

Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada hemisferio Sur 27 de abril del 2026

Ante el inicio de la temporada 2026 de circulación de virus respiratorios en el hemisferio sur, y considerando la experiencia de la temporada 2025–2026 en el hemisferio norte — caracterizada por el predominio del virus de la influenza A(H3N2) del subclado K, con evidencia de actividad intensa concentrada en un período corto y efectividad moderada de la vacuna contra influenza— la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) insta a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia epidemiológica y virológica integrada de virus respiratorios, incluyendo la caracterización genómica oportuna; ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud anticipando posibles incrementos concentrados de demanda de los servicios, por circulación de influenza A(H3N2) y potencial co-circulación de virus sincitial respiratorio (VSR); y acelerar la vacunación contra la influenza estacional y VSR en los grupos prioritarios antes del pico de circulación.

Resumen de la situación a nivel global

A nivel global, en el **hemisferio norte**, marcado por el fin del período invernal, la actividad de influenza se mantiene en descenso, con una positividad cercana al 10% en zonas templadas y subtropicales, aunque algunos países registran niveles elevados (>20%) (**Figura 1**). Mientras la temporada 2025-2026 de influenza fue marcada por una predominancia de influenza A(H3N2) en el hemisferio norte, las últimas semanas fueron caracterizadas por un aumento proporcional de influenza B, común al final de la temporada de influenza. En contraste, en el **hemisferio sur**, marcado por el fin del período estival, se observa un aumento de las detecciones de influenza, con un predominio de influenza A(H3N2) (**Figura 1** y **Figura 2**) (1).

Para el 2026, el comportamiento de influenza a nivel global muestra un predominio de las detecciones de influenza B, con tendencia a la baja. En el hemisferio Norte, el porcentaje de positividad de influenza fue elevado (>10%) en algunos países de América del Norte, África Oriental y en países del sur, este y sudeste de Asia. El porcentaje de positividad superó el 30% en países de Centroamérica y el Caribe y Europa Oriental. Asimismo, se observó un leve incremento de la actividad de influenza en algunos países de Centroamérica y el Caribe y del sur de Asia, así como en algunos países de África Central y Asia Central (1).

En el hemisferio sur, durante la SE 14 la actividad de influenza se ha mantenido a la baja en general, aunque se reportó un aumento de positividad (>10%) en algunos países de América del Sur, África Oriental y Meridional y el sudeste asiático. En América del Sur, un solo país alcanzó

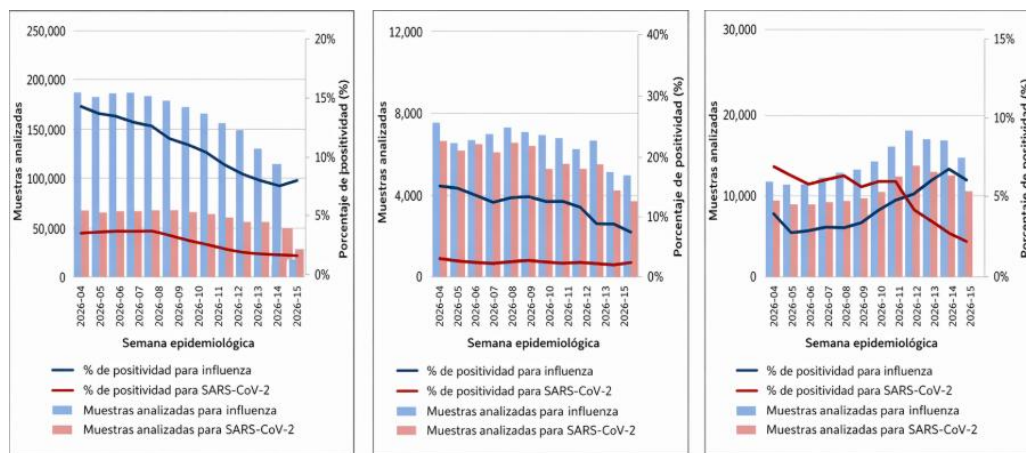
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios - inicio temporada hemisferio Sur - 27 de abril del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

una positividad para influenza mayor del 30% (1). En las zonas con alta positividad, la influenza A(H3N2) predominó especialmente en Centroamérica y el Caribe, América del Sur tropical y templada y África Oriental, mientras que la influenza A(H1N1)pdm09 fue predominante en Europa Oriental y África Meridional. La influenza B fue predominante en América del Norte, África Occidental y Asia Oriental. La influenza A y B fueron codominantes en Asia Meridional y Sudoriental (1).

A nivel mundial, la positividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable y baja (Figura 1). La circulación de virus sincitial respiratorio (VSR) muestra patrones heterogéneos, con positividad agregada baja a nivel global, pero con focos de actividad elevada en países de Centroamérica y la subregión Andina (1).

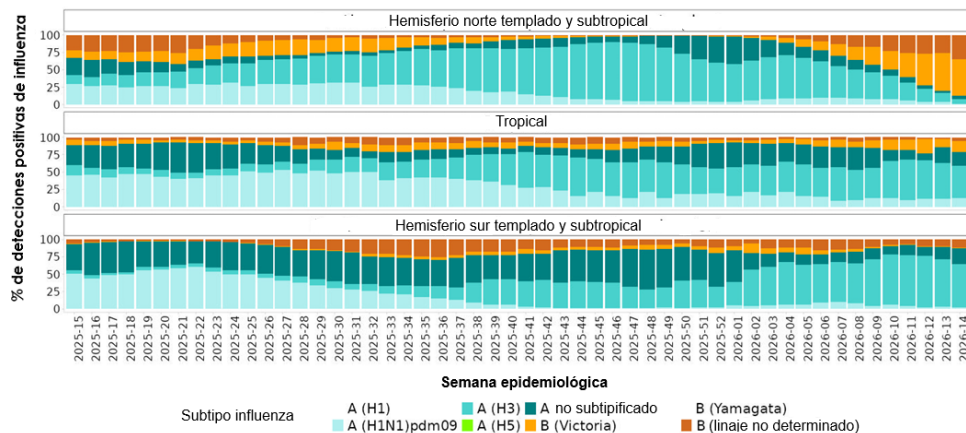
Figura 1. Número semanal de muestras analizadas para influenza y el virus SARS-CoV-2 y porcentaje de positividad a nivel mundial, por zona geográfica (últimos 12 meses).

a. Áreas del hemisferio norte templadas y subtropicales b. Áreas tropicales c. Áreas del hemisferio sur templadas y subtropicales



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--573> (1).

Figura 2. Distribución semanal de los tipos y subtipos del virus de influenza por zona geográfica (últimos 12 meses).



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--573> (1).

