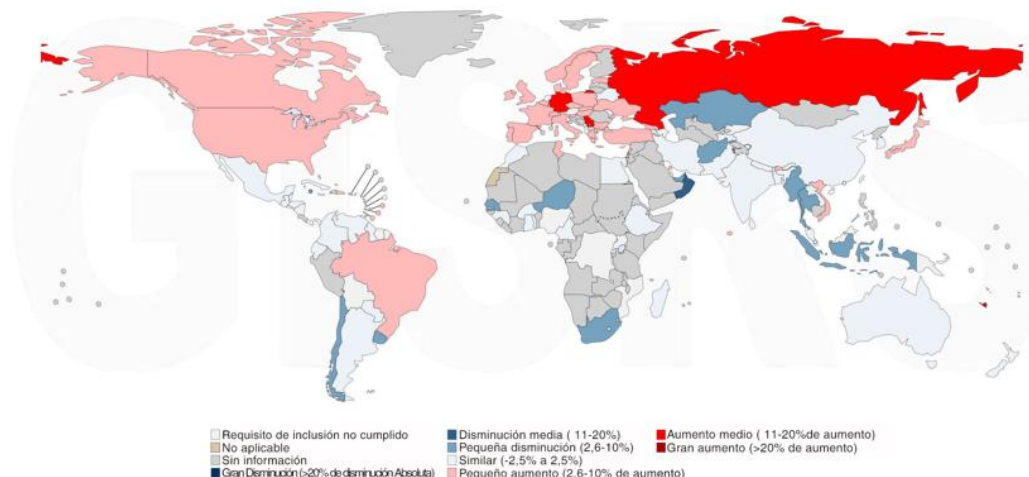
El 4 de diciembre del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) alertó sobre una posible actividad temprana o más intensa de virus respiratorios durante la temporada 2025-26, en comparación a lo registrado en años anteriores. En ese contexto, y de acuerdo con el comportamiento observado a la fecha, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros a mantenerse vigilantes para ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud ante la posible ocurrencia de brotes concomitantes de influenza estacional y virus sincitial respiratorio que puedan ocasionar una sobrecarga en el sistema de atención de salud.

Resumen de la situación a nivel global

A nivel global, se observa un aumento de la actividad de la influenza desde octubre del 2025. Algunos países han informado del inicio temprano de la temporada de influenza y se ha evidenciado que los virus influenza A(H3N2) son predominantes. Este incremento marcado de la actividad de influenza coincide con la llegada del invierno en el Hemisferio Norte (**Figura 1**) (1, 2).

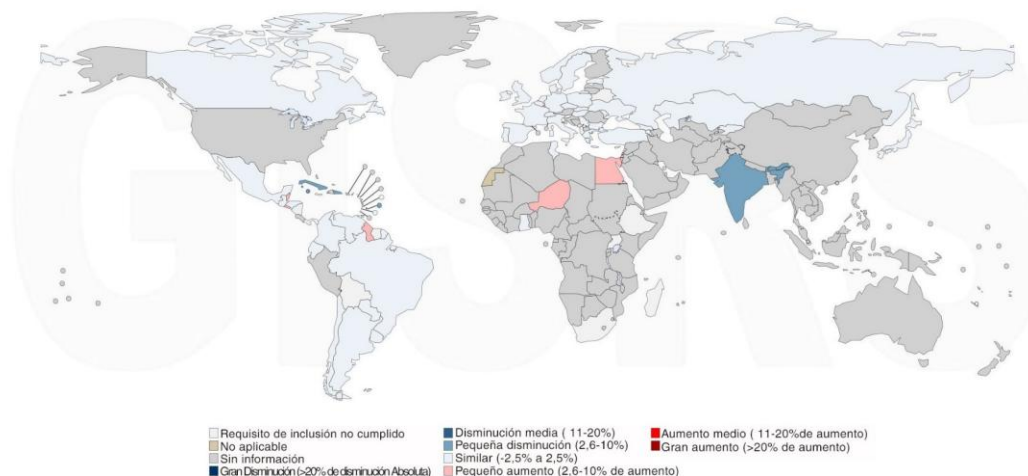
Figura 1. Variación de la proporción de muestras positivas para (a) influenza (b) virus sincitial respiratorio (VSR), semana epidemiológica (SE) 50 del 2025 en comparación con la SE 49 del 2025.

a. Influenza



Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Circulación simultánea de influenza estacional y virus sincitial respiratorio (VSR) - 9 de enero del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

b. Virus sincitial respiratorio (VSR)



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 558. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--558> (2).

Si bien la actividad global se mantiene dentro de los rangos estacionales esperados, en algunas regiones se han observado aumentos tempranos y acelerados, con niveles de actividad superiores a los habituales para esta época del año (1, 2). Los brotes de influenza estacional y de otros virus respiratorios circulantes como el virus sincitial respiratorio (VSR) pueden ejercer una presión significativa sobre los sistemas de salud (1, 2), sobre todo cuando el aumento de casos se registra de manera simultánea o consecutiva.

En este contexto, se presenta un resumen de la situación en algunos países de los Hemisferios Norte y Sur, dentro y fuera de la Región de las Américas, incluyendo la situación en la región de la Unión Europea, con el objetivo de ilustrar patrones observados en la dinámica de la temporada y contextualizar las tendencias regionales. En el Hemisferio Sur, se destaca la prolongación de la temporada de influenza, principalmente asociada a la circulación de influenza A(H3N2), y en el Hemisferio Norte el inicio anticipado de la temporada, con incrementos acelerados de los casos de influenza, altas incidencias de consultas ambulatorias, particularmente en la población pediátrica, pero con niveles de severidad comparables a las temporadas anteriores, con cargas de hospitalización concentradas en adultos mayores. Posteriormente, se ofrecen una serie de consideraciones para la preparación y respuesta.

Resumen de la situación Región de las Américas

En la Región de las Américas, la positividad de influenza se mantiene por encima del 10% en el Hemisferio Norte (3). En la mayoría de las subregiones predomina la circulación de influenza A(H3N2), mientras que en la subregión Andina se observa predominio de A(H1N1)pdm09. La intensidad de la actividad es heterogénea, con incrementos sostenidos en América del Norte¹ y América Central² y niveles cercanos al 20% en el Caribe³ y América Central (3). Países como Barbados, Canadá, Ecuador, los Estados Unidos de América, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Paraguay registran alta circulación de influenza. En contraste, la circulación de VSR se mantiene en niveles bajos con señales iniciales de aumento en América del Norte (3).

¹ América del Norte: Canadá, los Estados Unidos de América y México.

² América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

³ Caribe: Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana; Haití, Jamaica, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname.

Resumen de la situación en el Hemisferio Norte y Sur

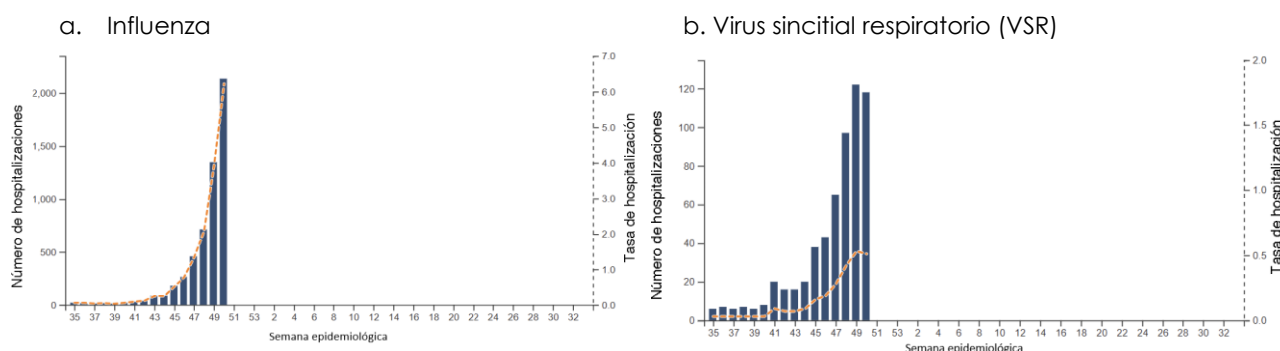
Los siguientes apartados describen la situación actual (temporada 2025-2026) sobre la influenza estacional y el virus sincitial respiratorio (VSR) en algunos países del Hemisferio Norte y Sur a nivel global, así como la situación en la región de la Unión Europea, presentados en orden alfabético.

