

1 de julio del 2026

Considerando el incremento de la actividad de influenza B observado en algunos países de la Región de las Américas, evidenciado por aumentos recientes en las detecciones notificadas por los sistemas nacionales de vigilancia y dado que este incremento ocurre en el contexto del inicio de la temporada de virus respiratorios, caracterizado por una mayor transmisión de influenza estacional y la progresiva circulación del virus sincitial respiratorio (VSR), particularmente en el hemisferio sur 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 de las infecciones respiratorias agudas, revisar la capacidad de respuesta y reforzar las estrategias de prevención y control dirigidas a los grupos de mayor riesgo. En este contexto, de co-circulación de influenza y VSR podría ocasionar un aumento significativo de las consultas ambulatorias, las hospitalizaciones y la demanda de camas pediátricas y de cuidados intensivos, ejerciendo una presión adicional sobre los servicios de salud, particularmente durante los períodos de mayor circulación viral.

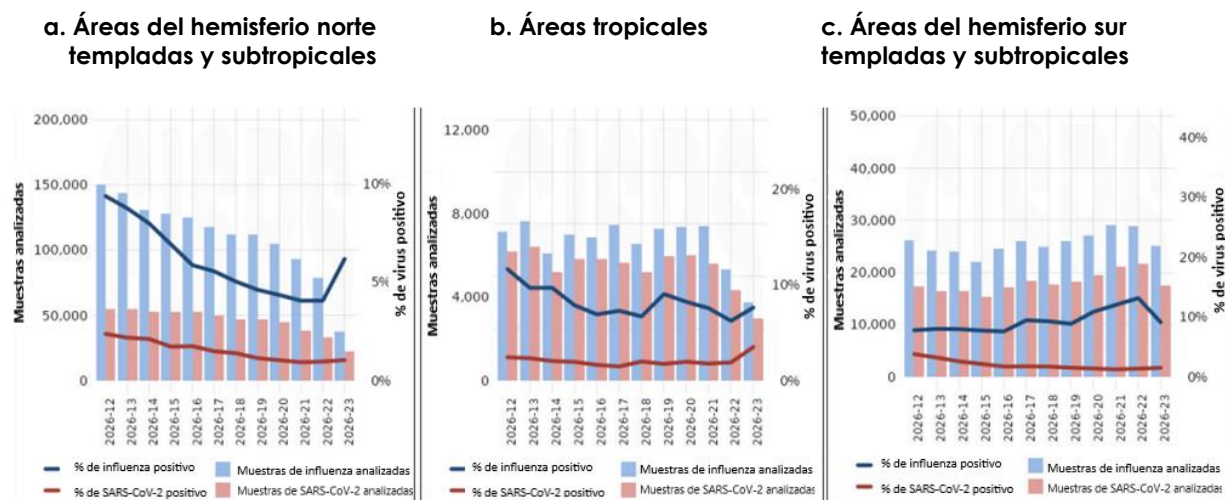
Resumen de la situación a nivel global

A nivel global, la actividad de influenza y del virus sincitial respiratorio (VSR) sigue el patrón estacional esperado: el hemisferio norte transita por un período interestacional con baja circulación viral, mientras el hemisferio sur está en su temporada epidémica (**Figura 1**) (1). En el hemisferio sur, para influenza, luego de un período caracterizado por una predominancia de influenza A(H3N2), se está observando un incremento progresivo de influenza B. De igual forma, se observan proporciones de positividad elevadas para el virus sincitial respiratorio (VSR) (11-20%) en países del hemisferio sur y subtrópicos. Dado que el linaje B/Yamagata no circula globalmente desde 2020, los virus influenza B genotipificados corresponden al linaje Victoria. Durante la semana epidemiológica (SE) 23 del 2026, se observó un incremento en la proporción de detecciones de influenza B, tanto no genotipificadas como del linaje Victoria, siendo este último el predominante entre los virus influenza B detectados a nivel global (**Figura 2**) (1).

Para el Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV2), aun en 2026, no se tiene un patrón estacional tan claro como para influenza y VSR. En las últimas semanas, a nivel global, la positividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable y en niveles bajos (**Figura 1**) (1).