Resumen de la situación Región de las Américas

En el **hemisferio norte**, la temporada 2025–2026 de influenza se caracterizó por un inicio temprano y una actividad de moderada a alta intensidad, con predominio del virus A(H3N2), principalmente del subclado K. En las semanas más recientes, se observa una transición hacia un predominio creciente de influenza B, en línea con el patrón estacional de final de temporada, acompañada de una tendencia general al descenso. En paralelo, la circulación del VSR alcanzó su pico durante los meses invernales, con una posterior disminución sostenida, aunque se mantiene en niveles detectables en algunos países de América del Norte (2, 3).

En el **hemisferio sur**, al inicio de la temporada 2026, la actividad de influenza se mantiene baja con señales iniciales de incremento en algunos países, predominando el virus A(H3N2). Este comportamiento es consistente con el inicio progresivo de la temporada invernal. En este contexto, la circulación del VSR muestra un aumento gradual en varios países, anticipando su patrón estacional típico, con potencial impacto en la carga de enfermedad en niños pequeños y otros grupos de riesgo en las próximas semanas (2, 3).

En las **zonas tropicales de la Región**, la actividad de influenza ha mostrado una circulación más heterogénea y sostenida, con predominio variable entre influenza A(H3N2) e influenza B según el país. En estas áreas, la circulación del VSR ha sido más persistente a lo largo del año, con incrementos recientes en subregiones como la Andina y algunos países de Centroamérica, donde se ha asociado a un aumento de hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas graves en población pediátrica (2, 3).

La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en la mayoría de los países (2, 3).

Efectividad de la vacuna de influenza

La temporada 2025–2026 del hemisferio norte ha estado dominada por el virus de la influenza A(H3N2) del subclado K (clado 2a.3a.1, subclado J.2.4.1), antigénicamente distante de la cepa vacunal A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) incluida en las formulaciones recomendadas por la OMS para esta temporada. A pesar de esta discordancia antigénica, las estimaciones interinas de efectividad vacunal (EV) publicadas a la fecha indican que la vacuna conserva protección clínicamente significativa. En Europa, un análisis conjunto de nueve estudios pertenecientes a la red I-MOVE/VEBIS (19 países de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo; n = 275.785) reportó una EV contra influenza A, combinando ámbitos ambulatorio y hospitalario, de 25% a 45% en todos los grupos de edad, con estimaciones más altas en niños (47% a 72%), comparables a las observadas en temporadas previas (4).

En el Reino Unido, la Agencia de Seguridad Sanitaria (UKHSA) reportó una EV de 70–75% contra hospitalización en niños y 30–40% en adultos, y de 44% contra enfermedad ambulatoria por cualquier influenza y 52% específicamente contra A(H3N2) (5). En Canadá, la Red Centinela de Médicos (SPSN) estimó una EV de aproximadamente 40% contra enfermedad respiratoria aguda atendida médicamente asociada a A(H3N2), incluido el subclado K, y de aproximadamente 30% contra A(H1N1)pdm09(6). En los Estados Unidos, estimaciones interinas de los CDC (septiembre 2025–febrero 2026, tres redes de vigilancia) reportaron una EV de 38–41% contra consulta ambulatoria y 41% contra hospitalización en niños y adolescentes, con reducción respecto a temporadas anteriores pero conservando protección clínicamente relevante (7).

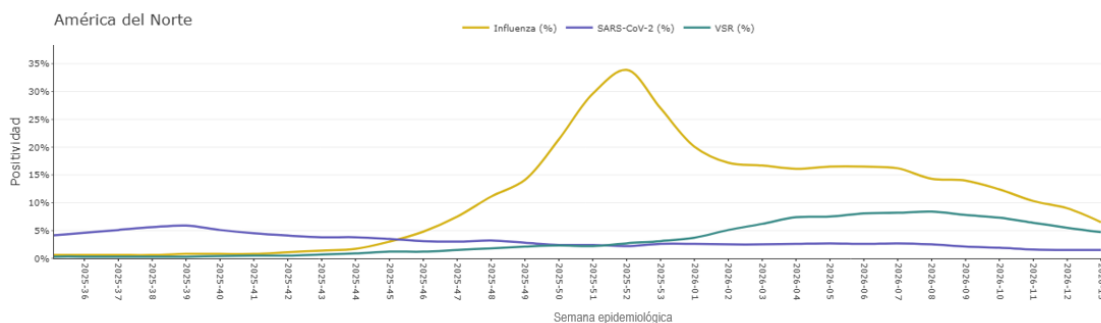
Es importante destacar que la formulación recomendada por la OMS para las vacunas del hemisferio sur en la temporada 2026 incluye una actualización del componente A(H3N2),

pasando de A/District of Columbia/27/2023 (subclado J.2) a A/Tasmanian/1003/2025 (subclado L.1) (8, 9). Este cambio responde a la divergencia antigénica observada entre los virus del subclado K actualmente dominantes y la cepa vacunal previa. Si bien aún no se dispone de datos de efectividad para esta nueva formulación, cabe esperar que la actualización del componente A(H3N2) mejore la concordancia con los virus circulantes y, por lo tanto, el nivel de protección conferido por la vacuna en el hemisferio sur. No obstante, será esencial generar evidencia temprana de efectividad vacunal a través de REVELAC-i y otras plataformas de vigilancia en la Región para confirmar esta hipótesis y guiar las decisiones de salud pública (8, 9).

Subregión América del Norte¹

En los países de la subregión de América del Norte, luego del pico alcanzado entre las SE 52 y 53 del 2025, se observó un descenso paulatino de la actividad de influenza, la cual se mantuvo con una tendencia estable entre el 16% y el 17% entre las SE 2 y SE 7 del 2026, mostrando un descenso en las últimas cuatro semanas alcanzando una positividad del 6,5 % en la SE 13 (**Figura 3**) (3). En esta subregión se observa un cambio en el patrón de circulación viral: tras un primer período de predominio de influenza A(H3N2), en las últimas semanas, influenza B (linaje Victoria) ha desplazado a influenza A como virus predominante, representando en Canadá el 86,8% de las detecciones a nivel nacional al cierre del período analizado. En cuanto a la circulación de VSR se muestra una tendencia decreciente en las últimas tres semanas, alcanzando una positividad del 4,7% en la SE 13. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene con una tendencia a la baja con una positividad del 1,5% en la SE 13 (3). Respecto a los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociados a influenza continúan en descenso, situándose en un 7% (3).