Hemisferio Norte

En **Canadá** se ha observado una transmisión intensa de influenza durante la temporada 2025-2026. Hacia finales del 2025, la positividad nacional alcanzó el 32,4% en la semana epidemiológica (SE) 51, lo que representa un incremento significativo en comparación con el 20,2% registrado en la SE 49 (**Figura 2**). El subtipo predominante es influenza A(H3N2). Entre los virus de influenza A(H3N2) secuenciados, el 89% pertenecía al subclado K. El análisis de las tasas de hospitalización por grupos de edad indica que los grupos más afectados son los de 65 años y más y los menores de 5 años (**Figura 3**) (4). En contraste con la influenza, el VSR presenta un comportamiento más moderado manteniéndose en niveles bajos, pero con un aumento gradual, con una positividad entre el 2,4% - 2,6% (**Figura 2**). En cuanto los grupos de edad más afectados por VSR se encuentran los lactantes menores de 1 año y adultos de 65 años y más (**Figura 4**) (4).

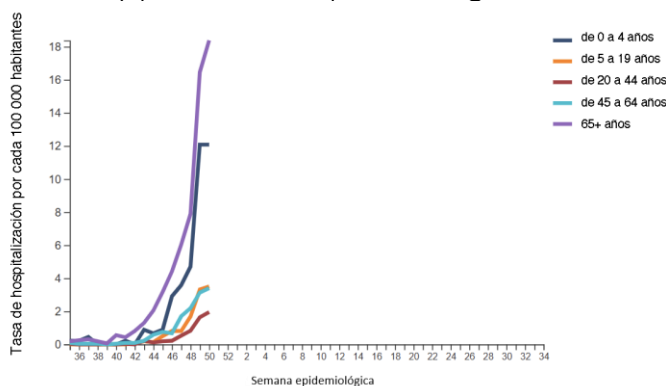
Con respecto a las hospitalizaciones asociadas tanto a influenza como a VSR, se observa una tendencia al incremento. Con relación a influenza, este incremento ha sido acelerado, especialmente en las SE 49 y SE 50 del 2025 (**Figura 2**); sin embargo, las primeras evidencias sugieren que la actividad de influenza, incluidas las hospitalizaciones, podría estar acercándose a su punto máximo. El incremento de las hospitalizaciones por VSR ha sido más gradual y la tasa general sigue siendo baja (tasa semanal de 0,5 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes) (**Figura 2**).

Figura 2. Número y tasa bruta de hospitalizaciones asociadas a casos de (a) influenza y (b) VSR confirmados por laboratorio en Canadá, por semana epidemiológica, temporada 2025-2026.



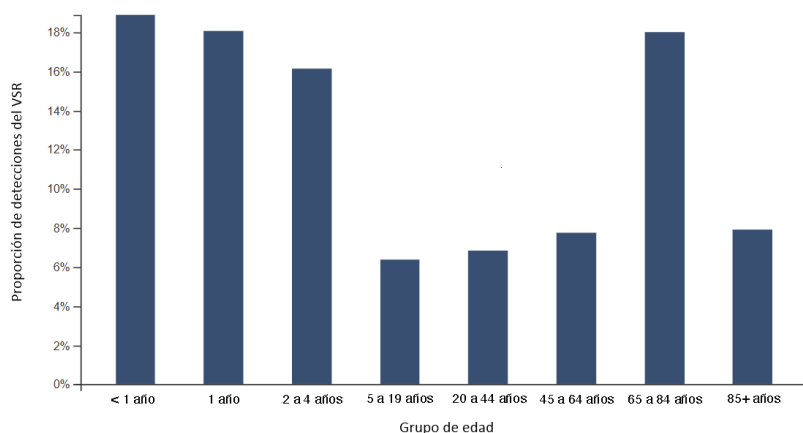
Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (4).

Figura 3. Tasas brutas semanales (por cada 100.000 habitantes) de hospitalizaciones asociadas a influenza por grupo de edad y por semana epidemiológica.



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (4).

Figura 4. Proporción de detecciones de VSR notificadas en Canadá por grupo de edad, temporada 2025-2026.

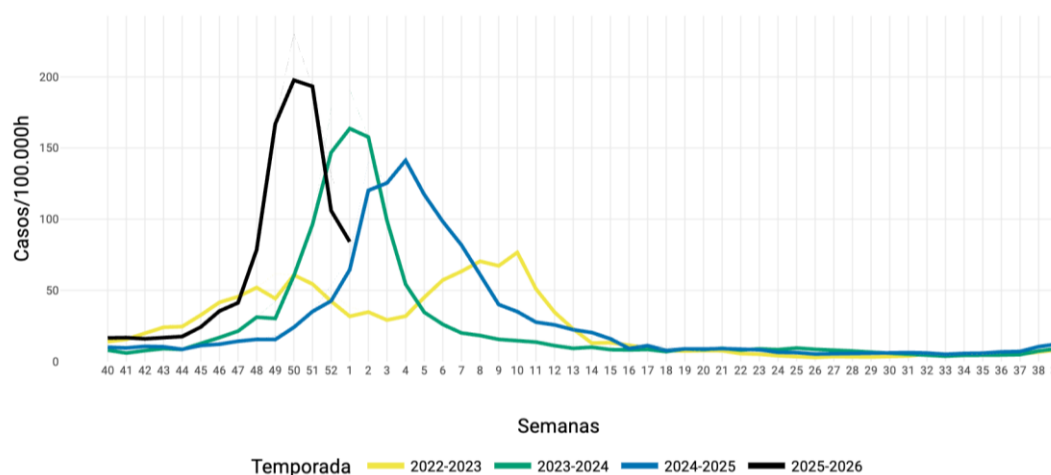


Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (4).

En **España**, durante la temporada de influenza 2025–2026, hasta el 8 de enero del 2025, en la circulación temprana de influenza predomina el subtipo A(H3N2), con una tasa de síndrome gripal (en atención primaria), que supera el umbral epidémico antes de lo esperado, alcanzando un pico superior a las tres temporadas anteriores (**Figura 5**) (5). La tasa estimada de hospitalizaciones por influenza siguió una tendencia similar, alcanzando, por el momento, niveles superiores a las temporadas de 2022-23 y 2024-25 pero inferiores a la temporada 2023-24 (**Figura 6**) (5). Finalmente, hasta la semana⁴(S) 1 del 2026, la mortalidad observada no había superado lo esperado (**Figura 7**) (5).

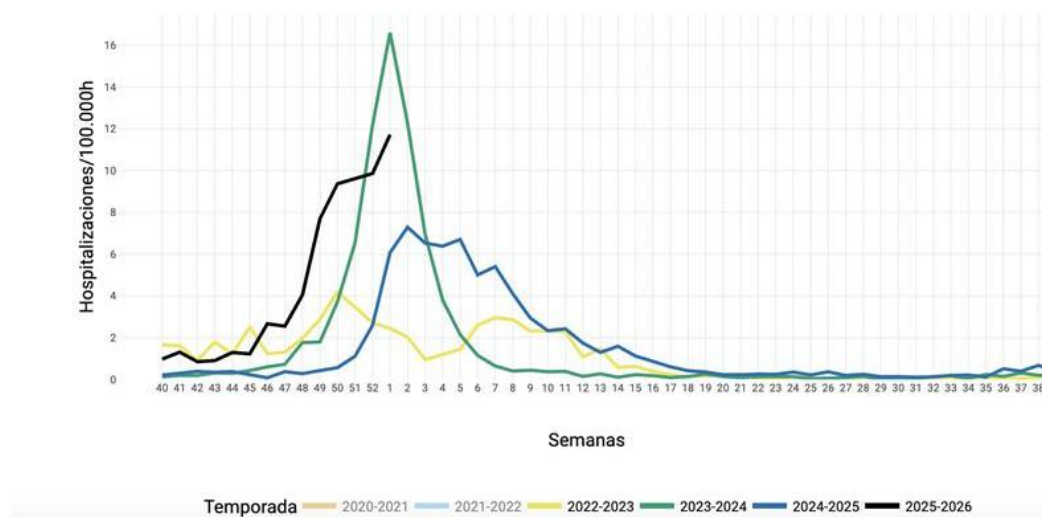
⁴ Hace referencia al número de semana según la Organización Internacional de Normalización (ISO) norma ISO 8601.