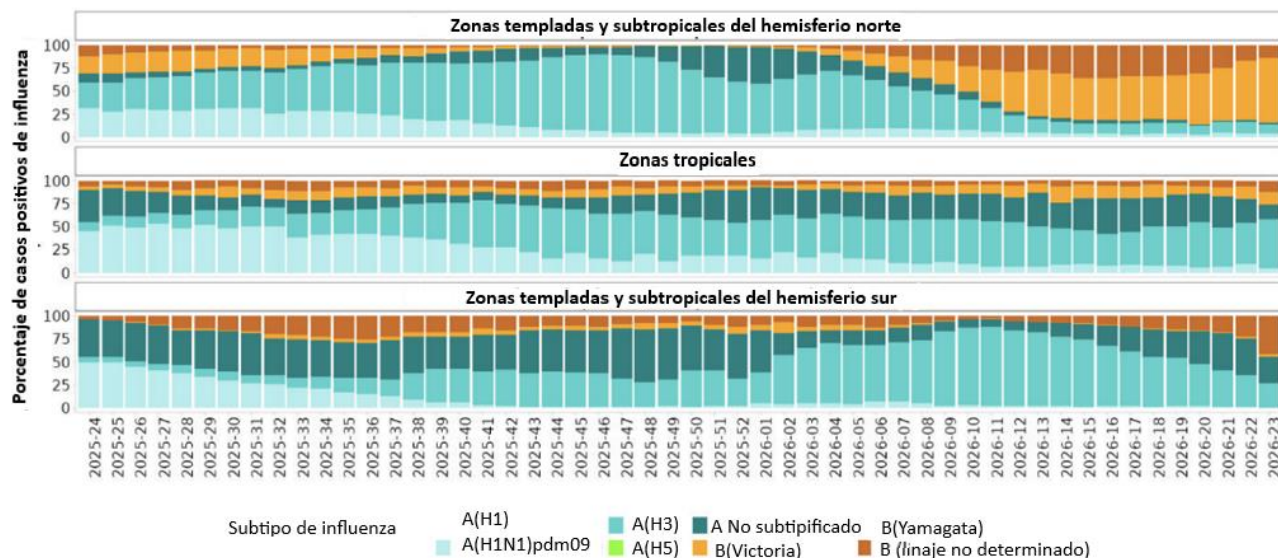
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur, 1 de julio del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

Figura 1. Número semanal de muestras analizadas para los virus de influenza y SARS-CoV-2 y porcentaje de positividad al nivel mundial, por zona geográfica, SE 12 del 2026 a SE 23 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 582. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--582> (1).

Figura 2. Distribución semanal de los tipos y subtipos de virus de la influenza a nivel global por zona geográfica, SE 24 del 2025 a SE 23 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 582. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--582> (1).

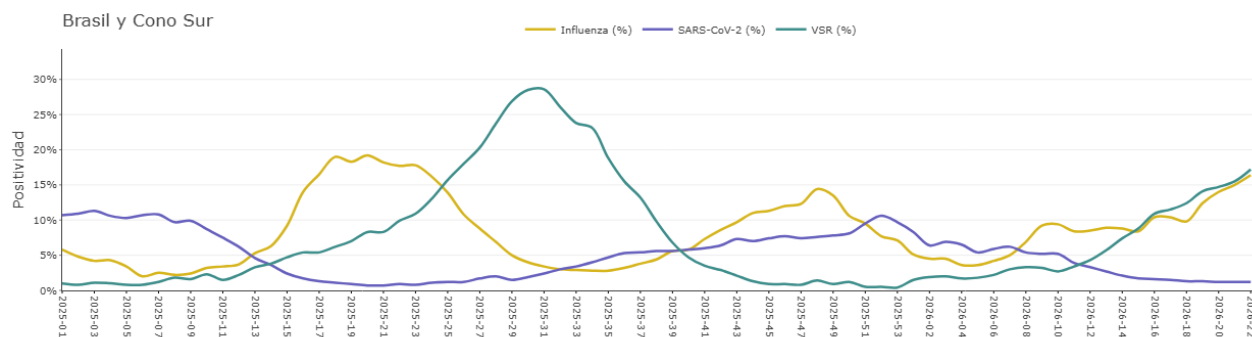
Resumen de la situación Región de las Américas

En América del Norte¹, en 2026 y hasta la SE 23, la actividad de influenza y VSR ha disminuido hasta alcanzar niveles interestacionales, con positivities del 1,3% y 0,4% respectivamente. En el Caribe², la circulación de ambos virus permanece baja, con positivities de 5,1% para influenza y 0,4% para VSR. Por su parte, en Centroamérica³, la actividad de influenza continúa descendiendo con predominio de influenza A(H3N2), aunque aún con niveles moderados de circulación con una positividad de 8,8%, mientras que el VSR continúa en ascenso y alcanza una positividad del 8,1% (2, 3).