Figura 3. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión América del Norte, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



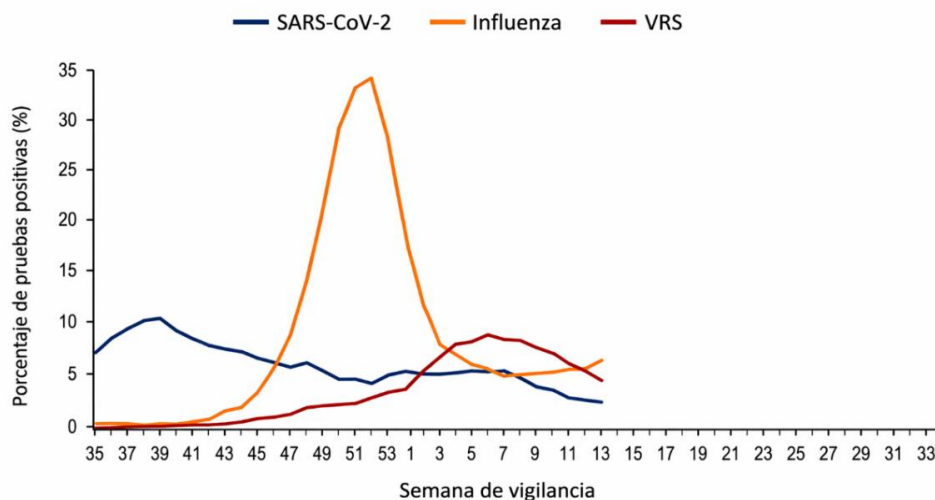
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Canadá**, la temporada **2025–2026** se caracterizó por un inicio temprano y un período de alta actividad de influenza, con un pico de positividad cercano al 35% a mediados de diciembre, impulsado principalmente por la circulación de influenza A(H3N2), predominantemente del subclado K (**Figura 4** y **Figura 5**). Posteriormente, la actividad mostró un descenso sostenido, con un aumento relativo de influenza B hacia el final de la temporada, especialmente en población escolar. La actividad del VSR inició más tardíamente que en

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

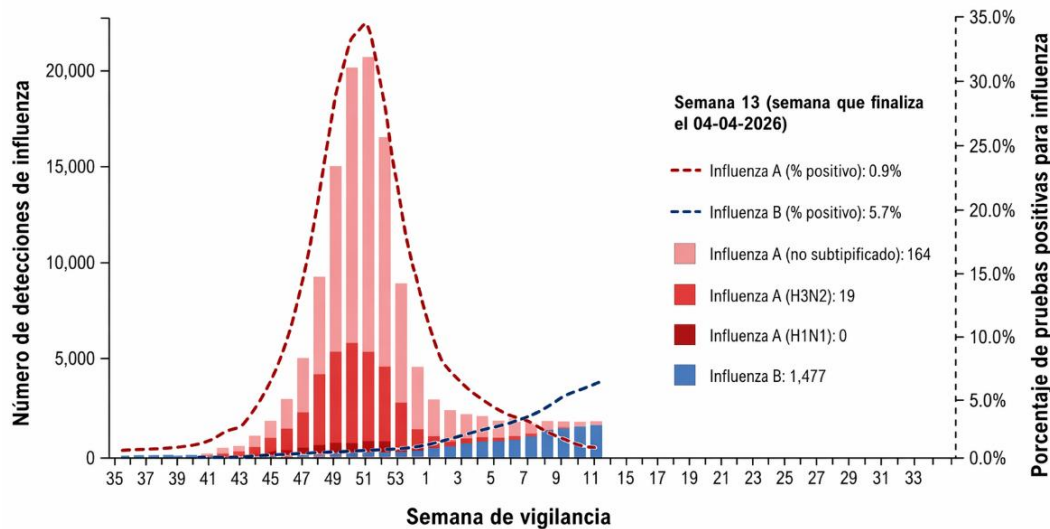
temporadas previas, alcanzando su pico en febrero con niveles moderados de positividad (~8%) y afectando principalmente a niños menores de cinco años; aunque con menor intensidad que en años recientes, el período de circulación fue más prolongado. En las semanas más recientes, la actividad de influenza, VSR y SARS-CoV-2 se mantiene en descenso y en niveles bajos (10).

Figura 4. Porcentaje de pruebas positivas influenza, SARS-CoV-2 y Virus Sincitial Respiratorio en Canadá por semana de vigilancia 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; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (10).

Figura 5. Número de casos de influenza notificados y porcentaje de pruebas positivas en Canadá, por tipo, subtipo y semana de notificación 2025-2026.

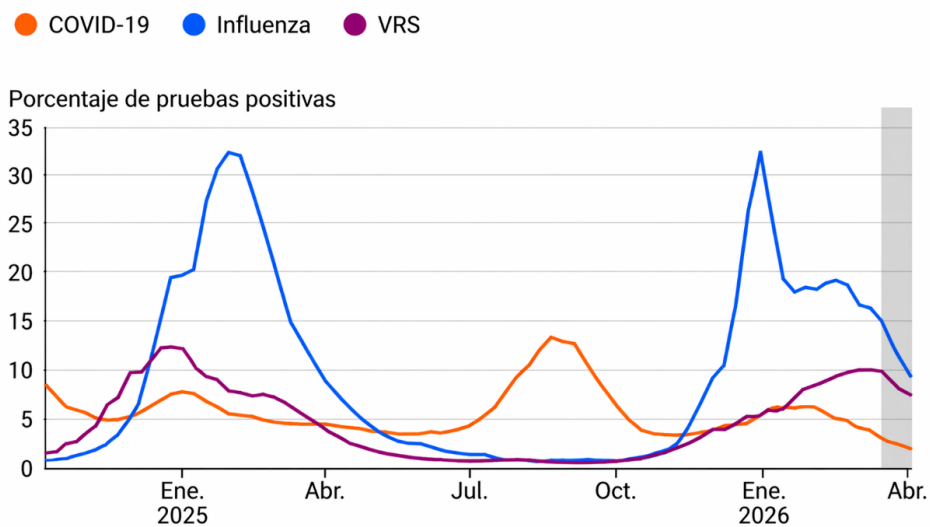


Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html> (10).

En los **Estados Unidos de América**, la temporada 2025–2026 se caracterizó por un inicio temprano y una actividad elevada de influenza, con un pico de positividad superior al 30% a finales de diciembre, impulsado principalmente por la circulación de influenza A(H3N2), predominantemente del subclado K (**Figura 6**). Posteriormente, se observó un descenso sostenido de la actividad, acompañado de un aumento relativo de influenza B hacia el final de la temporada, con variaciones regionales en su intensidad. La tasa acumulada de hospitalización asociada a influenza fue la tercera más alta desde la temporada 2010-2011, registrando la tasa más alta para la temporada 2025-2026 en la SE 53 del 2025 (12,6 hospitalizaciones por cada 100.000 habitantes) (**Figura 7**) (11 -13). Los menores de 18 años tienen la segunda tasa acumulada más alta de hospitalización para ese grupo de edad desde la temporada 2010-2011(11).