Figura 5. Tasas de síndrome gripal en las temporadas 2022-23 a 2025-26 en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.



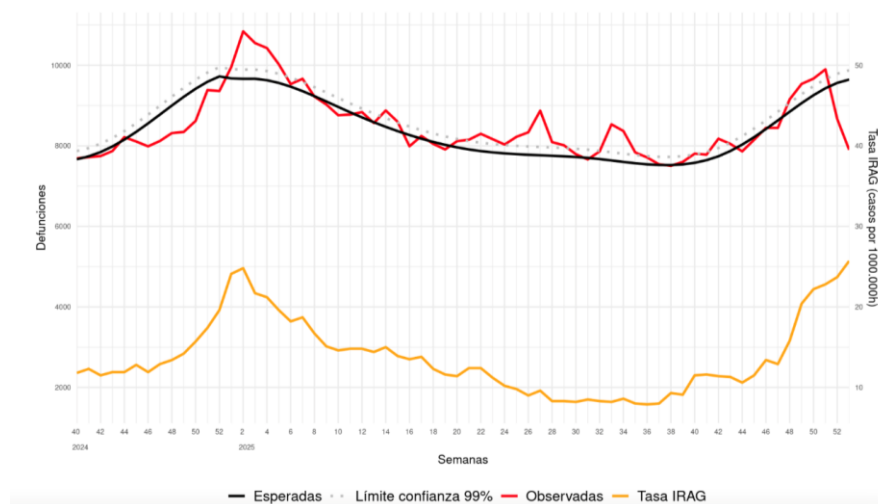
Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero del 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html (5).

Figura 6. Tasa estimada de hospitalización por influenza en las temporadas 2020-21 a 2025-26 en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.



Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero del 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html (5).

Figura 7. Mortalidad por todas las causas observada y esperada en las tres últimas temporadas en España. SiVIRA, semana 1 del 2026.

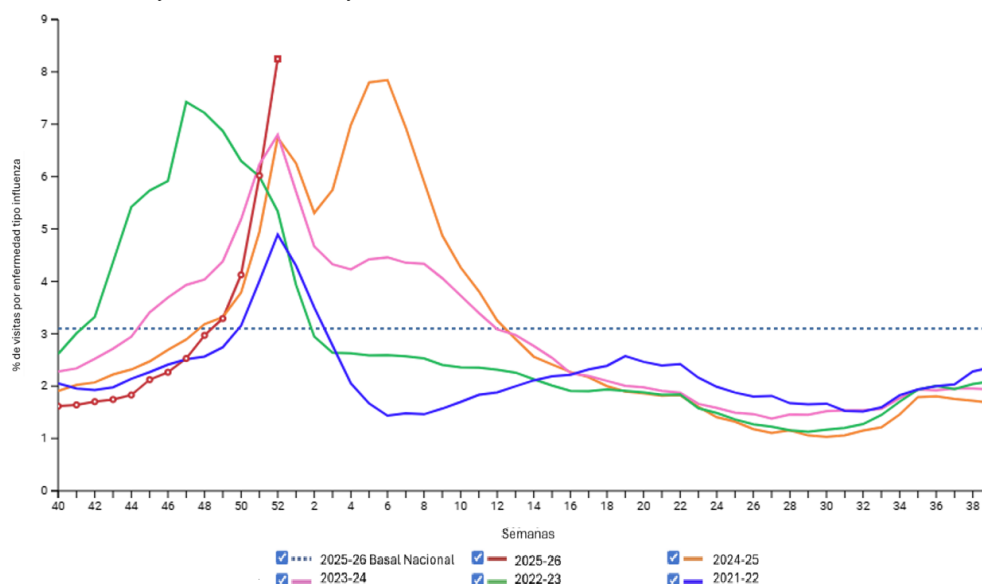


Fuente: Adaptado del Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero de 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html (5).

En los **Estados Unidos de América**, desde la SE 45 del 2025 se observa un incremento progresivo de casos de influenza y otros virus respiratorios, lo cual es consistente con la actividad durante la temporada invernal (**Figura 8 y Figura 9**) (6 - 8). A la SE 52 del 2025 la enfermedad similar a influenza es considerada muy alta en 32 jurisdicciones incluyendo la ciudad de New York y Puerto Rico y los estados de Alabama, Alaska, Arkansas, Colorado, Connecticut, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Texas y Virginia de acuerdo con la información disponible en los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC de los EE. UU.)(7). La actividad de VSR es elevada en muchas áreas del país (**Figura 10**) (6).

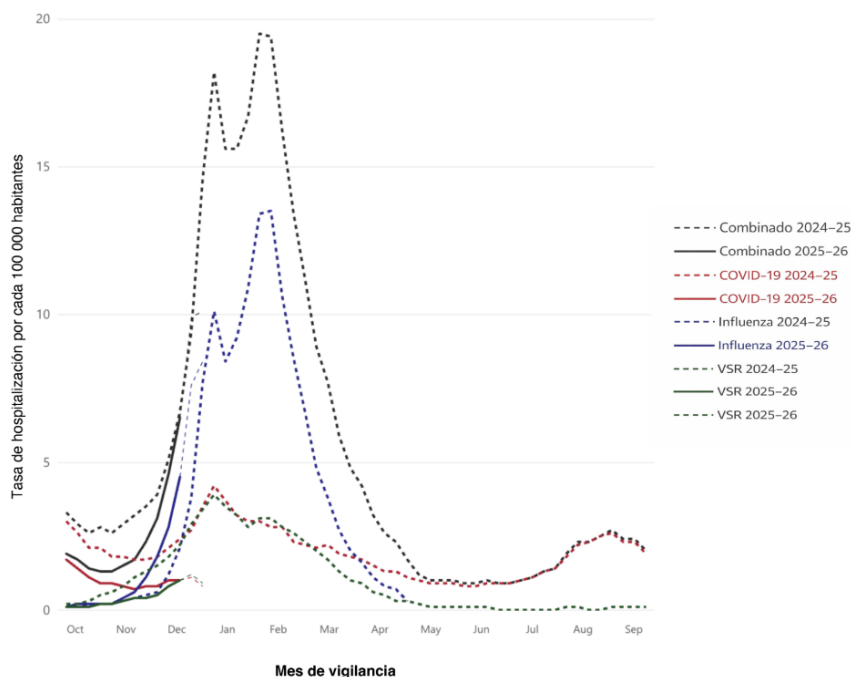
Los datos de vigilancia hospitalaria indican tasas elevadas y crecientes de hospitalización asociadas a influenza, con tasas más altas en adultos de 65 años o más, y un aumento gradual de las tasas de hospitalización asociadas a VSR, particularmente en niños menores de cinco años (**Figura 11**) (6, 7). Las tasas de hospitalización de VSR observadas hasta el 2 de enero del 2026, se mantienen por debajo de los picos registrados durante la temporada 2024–2025 (**Figura 9**) (9).

Figura 8. Porcentaje de consultas ambulatorias por enfermedad respiratoria notificadas por la Red de Vigilancia de enfermedad tipo influenza (ETI) en pacientes ambulatorios de los Estados Unidos (ILINet).



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 52, ending December 27, 2025. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2025-week-52.html> (6).

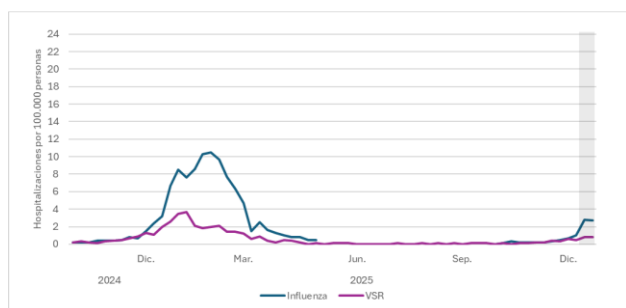
Figura 9. Tasas semanales de hospitalización asociadas a COVID-19, influenza y VSR, durante las temporadas 2024-25 y 2025-26. Estados Unidos.



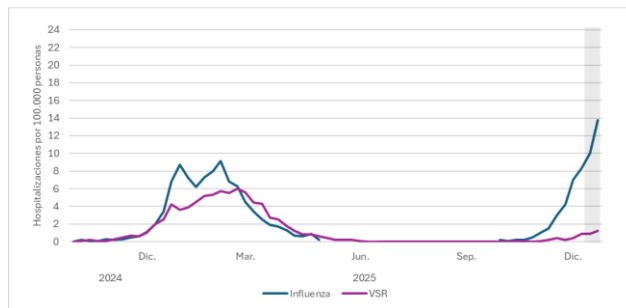
Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Hospitalization Surveillance Network (RESP-NET). Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/resp-net/dashboard/> (8).