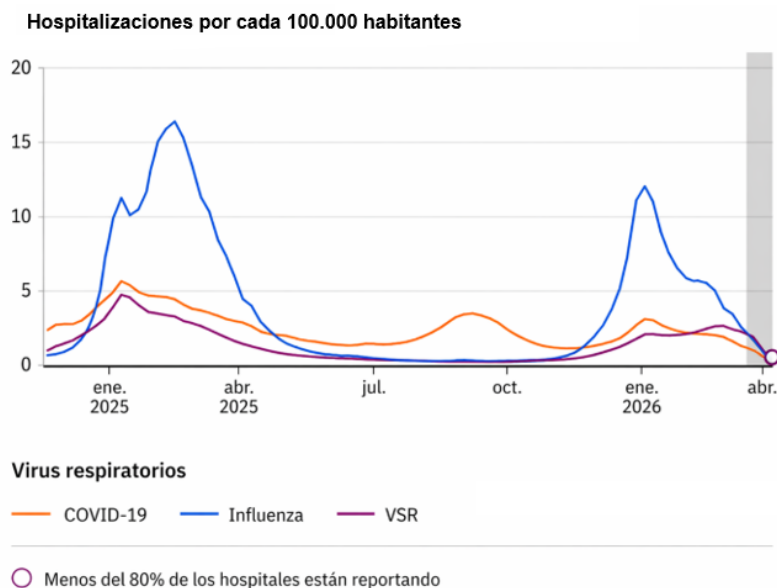
La actividad del VSR mostró un incremento progresivo desde el otoño, alcanzando su pico a finales del invierno con niveles moderados de positividad (alrededor del 8–9%), afectando principalmente a niños pequeños, seguido de una disminución en las semanas más recientes. En paralelo, la circulación de SARS-CoV-2 se mantuvo baja y en descenso durante la mayor parte del período (3).

Figura 6. Tasas de hospitalización reportadas por los hospitales en Estados Unidos, por virus respiratorio, 2025-2026.



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html> (12).

Figura 7. Tasas de hospitalización reportadas por los hospitales en Estados Unidos, por virus respiratorios, 2025-2026.

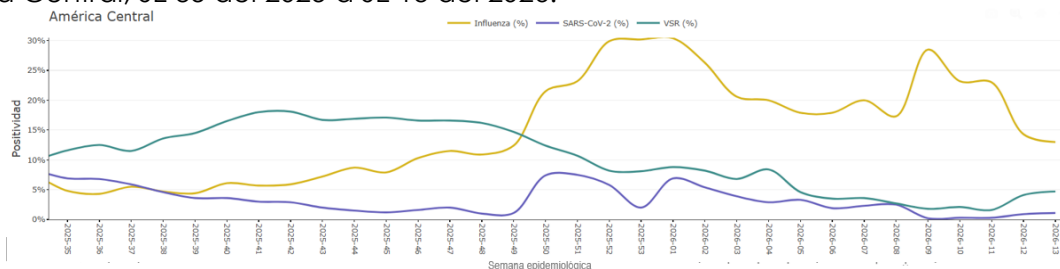


Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html> (13).

Subregión América Central²

En la subregión de América Central, la actividad de influenza durante las primeras semanas del 2026 ha mostrado variaciones, con niveles de positividad entre 13% y 30,4% (3). Tras valores elevados al inicio del período (30,4% en la SE 1), se observó un descenso progresivo hasta la SE 6 (17,9%). Posteriormente, se registró un nuevo incremento con un pico de positividad en la SE 9 (28,5%); sin embargo, la tendencia descendente se retomó en las semanas siguientes (**Figura 8**) (3).

Figura 8. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión América Central, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



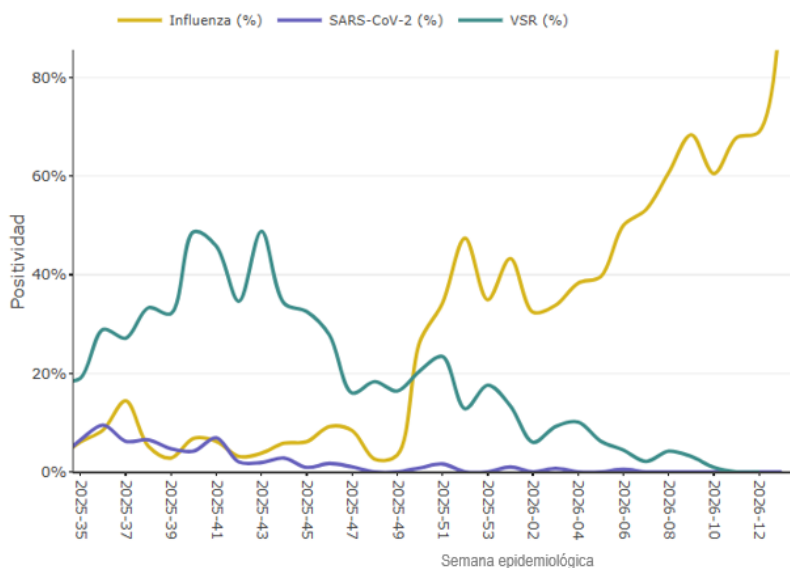
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Guatemala**, durante las últimas ocho semanas del 2026, la positividad de influenza mostró una tendencia hacia el incremento, con valores que oscilaron entre 38,3% (SE 4) y 100% (SE 13),

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

incremento que debe interpretarse con cautela, ya que se encuentra probablemente influenciado por una reducción en el volumen de pruebas, lo que podría sobreestimar la intensidad de transmisión (**Figura 9**). En las últimas cuatro semanas, la positividad se mantuvo en 64,2%. Los casos se asocian principalmente a la circulación de influenza A(H3N2) y A(H1N1)pdm09 (3). En comparación con otros virus respiratorios, la influenza ha sido el virus predominante en los casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG). Los grupos más afectados corresponden a personas de 0 a 12 años (3).

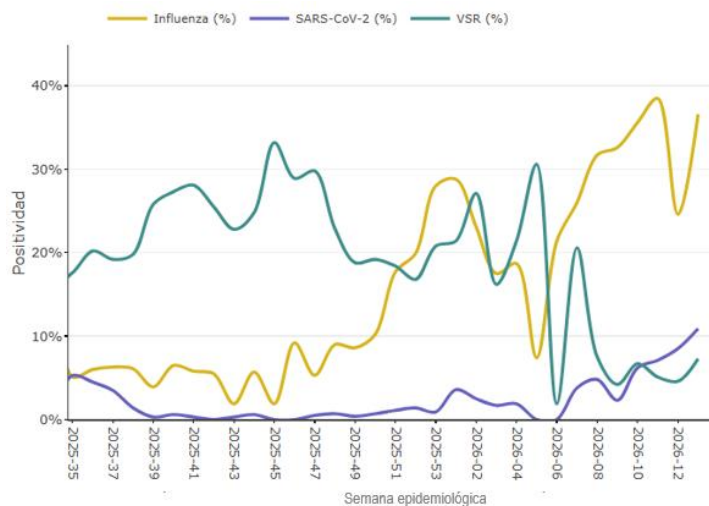
Figura 9. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Guatemala, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Panamá**, durante las primeras semanas del 2026, se observa un cambio en el patrón de circulación de los virus respiratorios. Al inicio del período, entre las SE 1 y SE 4, se evidenció una co-circulación de influenza y VSR, con niveles de positividad relativamente elevados para ambos virus. En particular, el VSR alcanzó su mayor nivel en la SE 5 (30,6%), constituyéndose como el virus predominante en ese momento. A partir de la SE 6, se observa un descenso marcado en la positividad del VSR, acompañado de un incremento sostenido en la actividad de influenza, que pasa a ser el virus predominante desde la SE 7 en adelante, alcanzando un pico de 38,5% en la SE 11 y manteniéndose en niveles elevados en la SE 13 (36,6%) (**Figura 10**). Por su parte, la positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo baja durante la mayor parte del período. En cuanto a la gravedad de los casos, han predominado las hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) asociadas a influenza, seguidas por aquellas relacionadas con VSR (2).

Figura 10. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Panamá, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.

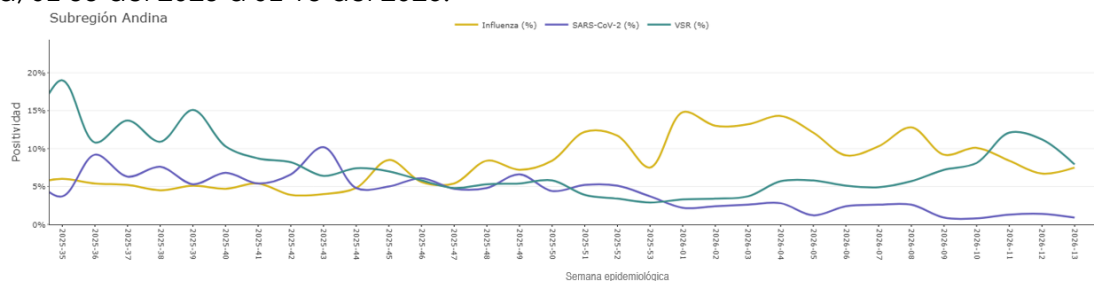


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Subregión Andina³

En la subregión Andina la actividad de influenza durante las primeras semanas del 2026 se mantuvo estable entre el 12% y 15% de positividad hasta la SE 4 observándose un predominio de influenza A. Posteriormente, se observó una tendencia al descenso, manteniéndose en niveles bajos en la SE 13 (7,5%). Estos datos sugieren una disminución en la actividad de influenza acompañada de un aumento relativo en la circulación de VSR en las semanas más recientes (**Figura 11**).

Figura 11. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión Andina, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



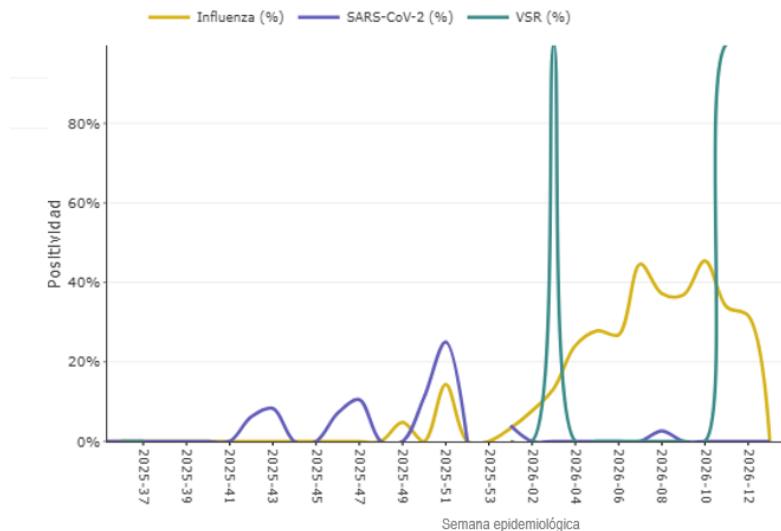
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Bolivia (Estado Plurinacional de)**, durante las primeras semanas del 2026, la positividad de influenza mostró una tendencia al incremento a partir de la SE 5, alcanzando un pico de 44,6% en la SE 7. Posteriormente, se observó un descenso en la positividad a partir de la SE 11. En las últimas cuatro semanas, la positividad de la influenza se situó en 37,1%. En cuanto al virus sincitial respiratorio (VSR), se registraron niveles elevados de positividad en las últimas semanas, alcanzando el 100% entre las SE 11 y 13, valores que pueden estar influenciados por un bajo

³ Andina: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

número de muestras analizadas. Este comportamiento también fue observado previamente en la SE 3 y se ha mantenido desde la SE 32 del 2025. En relación con la caracterización virológica, predomina la circulación de influenza A(H1N1)pdm09 (65,1%). Por otra parte, en los casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), el grupo etario más afectado corresponde a niños de 0 a 12 años (42,5%) (**Figura 12**) (3).

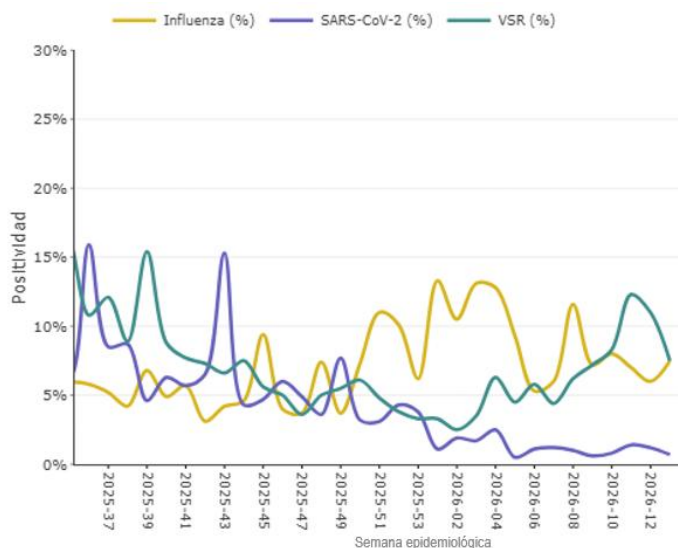
Figura 12. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica, Bolivia, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