Figura 10. Tasas semanales de hospitalización asociadas a influenza y VSR por cada 100.000 habitantes según RESP-NET, por estados seleccionados (a-h), Estados Unidos temporadas 2024-2025 y 2025-2026.

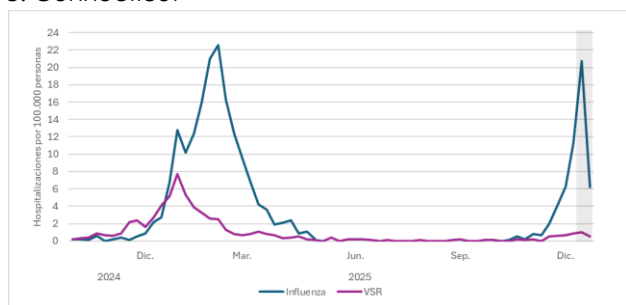
a. California



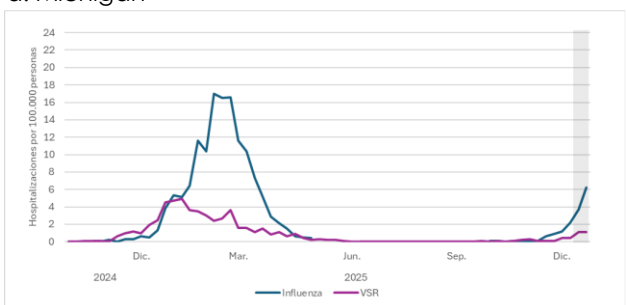
b. Colorado



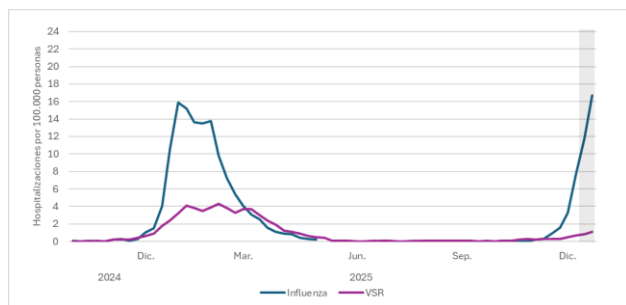
c. Connecticut



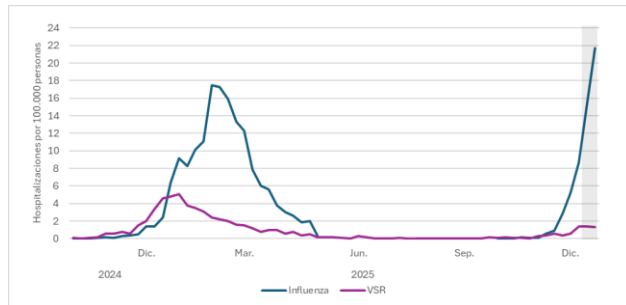
d. Michigan



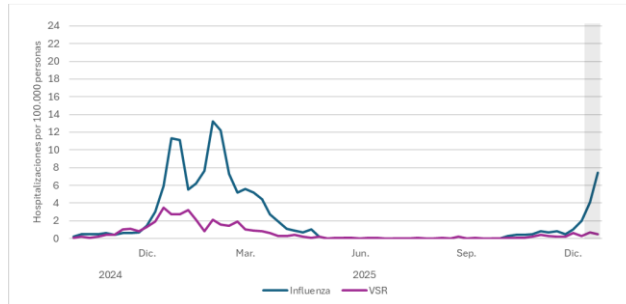
e. Minnesota



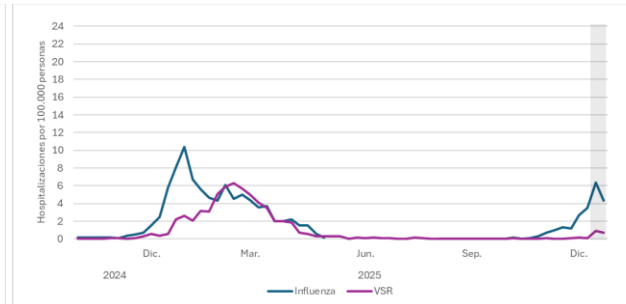
f. New York



g. Tennessee



h. Utah



Nota: Las barras grises de la temporada 2025-26 indican posibles retrasos en la presentación de informes de las últimas semanas. Los datos de RESP-NET son preliminares y están sujetos a cambios a medida que se disponga de más datos.

Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 7 de enero del 2026]. Disponible en <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html> (10).

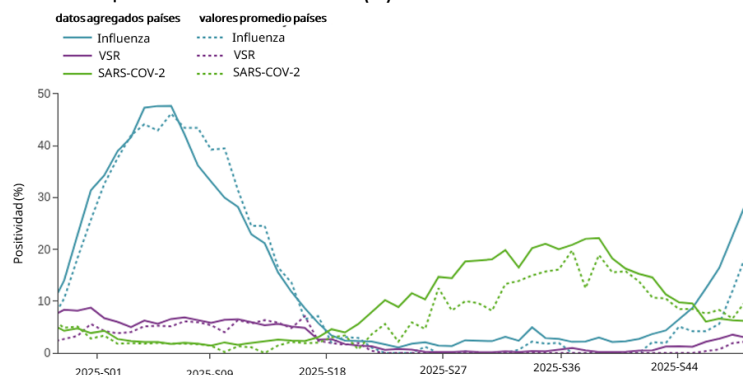
The graph displays the daily rate of hospitalization per 100,000 for COVID-19 in Mexico from October 1 to December 31, 2020. The Y-axis represents the rate, ranging from 0 to 10. The X-axis shows the months of October, November, and December. A solid purple line represents the total rate, which shows a significant upward trend starting in late October, peaking at approximately 8.8 in early December, and then declining. A dashed grey line indicates the projected trend for the end of the year. Other lines (red, green, blue) represent specific categories, all remaining below 2 throughout the period.

Fecha	Tasa total	Tasa roja	Tasa verde	Tasa azul
1 de Octubre	0.8	0.1	0.1	0.1
15 de Octubre	1.5	0.1	0.1	0.1
31 de Octubre	2.1	0.1	0.1	0.1
15 de Noviembre	3.0	0.5	0.3	0.1
31 de Noviembre	4.7	0.6	0.2	0.1
15 de Diciembre	4.2	0.5	0.2	0.1
31 de Diciembre	8.8	1.8	0.6	0.2

En relación a los países de la **Unión Europea / Espacio Económico Europeo (EU/EEA)**, el Centro para Prevención y Control de Enfermedades Europeo (ECDC por sus siglas en inglés) informó que, durante las últimas semanas del 2025 se observó un número elevado de pacientes que acudieron a los servicios de atención primaria con síntomas de enfermedades respiratorias en los 21 países que han reportado datos (Austria, Bélgica, Croacia, Republica Checa, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Lituania, Luxemburgo, Malta, Noruega, los Países Bajos, Polonia y Rumania,). La circulación del virus de influenza continúa aumentando, siendo la influenza A predominante en todos los países, y el virus A(H3N2) el principal impulsor del incremento de casos en las últimas semanas (**Figura 12**). Esta mayor circulación se ha observado principalmente entre los niños de 5 a 14 años (11). Asimismo, se está observando un aumento de las hospitalizaciones en algunos países, que afecta a todos los grupos de edad, pero principalmente a los adultos de 65 años o más (11).

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2026

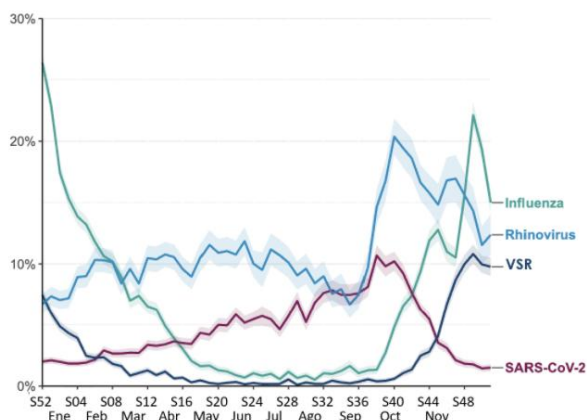
Figura 12. Infección respiratoria aguda grave (IRAG) vigilancia virológica en hospitales: positividad semanal de las pruebas semana⁴ (S) 50 del 2025.