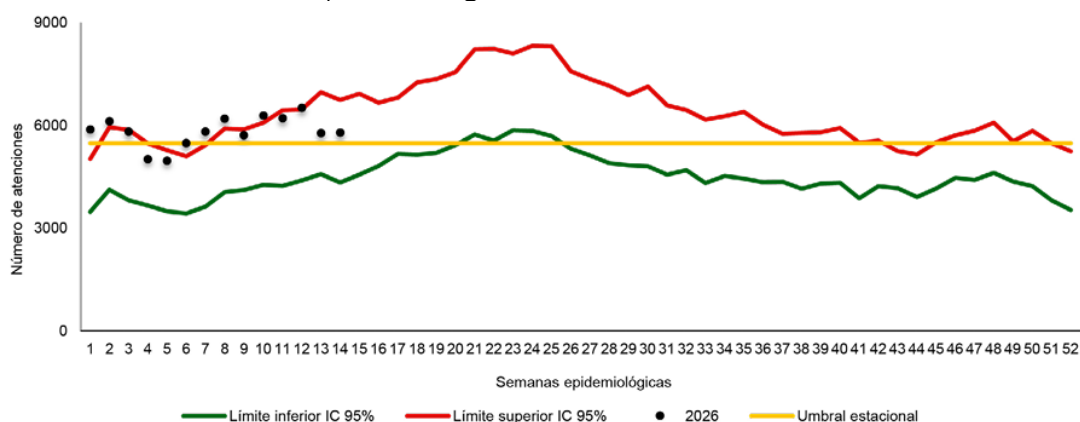
En **Colombia**, las últimas cuatro SE de 2026, se observa un aumento en la positividad de VSR, con indicios de estabilización en las semanas más recientes. Con relación a los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG), se observa también, una predominancia de VSR, el grupo etario más afectado corresponde a niños de 0 a 12 años, seguidos del grupo etario de 13 a 17 años (14). Por otro lado, las hospitalizaciones por infección respiratoria aguda (IRA) en sala general mostraron una tendencia ascendente sostenida entre las SE 1 y 12, ubicándose cerca o por encima del límite superior del canal endémico; sin embargo, en las semanas 13 y 14 se observó un descenso, aunque permaneciendo por encima del umbral estacional (**Figura 14**). Este comportamiento fue más evidente en personas mayores de 60 años, cuyas hospitalizaciones se mantuvieron por encima del límite superior durante varias semanas recientes. En cuanto a la circulación viral, durante el último período analizado se evidenció la presencia de múltiples virus respiratorios, incluyendo VSR, enterovirus, rinovirus, adenovirus, parainfluenza e influenza B. Asimismo, se observó un incremento general en la positividad, particularmente asociado al metapneumovirus, mientras que otros virus se mantuvieron en niveles estables (3).

Figura 13. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Colombia, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 14. Canal endémico de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave en sala general, Colombia, semanas epidemiológicas 1 a 14 del 2026.



Fuente: Adaptado del Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica 14. Bogotá: INS; 2026. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026 Boletin epidemiologico semana 14.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2014.pdf) (14).

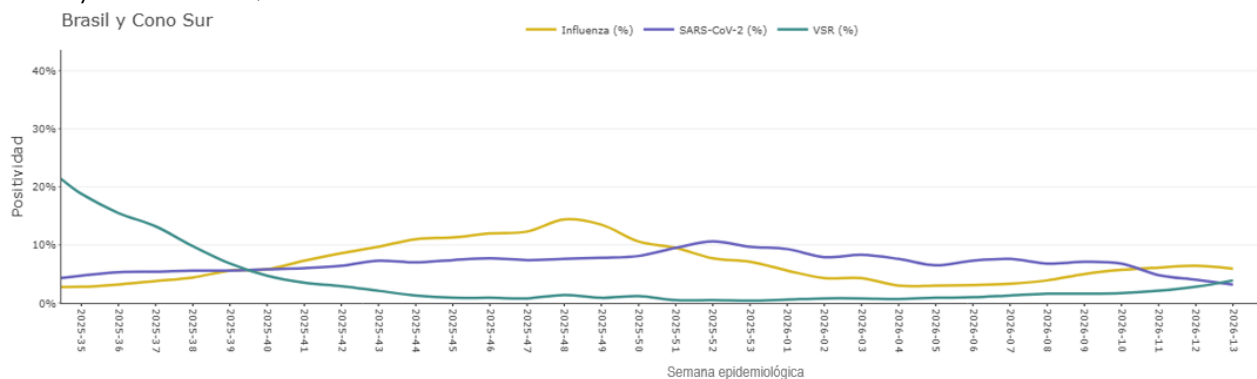
Subregión de Brasil y el Cono Sur⁴

Para Brasil y el Cono Sur la actividad de influenza se mantuvo por debajo del 6% durante las primeras ocho semanas del 2026, con leves incrementos a partir de la SE 9, alcanzando una positividad del 5,9% en la SE 13 (**Figura 15**) (2, 3). Se observa un predominio claro de influenza A(H3N2), con alta intensidad de circulación y menor proporción de virus no subtipificados en comparación con otras subregiones, lo que sugiere una dinámica más definida de transmisión dominada por este subtipo (2, 3). Teniendo en consideración que la reciente temporada en el hemisferio norte estuvo caracterizada por el predominio de influenza A(H3N2) del subclado K,

⁴ Brasil y cono sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

asociado a actividad intensa y picos concentrados de transmisión; la reciente detección de este subclado en países de la subregión sugiere la posible continuidad de patrones similares, aunque su impacto dependerá de la dinámica local y la evolución de la circulación viral. En cuanto a la circulación de VSR, aunque su circulación se considera baja, se observa una tendencia de incremento paulatino alcanzando una positividad del 3,9% en la SE 13. El SARS-CoV-2 muestra una tendencia a la baja, estableciendo su positividad en un 3,2%. Los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) y de IRAG en la subregión de Brasil y el Cono Sur se asocian principalmente a influenza en los cuales se observa una tendencia de incremento leve (2, 3).

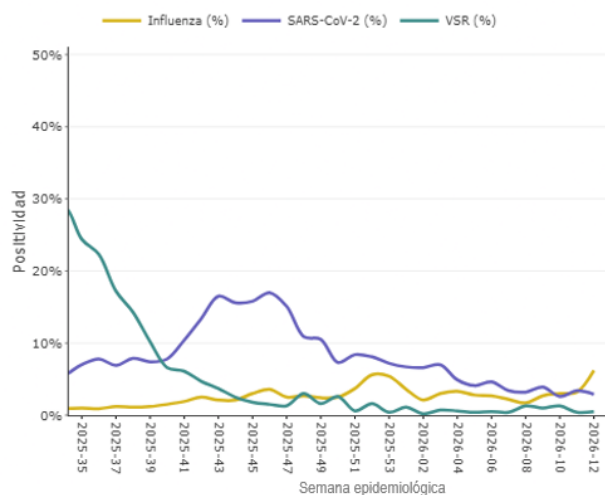
Figura 15. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica subregión Brasil y el Cono Sur, SE 35 del 2025 a SE 13 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Argentina**, la circulación de influenza muestra una tendencia de incremento leve durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 6,2% en la SE 12 (**Figura 16**). La actividad de VSR se mantiene a la baja, alcanzando una positividad de 0,5%, y la actividad de SARS-CoV-2 presenta una tendencia baja y estable con una positividad de 2,9%, sin cambios relevantes en los últimos dos meses (3).