Fuente: Adaptado de European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 51, 13–19 December. Solna: ECDC; 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2025.pdf> (11).

En relación con **Ingllaterra**, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA por sus siglas en inglés) informo que, para la temporada 2025-2026, la circulación de influenza y hospitalización por influenza aumentó de manera temprana y rápida. Desde la semana¹ (S)42 del 2025 se observó un aumento abrupto de las hospitalizaciones asociadas a influenza, con una tasa semanal de admisión hospitalaria que alcanzó un máximo de 10,2 por 100.000 habitantes en la S49; niveles de intensidad media calculados mediante el método de la curva epidémica móvil. Hasta el 24 de diciembre del 2025, durante la temporada 2025 - 2026, la positividad máxima en laboratorios centinela se observó para la S50 con un 22,1% y había descendido al 15,0% en la S51. La circulación del VSR durante las últimas cuatro semanas del 2025 muestra una leve disminución, con una tendencia de aumento más lenta en comparación con otros virus respiratorios (**Figura 13**), sin embargo, para la S51 se observó una positividad de un 9,8%, con una afectación predominante en niños menores de cinco años (**Figura 14**) (12). Los datos de vigilancia hospitalaria evidencian un aumento de los ingresos asociados a VSR donde la tasa general de admisión hospitalaria semanal por VSR aumentó a 4,07 por 100.000 en comparación con 3,63 por 100.000 en la semana anterior (12).

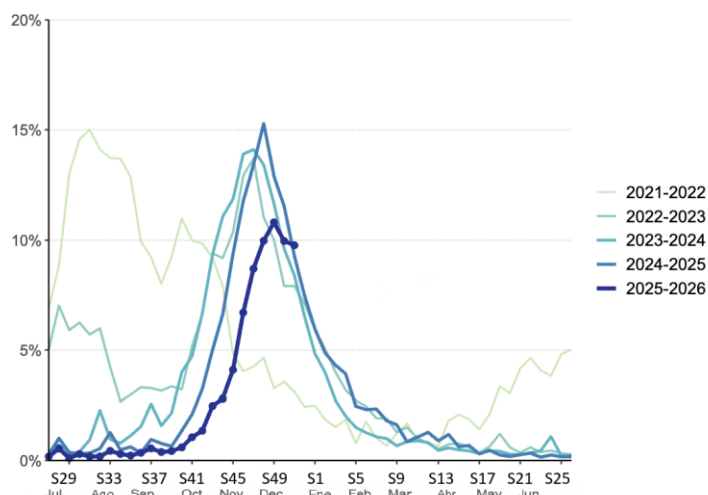
Figura 13. Porcentaje semanal de pruebas positivas para influenza, SARS-CoV-2, VSR y rinovirus, en Inglaterra de la S1 a S51 del 2025*



*El sombreado representa los intervalos de confianza de un 95%

Fuente: Adaptado de UK Health Security Agency. National flu and COVID-19 surveillance report: 24 December 2025 (week 52). Londres: UKHSA; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2025-to-2026-season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-24-december-2025-week-52> (12).

Figura 14. Positividad para VSR en Inglaterra durante la temporada del 2021-22 al 2025-26



Fuente: Adaptado de UK Health Security Agency (UKHSA). National flu and COVID-19 surveillance report: 24 December 2025 (EW 52). Londres: UKHSA; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2025-to-2026-season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-24-december-2025-week-52> (12).

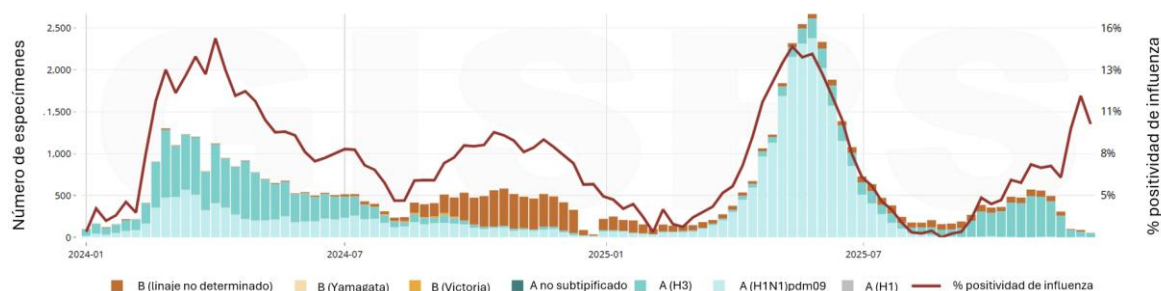
Hemisferio Sur

En **Brasil**, la temporada de influenza 2025 mostró un comportamiento bimodal, con un primer ascenso de la actividad entre las SE 12 y 22, seguido de un descenso sostenido y un segundo repunte hacia la SE 39 (**Figura 15**) (13). La circulación estuvo dominada por influenza A, con predominio de A(H1N1)pdm09 durante el primer periodo de mayor actividad, con una mayor contribución de A(H3N2) durante el repunte tardío (13). En la vigilancia sindrómica de infección respiratoria aguda grave (IRAG), el mayor número de casos positivos para influenza se concentró en el primer periodo de mayor actividad, mientras que el repunte de fin de año fue de menor magnitud (3). En conjunto, la temporada se enmarcó en un contexto de predominio de influenza A, sin señales consistentes de aumento de gravedad a nivel nacional. En cuanto al VSR, la circulación se extendió por un periodo ligeramente más prolongado de lo habitual, con niveles de actividad superiores a los de la temporada anterior, contribuyendo a una demanda sostenida de atención por infecciones respiratorias (**Figura 16**) (3).

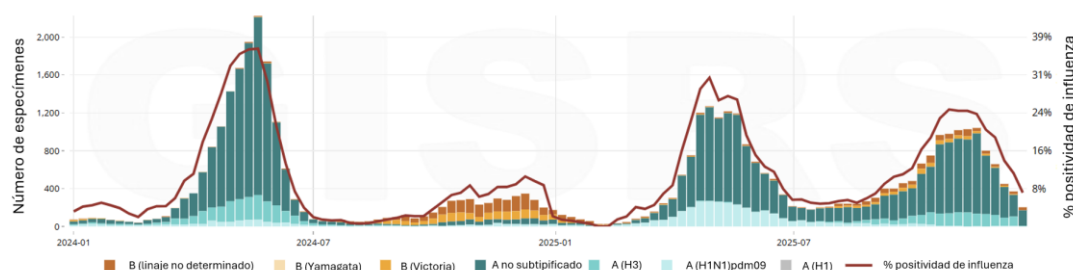
En **Chile**, la temporada de influenza 2025 presentó un patrón bimodal, con predominio de influenza A (**Figura 15**) a lo del año (12). La actividad de influenza se adelantó en comparación con temporadas previas, con un primer pico alrededor de la SE 18, en el cual predominó influenza A(H1N1)pdm09 (12). Hacia el último tercio del año se observó un repunte estacional con incremento de los casos de ETI, compatible con un incremento en la circulación de influenza A(H3N2), seguido de un descenso progresivo en las semanas posteriores (12). Las personas de 65 años y más concentraron el 42,1% de los casos reportados de IRAG, sin identificarse señales de mayor gravedad o aumento inusual de desenlaces severos durante la temporada. Con respecto a VSR, se registró un mayor número de casos y una positividad más alta que en 2024(**Figura 16**) (3).