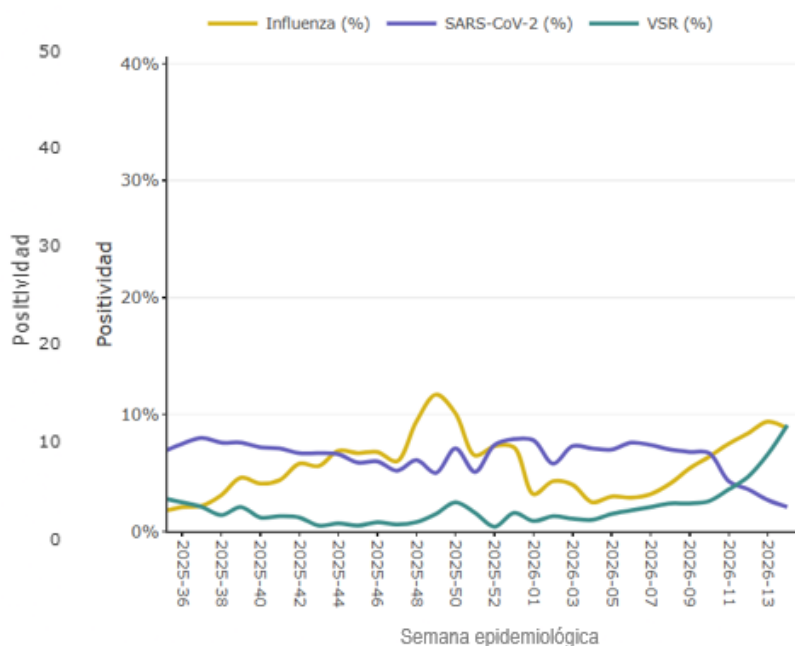
Figura 16. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Argentina, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Brasil**, durante el primer trimestre del 2026, la actividad de influenza se mantuvo por debajo del 5% mostrando un incremento leve de la actividad entre la SE 7 y la SE 11 cuando alcanzó una positividad del 7,4%, (**Figura 17**) (3). El subtipo predominante ha sido el virus de influenza A(H3N2), con incremento leve de influenza B (3). En cuanto al VSR presenta un aumento leve progresivo con una positividad del 4,2% durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 6,3% en la SE 12. La actividad de SARS-CoV-2 presenta una tendencia al descenso, con una positividad de 2,8% (3).

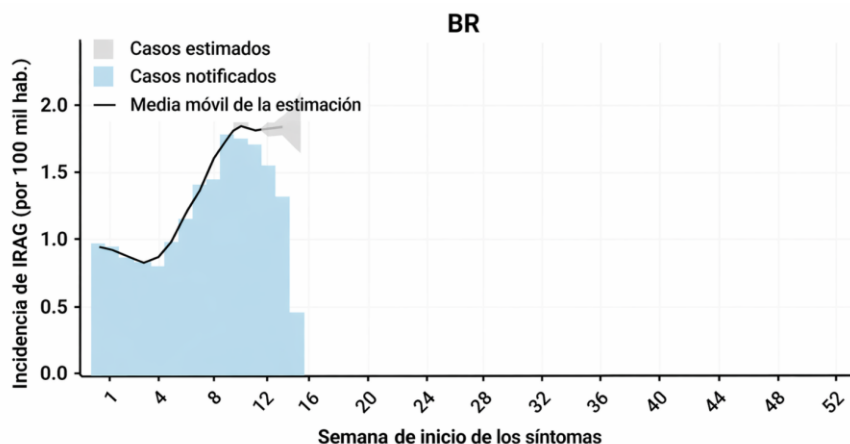
Figura 17. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Brasil, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

A nivel nacional, los casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) muestran signos de estabilidad en la tendencia. Sin embargo, se observa un aumento de los casos de IRAG en niños menores de dos años a nivel nacional, impulsado por el incremento de las hospitalizaciones por VSR (**Figura 18**) (15). Los casos de IRAG asociados a la influenza A siguen disminuyendo en muchos estados del Nordeste, además de en Pará y Río de Janeiro. Sin embargo, siguen aumentando en gran parte de la región Centro-Sur y en algunos estados del Nordeste, además de haber vuelto a crecer en algunas regiones del Norte. En las últimas 4 semanas epidemiológicas, la proporción entre los casos positivos fue de 32,2% de influenza A, 2,4% de influenza B, 26,3 % de virus respiratorio sincitial, 33% de rinovirus y 5,5% de SARS-CoV-2 (COVID-19) (15).

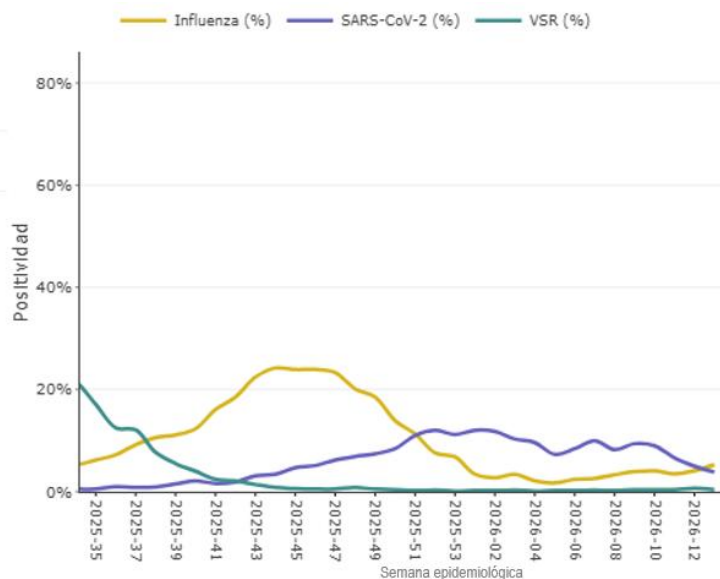
Figura 18. Incidencia semanal del síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) en Brasil en 2026, hasta SE 14.



Fuente: Adaptado de Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim InfoGripe -- Semana Epidemiológica (SE) 14 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponible en: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo_InfoGripe_2026_14_0.pdf (15).

En **Chile**, la circulación de influenza se mantiene baja con un incremento leve durante las últimas cuatro semanas, alcanzando una positividad de 5,3% en la SE 13 (**Figura 19**). La actividad de VSR se mantiene estable a la baja, alcanzando una positividad de 0,4%, y SARS-CoV-2 continúa siendo el virus predominante durante la primera porción del año, presentando una tendencia al descenso a partir de la SE 11 y con una positividad de 3,8% en la SE 13 (3).