Figura 15. Detección de virus por subtipo/linaje notificado a FluNet en (a) Brasil y (b) Chile desde el 1 de enero del 2024 al 22 de diciembre del 2025.

a. Brasil



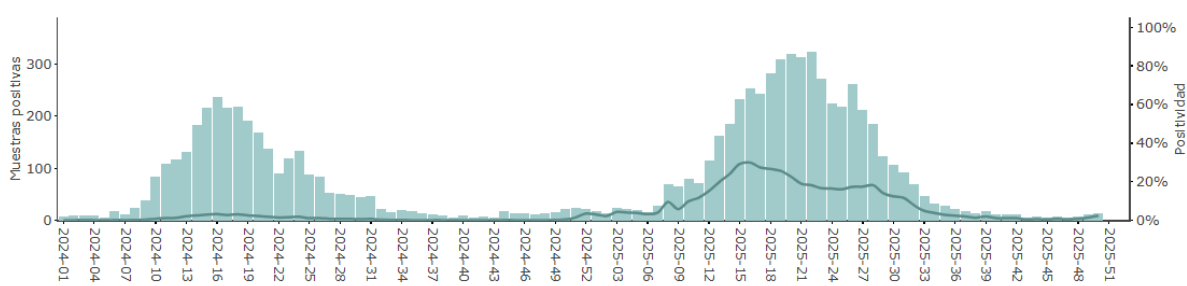
b. Chile



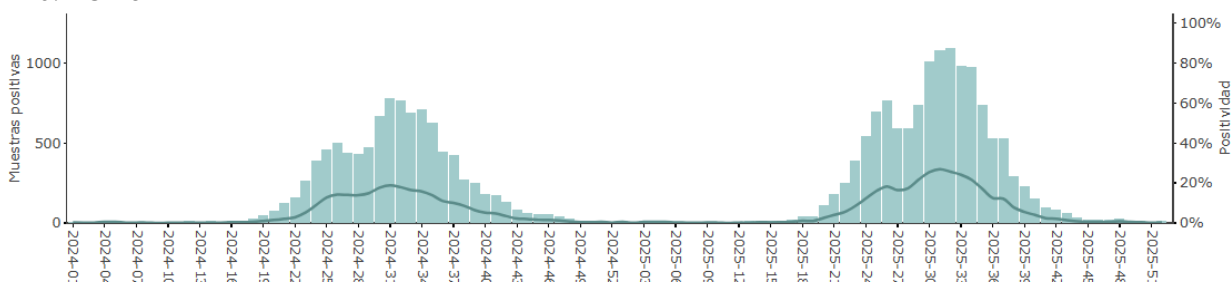
Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information - Flunet. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart/> (13).

Figura 16. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica para VSR en (a) Brasil y (b) Chile, a la SE 51 del 2025.

a. Brasil



b. Chile



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 7 de enero del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Efectividad de la vacuna de influenza

Estudios de efectividad de la vacuna de influenza realizados en Europa y Reino Unido durante la temporada 2025-2026 -donde la circulación de influenza A(H3N2) – subclado K es predominante- indican que la vacuna confiere protección frente a hospitalización (70 a 75% en niños; 30 a 40% en adultos) y frente a enfermedad ambulatoria (44% para cualquier influenza y 52% frente a influenza A(H3N2) (14, 15). Los resultados interinos de efectividad de la vacuna durante la temporada 2025-2026 demuestran que la vacuna confiere protección frente a enfermedad asociada a influenza y se debe por tanto alcanzar altas coberturas de vacunación en los grupos prioritarios.

Recomendaciones para los Estados Miembros

Considerando la información disponible, se observa un inicio temprano y una actividad intensa de influenza en varios países del hemisferio norte, con predominio del subtipo A(H3N2), lo que podría ejercer una presión sostenida sobre los servicios de salud. Si bien la dinámica corresponde a un patrón estacional esperado, algunos países registran niveles elevados respecto a temporadas recientes, reforzando la necesidad de mantener vigilancia epidemiológica y virológica estrecha y fortalecer las medidas de prevención y preparación.

La circulación del VSR también muestra un aumento gradual en distintos países, con impacto sanitario principalmente en niños menores de cinco años y adultos mayores de 65 años. En escenarios con co-circulación de influenza y VSR, la presión sobre los servicios de salud podría incrementarse, destacando la importancia del seguimiento integrado de ambos virus.

Ante esta situación, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), insta a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo las principales acciones para la vigilancia, el manejo clínico y profilaxis, la prevención y control de la infección, la comunicación de riesgos y la vacunación. A continuación, se presenta un resumen de las principales recomendaciones emitidas en la Alerta Epidemiología sobre Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 Hemisferio Sur - inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte del 4 de diciembre del 2025 (16), las cuales continúan vigentes.

Vigilancia

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros integrar la vigilancia de la influenza, el VSR, SARS-CoV-2 y otros virus respiratorios en las plataformas nacionales existentes y reportar los datos de vigilancia de manera semanal a través de las plataformas FluNET y FluID de la OPS/OMS. También es importante mantener la secuenciación de los virus influenza para monitorear e identificar clados/subclados potencialmente asociados con mayor transmisibilidad o patogenicidad.

Se recomienda a los Estados Miembros que continúen fortaleciendo la vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) y prioricen la vigilancia centinela de las infección respiratoria aguda grave (IRAG) complementándola con otras estrategias de vigilancia para monitorear los cambios epidemiológicos y las tendencias de circulación viral para evaluar los patrones de transmisión, la gravedad clínica y el impacto en el sistema de salud y la sociedad, e identificar grupos de riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias asociadas (17, 18).

Como complemento de la vigilancia basada en indicadores, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros implementar una vigilancia basada en eventos. La vigilancia basada en

eventos es la captura organizada y rápida de información sobre eventos que pueden representar un riesgo potencial para la salud pública. La información puede provenir de rumores y/u otros informes ad hoc transmitidos a través de sistemas de información rutinarios formales (sistemas de información rutinarios preestablecidos) o informales, no preestablecidos (es decir, medios de comunicación, comunicación directa de los trabajadores de la salud u organizaciones no gubernamentales). La vigilancia basada en eventos es un componente funcional del mecanismo de alerta temprana y respuesta (19, 20).

Los eventos respiratorios que son inusuales deben investigarse de inmediato y reportarse a la OPS/OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (20). Los eventos inusuales incluyen casos de enfermedad respiratoria aguda con progresión clínica atípica; infección respiratoria aguda asociada con la exposición a animales enfermos, u observada en viajeros procedentes de áreas propensas a la aparición de nuevos virus de influenza; casos de IRAG en los profesionales de la salud que están atendiendo medicamente casos respiratorios graves de etiología desconocida; o conglomerados de infecciones virales de influenza fuera de la temporada de circulación típica.

Como parte de la vigilancia de rutina basada en indicadores, y para la confirmación etiológica de casos inusuales, se debe obtener muestras nasofaríngeas y orofaríngeas (o lavado bronquial, en casos graves) para la detección de virus respiratorios. Siempre se debe priorizar el análisis de laboratorio de los casos más graves, especialmente aquellos admitidos en las unidades de cuidado intensivo (UCI) y los casos fatales en los que también se recomienda tomar muestras de tejido del tracto respiratorio (si fuera posible). Se debe tomar todas las medidas de bioseguridad para patógenos respiratorios. Deben seguirse las pautas técnicas y los algoritmos de diagnóstico del Centro Nacional de Influenza o del laboratorio nacional de referencia responsable de la vigilancia de laboratorio. Los algoritmos de prueba recomendados para la influenza, el VSR y SARS-CoV-2 están disponibles en la página web de la OPS/OMS en: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-integrada-influenza-sars-cov-2-algoritmo-pruebas-laboratorio> (21).

De acuerdo con las pautas de la OMS, muestras representativas para influenza seleccionadas de acuerdo con los criterios recomendados por la OPS y la OMS deben ser enviadas a un Centro Colaborador (CC) de la OMS para caracterización genómica y antigénica adicionales (21, 22). Las muestras de influenza A, a las que no se le pueda determinar el subtipo de virus, siendo una muestra no subtipificable real (aquellos positivos para Influenza A pero donde la RT-PCR para subtipificación es negativa o no concluyente), también se deben enviar de inmediato a un CC de la OPS/OMS (19). Para mayor orientación y verificación de una muestra no subtipificable real, pueden comunicarse con el equipo de respuesta de laboratorio de la OPS antes del envío a un CC de la OMS (laboratoryresponse@paho.org).

Las muestras positivas para influenza zoonótica de origen animal, tras cumplido todos los requisitos de la parte veterinaria, enviarse al CC de la OPS/OMS en el Hospital St. Jude en Memphis, Tennessee, en los Estados Unidos, para caracterización genómica y antigénica.

Manejo clínico y profilaxis

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que actualicen sus guías de tratamiento con base en las guías actualizadas de la OMS (23 - 25). Las recomendaciones para el manejo clínico de pacientes con enfermedad respiratoria grave indicadas en las alertas epidemiológicas y en las actualizaciones de la OPS/OMS sobre la influenza continúan vigentes (26). Las recomendaciones sobre el tratamiento antiviral y antibiótico de acuerdo con presentación clínica se encuentran en las **tablas 1-4** (25).

Tabla 1. Recomendaciones para tratamiento de influenza no grave.

Medicamento	Recomendación
Baloxavir (riesgo alto de progresión a enfermedad grave)	Recomendación condicional a favor
Baloxavir (riesgo bajo de progresión a enfermedad grave)	Recomendación condicional en contra
Laninamivir	Recomendación condicional en contra
Oseltamivir	Recomendación sin reservas en contra
Peramivir	Recomendación condicional en contra
Zanamivir	Recomendación sin reservas en contra
Favipiravir	Recomendación sin reservas en contra
Umifenovir	Recomendación condicional en contra
Antibióticos	Recomendación sin reservas en contra en probabilidad baja de coinfección bacteriana

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabla 2. Recomendaciones para tratamiento de influenza grave.

Medicamento	Recomendación
Oseltamivir	Recomendación condicional a favor
Peramivir	Recomendación condicional en contra
Zanamivir	Recomendación condicional en contra

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabla 3. Recomendaciones para tratamiento complementario en influenza grave.

Intervención	Recomendación
Macrólidos	Recomendación condicional en contra sin coinfección bacteriana
Plasma	Recomendación condicional en contra
Inhibidores mTOR	Recomendación condicional en contra
Corticosteroides	Recomendación condicional en contra

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Tabla 4. Recomendaciones para prevención en personas expuestas sin infección

Medicamento	Recomendación
Baloxavir	Recomendación condicional a favor en riesgo extremadamente elevado
Laninamavir	Recomendación condicional en contra sin riesgo extremadamente elevado
Oseltamivir	Recomendación condicional a favor en riesgo extremadamente elevado
Zanamavir	Recomendación condicional en contra sin riesgo extremadamente elevado

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759> (25).

Prevención y control de la infección

La OPS/OMS recomienda fortalecer las medidas de higiene de las manos, la etiqueta de la tos, el uso de mascarillas por parte de las personas que presentan síntomas o han dado positivo en las pruebas de detección de los virus de la gripe, debido a que estas medidas pueden reducir la transmisión de estos virus.

Ante el potencial riesgo de brotes de infecciones asociadas a la atención sanitaria por virus respiratorios, se recomienda el fortalecimiento de las medidas de precaución estándar y el uso de precauciones de transmisión por gotas al atender a pacientes con infección por virus respiratorios sospechosa o confirmada o al obtener, transportar y analizar muestras de laboratorio de pacientes presuntamente afectados. Esto incluye la ubicación adecuada (aislamiento) de los casos sospechosos o confirmados y el uso de mascarillas quirúrgicas por parte del paciente que presenta cuadro respiratorio y por parte del personal sanitario y asistencial que atiende al paciente con gripe sospechosa o confirmada.

Se recomienda que el personal sanitario y asistencial realice una evaluación adecuada de los riesgos para determinar si es necesario utilizar equipos de protección individual adicionales (por ejemplo, protección ocular, respiradores FFP2 o N95, batas, guantes) al atender a pacientes (26).

A continuación, se presentan el resumen de los niveles de PCI necesarios en las actividades corrientes de atención sanitaria (con exclusión de aquellas técnicas que generen aerosoles) (Tabla 5) (27).

Tabla 5. Precauciones necesarias en la atención corriente de pacientes con afecciones respiratorias.

Nivel de prevención de infecciones en la atención corriente (con exclusión de técnicas generadoras de aerosoles)	Ningún patógeno detectado / ausencia de factores de riesgo de infección respiratoria aguda (IRA) de posible importancia (p. ej., enfermedad similar a influenza sin factores de riesgo)	IRA bacteriana, incluida la peste	Virus causantes de otras IRA (p. ej., parainfluenza, VSR, adenovirus)	Virus influenza con transmisión sostenida de persona a persona (p. ej., influenza estacional o pandémica)	Nuevo virus influenza sin transmisión sostenida de persona a persona (p. ej., influenza aviar)	SRAS, MERS-CoV SARS-CoV	Nueva infección respiratoria (vía de transmisión desconocida)
Precauciones básicas	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Precauciones antigotículas	✓	—	✓	✓	✓	✓	—
Precauciones anticontacto	—	—	✓	—	✓	✓	✓
Precauciones contra transmisión aérea	—	—	—	—	—	—	✓

IRA: infección respiratoria aguda; MERS-CoV: coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio; SRAS: síndrome respiratorio agudo severo; VSR: virus sincitial respiratorio, SARS-CoV: Coronavirus de tipo 2 causante del Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Protocolo de estudio de la gripe no estacional y otras afecciones respiratorias agudas emergentes. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2> (28).

Comunicación de riesgo

La influenza estacional es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad (29, 30). La vacunación contra la influenza antes del inicio de la circulación del virus estacional sigue siendo la mejor medida preventiva contra la influenza grave (31).

El público debe ser informado de que el principal modo de transmisión de la influenza es el contacto interpersonal. El lavado de manos es la forma más eficiente de disminuir la transmisión. El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" también ayuda a prevenir la transmisión (30).

Las personas con fiebre deben evitar ir a lugares de trabajo o lugares públicos hasta que la fiebre disminuya. Del mismo modo, los niños en edad escolar con síntomas respiratorios, fiebre o ambos, deben quedarse en casa y no ir a la escuela.

Para aprovechar el conocimiento que la mayoría del público ha adquirido sobre la prevención de enfermedades respiratorias -a raíz de la pandemia de la COVID-19-, y para evitar confusiones y ejercer una comunicación efectiva, los Estados Miembros deben considerar desarrollar estrategias y campañas de comunicación de riesgo que integren mensajes de prevención para los virus respiratorios. También se recomienda la integración de la comunicación para la promoción de la vacunación contra el COVID-19 y la influenza.

Vacunación

La inmunización es una estrategia importante para prevenir enfermedad grave asociada a influenza estacional, COVID-19 y VSR, incluidas las hospitalizaciones y las muertes asociadas. La OPS/OMS recomienda la vacunación de grupos con riesgo particular de influenza grave, incluidos adultos mayores, personas con afecciones subyacentes, niños entre 6 y 59 meses y mujeres embarazadas. Los trabajadores de la salud corren un mayor riesgo de exposición y transmisión del virus de la influenza y del SARS-CoV-2 y, por lo tanto, también se les debe dar prioridad (32, 33). Se recomienda que los mismos grupos prioritarios de alto riesgo (con la excepción de los niños menores de 59 meses) reciban dosis de refuerzo de vacuna contra COVID-19 de 6 a 12 meses después de la última dosis. Por último, el Grupo Estratégico Asesor de Expertos sobre inmunización (SAGE por su sigla en inglés) recomienda que todas las personas de 6 meses o más reciban por lo menos una dosis de vacuna contra COVID-19 si nunca recibieron una (34).

Actualmente existen dos estrategias disponibles para la prevención de enfermedad grave por VSR en lactantes y recién nacidos: la administración de vacuna durante la gestación (vacuna RSVPreF) y la administración de anticuerpos monoclonales de acción prolongada (nirsevimab y clesrovimab) a recién nacidos y lactantes. Ambas estrategias han demostrado ser eficaces y con un perfil de seguridad favorable tanto para la mujer embarazada como para el recién nacido. La OPS y la OMS recomiendan que los países introduzcan estos productos para la prevención de enfermedad y muerte por VSR en recién nacidos (35-37).

La vacuna RSVPreF (Abrysvo®, Pfizer) es una vacuna bivalente que se administra a mujeres embarazadas en el tercer trimestre para proteger a sus bebés mediante la transferencia transplacentaria de anticuerpos (35). Los anticuerpos monoclonales de acción prolongada (nirsevimab (Beyfortus®, Sanofi) y clesrovimab, (Enflonsia®, Merck)) son anticuerpos recombinantes con una vida media extendida y que se administran mediante dosis única a los recién nacidos y a niños en riesgo elevado de enfermedad grave (39, 40). Tanto la vacuna RSVpreF como los anticuerpos monoclonales de acción prolongada han sido aprobados y están siendo utilizados en varios países de la región de las Américas.

Adicionalmente, existen tres vacunas aprobadas para la prevención de enfermedad por VSR en adultos con comorbilidades y en adultos mayores: Abrysvo®, Pfizer; Arexvy®, GSK y mRESVIA®, Moderna. (38, 41, 42). En ensayos clínicos aleatorizados y en estudios post-autorización, estas vacunas demostraron su eficacia en reducir el riesgo de desarrollar enfermedad grave asociada a VSR.