Figura 19. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Chile, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.

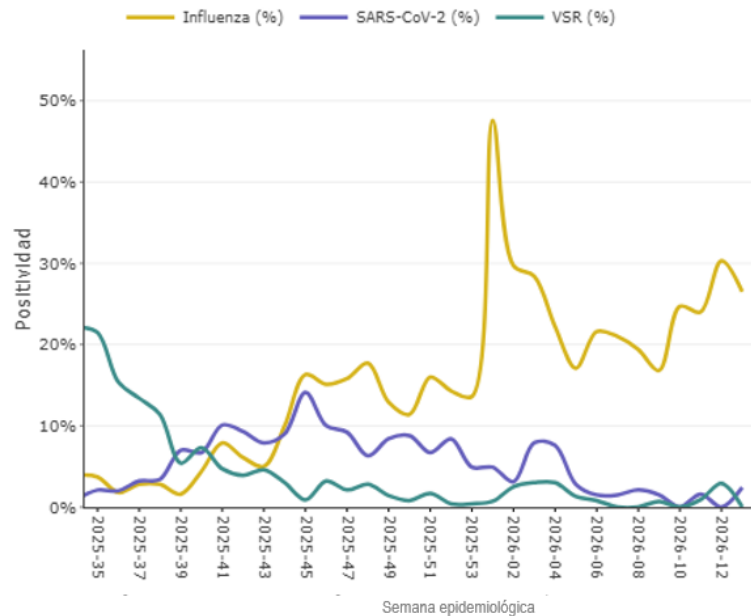


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Paraguay**, durante el primer trimestre del 2026, la actividad de influenza se mantuvo elevada presentando un primer pico en la SE 1 del 2026 cuando alcanzó una positividad del 47,6%, posteriormente mostró una tendencia al descenso hasta la SE 5 con una positividad del 17,1%, y posteriormente mostrando una tendencia al incremento evidenciando una positividad del

26% durante las últimas cuatro semanas (**Figura 20**) (3). El subtipo predominante ha sido el virus de influenza A(H3N2) (3). En cuanto al VSR permanece en niveles bajos con un ligero aumento reciente y una positividad del 1% durante las últimas cuatro semanas. La actividad de SARS-CoV-2 presenta una circulación baja con una positividad de 0,4% durante las últimas cuatro semanas (3).

Figura 20. Muestras positivas y porcentaje de positividad por semana epidemiológica Paraguay, SE 35 del 2025 a SE 12 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Recomendaciones para los Estados Miembros

La temporada 2025–2026 del hemisferio norte en la Región de las Américas se caracterizó por: (i) el predominio del virus de la influenza A(H3N2) del clado 2a.3a.1, con el subclado K (J.2.4.1) como linaje dominante a nivel regional; (ii) evidencia de reactividad antigénica reducida de los virus circulantes frente a las cepas vacunales de referencia para la temporada pero con efectividad vacunal parecida a los años anteriores; (iii) en algunos países como Canadá, una actividad de transmisión que alcanzó niveles extraordinarios, pero concentrada en un período corto (aproximadamente 4 a 6 semanas), con una carga acumulada de hospitalizaciones, admisiones a UCI y mortalidad comparable o inferior temporadas previas; y (iv) un desplazamiento reciente hacia influenza B como virus predominante en América del Norte en las últimas semanas. Estas observaciones sugieren que los países del hemisferio sur deben prepararse no solo para una temporada de potencial alta intensidad, sino particularmente para picos de demanda hospitalaria concentrados en períodos cortos, que podrían poner a prueba la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

Respecto al VSR, los datos disponibles de la Región muestran patrones heterogéneos de circulación, con focos de alta positividad en algunos países a pesar de niveles agregados subregionales bajos. El impacto clínico se concentra, como es esperado, en niños menores de cinco años —particularmente en menores de dos años— y en adultos mayores de 65 años.

Los escenarios de co-circulación de influenza, VSR y SARS-CoV-2 observados en temporadas anteriores, y correspondiente a tendencias recientes en Brasil, confirman la relevancia de la vigilancia integrada de virus respiratorios y de la planificación anticipada de los servicios de pediatría y geriatría hospitalarios.

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 Epidemiológica 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 infecciones respiratorias agudas graves (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).

Para minimizar la posibilidad muestra no subtipificable o no concluyente es importante que los laboratorios utilicen la versión 4 (V4) del kit de subtipificación de influenza de los CDC que está disponible en el International Reagent Resources (IRR). Es importante ese cambio de estuche ante la evolución reciente del virus influenza, particularmente la predominancia del influenza A(H3N2) subclado K, cuyas mutaciones en el gen HA han reducido la sensibilidad de detección del estuche de subtipificación de influenza de CDC versión 3 (V3).

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
Laninamivir	Recomendación condicional en contra sin riesgo extremadamente elevado
Oseltamivir	Recomendación condicional a favor en riesgo extremadamente elevado
Zanamivir	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 influenza, 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 equipos de protección personal (EPP) 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 anticontrato	—	—	✓	—	✓	✓	✓
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 (36). 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. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 573. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity-weekly-update-n-573>.
2. Organización Panamericana de Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>.
3. Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.
4. Lucaccioni H, Marques FP, Kirsebom F, Emborg H, Hamilton M, Whitaker H, et al. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. Euro Surveill. 2026;31(7):pii=2600109. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.7.2600109>.
5. 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/>.
6. Separovic L, Sabaiduc S, Zhan Y, Kaweski S, Olsha R, Hasso M, et al. Interim 2025/26 influenza vaccine effectiveness estimates with immuno-epidemiological considerations for A(H3N2) subclade K protection, Canada, January 2026. Euro Surveill. 2026;31(5):pii=2600068. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.5.2600068>.
7. Maloney P, Reeves E, Wielgosz K, et al. Interim Estimates of 2025–26 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness — United States, September 2025–February 2026. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2026;75:116–123. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7509a2>.
8. Organización Mundial de la Salud. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season>.
9. Organización Mundial de la Salud. Recommendations for influenza vaccine composition for the 2026-2027 northern hemisphere season. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/27-02-2026-recommendations-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2026-2027-northern-hemisphere-season>.
10. 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; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html>.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 13, ending April 4, 2026. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2026-week-13.html>.
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Activity Levels. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html>.

13. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Severe Viral Respiratory Illness. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/illness-severity.html>.
14. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal- Año 21. Semana Epidemiológica 14. Bogotá: INS; 2026. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026 Boletin epidemiologico semana 14.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2026%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2014.pdf).
15. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim InfoGripe -- Semana Epidemiológica (SE) 14 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponible en: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo InfoGripe 2026 14 0.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo%20InfoGripe%202026%2014%200.pdf)
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-americas-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 15 de abril 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 15 de abril 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 15 de abril 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; 2026 [consultado el 15 de abril 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>.