Actualmente, están en fase de investigación clínica varias vacunas y anticuerpos monoclonales de acción prolongada para la prevención de enfermedad por VSR, además de un progreso significativo en el conocimiento de la respuesta inmune al VSR.

Medidas no farmacológicas de salud pública en la población

Como se evidenció recientemente durante la pandemia de COVID-19, las medidas de salud pública no farmacológicas complementan la respuesta de eventos respiratorios. Junto con la inmunización contra virus respiratorios se deben aplicar medidas personales como la higiene de manos, el distanciamiento físico, la etiqueta respiratoria, el uso de mascarillas y quedarse en casa cuando se está enfermo, que son eficaces para limitar la transmisión de virus respiratorios (43).

Para obtener más detalles, consulte las guías: Medidas de salud pública no farmacéuticas para mitigar el riesgo y el impacto de la influenza epidémica y pandémica (43) y el manual de Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19 (44).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Disease Outbreak News; Seasonal influenza -Global situation. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON586>.
2. Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 558. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--558>.
3. Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 7 de enero del 2026]. Disponible en: https://dashboards.paho.org/app/respiratory_viruses/.
4. Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 3 de enero del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/>.
5. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de la infección respiratoria aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 1/2026 (del 29 de diciembre al 4 de enero del 2026). Madrid: ISCIII; 2026 [consultado el 8 de enero de 2026]. Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202601.html.
6. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 52, ending December 27, 2025. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2025-week-52.html>.
7. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html>.
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Hospitalization Surveillance Network (RESP-NET). Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/resp-net/dashboard/>.
9. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Syncytial Virus Infection (RSV). Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rsv/php/surveillance/rsv-net.html>.
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 5 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html>.
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Weekly Communicable Disease Threats Report, Week 51, 13–19 December. Solna: ECDC; 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-51-2025.pdf>.
12. UK Health Security Agency. Respiratory DataMart sentinel laboratory network, England. National flu and COVID-19 surveillance report: 24 December 2025 (week 52). Londres: UKHSA; 2025 [consultado el 2 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2025-to-2026-season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-24-december-2025-week-52>.

13. Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information – FluNet. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://worldhealthorg.shinyapps.io/fluNetchart/>.
14. Kirsebom C, Thompson C, Talts T, Kele B, Whitaker H, Andrews N, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025, a period dominated by influenza A(H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025 Nov;30(46):2500854. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41267661/>.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness against influenza requiring medical attention at primary care level in Europe, week 41 - 49, 2025. Solna: ECDC; 2025 [consultado el 8 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/early-estimates-seasonal-influenza-vaccine-effectiveness-against-influenza-requiring>.
16. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur - inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte - 4 de diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-estacional-region-america-cierre-temporada-2025>.
17. Organización Mundial de la Salud. Implementing the integrated sentinel surveillance of influenza and other respiratory viruses of epidemic and pandemic potential by the Global Influenza Surveillance and Response System: standards and operational guidance. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/b/75676>.
18. Organización Mundial de la Salud. «Elaboración del mosaico»: un marco para la vigilancia resiliente de virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0476be3-12c0-4cda-86b6-de106a7cb933/content>.
19. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública: Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión provisional. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2015. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10115>.
20. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>.
21. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Vigilancia integrada de la influenza y el SARS-CoV-2 algoritmo de pruebas de laboratorio. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-integrada-influenza-sars-cov-2-algoritmo-pruebas-laboratorio>.
22. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones operacionales para el envío de virus de la gripe estacional a los centros colaboradores de la OMS integrados en el sistema mundial de vigilancia y respuesta a la gripe. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/330235>.
23. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for the clinical management of severe illness from influenza virus infections. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/352453>.
24. Organización Mundial de la Salud. Clinical care of severe acute respiratory infections – Tool kit. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-care-of-severe-acute-respiratory-infections-tool-kit>.

25. Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759>.
26. Organización Panamericana de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026] Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=4951&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=>.
27. Organización Panamericana de la Salud. Infografía: Qué EPP usar en qué situación. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-que-epp-usar-que-situacion>.
28. Organización Mundial de la Salud. Protocolo de estudio de la gripe no estacional y otras afecciones respiratorias agudas emergentes. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-IHM-GIP-2018.2>.
29. Organización Mundial de la Salud, Gripe (estacional). Ginebra: OMS; 2025. [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).
30. Organización Panamericana de la Salud. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios#collapse4>.
31. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra la influenza. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 6 de enero del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/vacuna-contra-influenza>.
32. Organización Mundial de la Salud. Vaccines against influenza: World Health Organization position paper – May 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354264/WER9719-eng-fre.pdf>.
33. Organización Mundial de la Salud. Increasing COVID-19 vaccination uptake. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/increasing-covid-19-vaccination-uptake>.
34. Organización Mundial de la Salud. WHO SAGE Roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2023.1>.
35. Organización Panamericana de la Salud. 1999-2024 TAG recommendations for Respiratory Syncytial Virus (RSV). Washington, D.C.: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-01/1999-2024-tag-recommendations-rsv.pdf>.
36. Organización Mundial de la Salud. WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218>.
37. Organización Panamericana de la Salud. Guía de campo sobre la inmunización materna y neonatal para Latinoamérica y el Caribe: anexo sobre la vacuna materna contra el virus respiratorio sincitial. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/1cd0d50a-b13a-4fdd-8ce5-f4c12dd0ec49>.
38. Pfizer Inc. ABRYVO® (Respiratory Syncytial Virus Vaccine) Highlights of prescribing Information. New York: Pfizer; 2025. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/168889/download>.

39. Sanofi Pasteur Limited. Product Monograph Including Patient Medication Information Beyfortus® nirsevimab injection. Toronto: SP; 2024. Disponible en: <https://www.sanofi.com/assets/countries/canada/docs/products/vaccines/beyfortus-en.pdf>.
40. Merck Sharp & Dohme LLC. ENFLONSIATM (clesrovimab-cfor) Highlights of prescribing Information. New Jersey: Merck; 2025. Disponible en: https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/e/enflonsia/enflonsia_pi.pdf
41. Glaxo Smith Kline. AREXVY (Respiratory Syncytial Virus Vaccine, Adjuvanted) Highlights of prescribing. Durham: GSK; 2025. Disponible en: https://gskpro.com/content/dam/global/hcpportal/en_US/Prescribing_Information/Arexvy/pdf/AREXVY.PDF.
42. United States Food and Drug Administration. MRESVIA. Silver Spring: FDA; 2025. Disponible en: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mresvia>.
43. Organización Mundial de la Salud. Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>.
44. Organización Mundial de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/172205cc-ff59-46f2-8fb7-569d9b8c251a>.

Otros enlaces de utilidad

Vigilancia

- Organización Mundial de la Salud. Declaración acerca de la decimoquinta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19). Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: [https://www.who.int/es/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic).
- Organización Mundial de la Salud. Mantenimiento de la vigilancia de la gripe y seguimiento del SARS-CoV-2: adaptación del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) y de los sistemas centinela durante la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales revisadas, 31 de enero del 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360484>.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe final Consulta ad hoc de expertos en la Región de las Américas: Desafíos, vacíos y próximos pasos en la vigilancia de COVID 19 y su integración en la vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-consulta-ad-hoc-expertos-region-americas-retos-brechas-proximos-pasos>.
- Organización Mundial de la Salud. Global Influenza Programme. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>.
- Organización Mundial de la Salud. Manual for the laboratory diagnosis and virological surveillance of influenza. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44518>.

Manejo Clínico

- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas, versión 3. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53894>.
- Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en : <https://iris.paho.org/items/da2963f5-238b-4ba3-ad58-219991c564f9> .
- Organización Panamericana de la Salud. Nota informativa - Medidas de prevención y control para prevenir la transmisión de influenza estacional - 19 de diciembre de 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/nota-informativa-medidas-prevencion-control-para-prevenir-transmision-influenza>.
- Organización Mundial de la Salud. Marco y conjunto de herramientas para la prevención y el control de infecciones en la preparación, la disposición operativa y la respuesta frente a los brotes a nivel nacional. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/384371> .
- Organización Mundial de la Salud. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/330080>.
- Organización Mundial de la Salud. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 19 March 2020. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331498>.