En la subregión Andina⁴, la actividad de influenza se mantiene en niveles bajos, con una positividad del 5,5%, siendo influenza A(H3N2) el virus predominante. En contraste, desde inicios del 2026 se ha observado un incremento sostenido en la actividad de VSR, impulsado principalmente al aumento de la circulación observada en Perú y Ecuador. Este incremento se ha reflejado en una mayor proporción de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociados a VSR en la subregión Andina (2, 3).

En el hemisferio sur, la subregión de Brasil y el Cono Sur⁵ se encuentra al inicio de la temporada invernal austral, mostrando un aumento sostenido de la actividad de influenza, cuya positividad alcanzó 16,4% en la SE 22 del 2026 (2, 3). De manera similar, el VSR acompaña esta tendencia estacional y continúa en ascenso, alcanzando una positividad de 17,2% en la SE 22, consistente con el patrón estacional esperado para esta época del año (Figura 3) (2, 3).

Figura 3. Porcentaje de positividad por semana epidemiológica (SE) en la subregión de Brasil y el Cono Sur, SE 1 del 2025 a SE 22 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 17 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Aunque la influenza A continúa siendo el virus predominante en la subregión (77% de las muestras de influenza), en las últimas semanas se ha observado un aumento de la co-circulación de influenza B, impulsado principalmente por el incremento de su circulación en

¹ Canadá, los Estados Unidos de América y México.

² Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guayana Francesa, Guyana, Haití, las Islas Caimán, Jamaica, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Suriname.

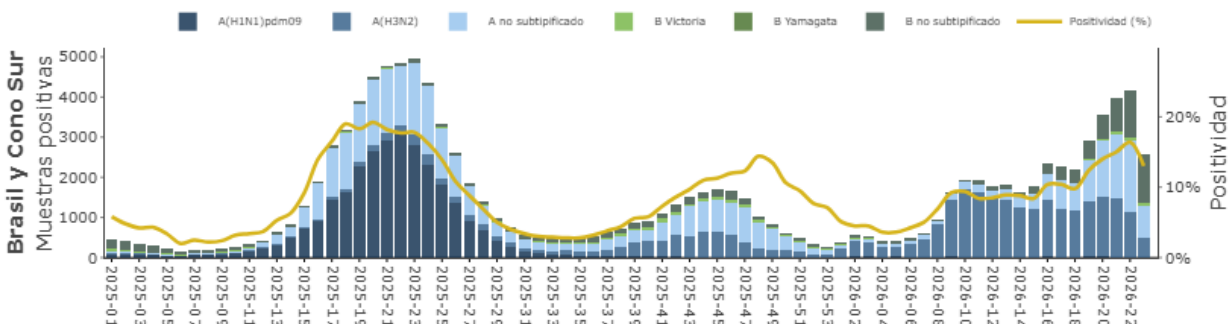
³ Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁴ Bolivia, (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

⁵ Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Brasil y Chile (**Figura 4**). Entre las muestras de influenza A subtipificadas, el 99% correspondió a A(H3N2), que continúa siendo el subtipo predominante en la subregión (3).

Figura 4. Muestras positivas influenza por subtipo y por semana epidemiológica (SE) en la subregión de Brasil y el Cono Sur, SE 1 del 2025 a SE 23 del 2026.

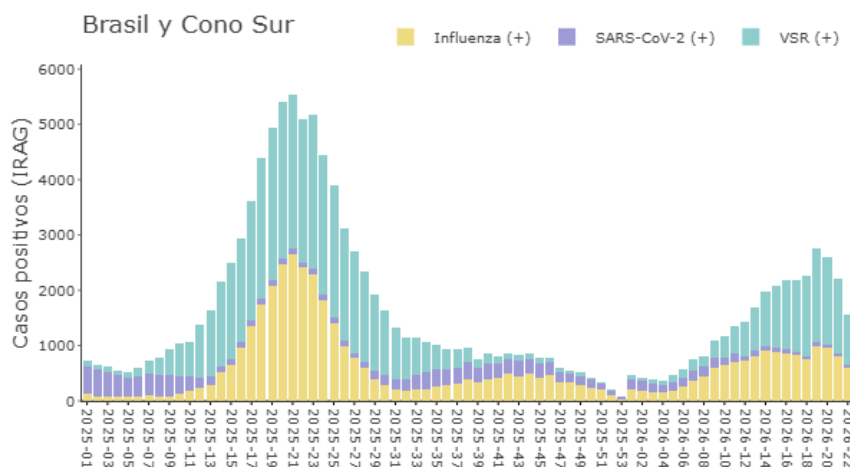


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En cuanto a los indicadores de enfermedad tipo influenza (ETI) e IRAG se muestra una tendencia ascendente, consistente con los parámetros esperados para esta época del año (**Figura 5** y **Figura 6**). Sin embargo, en las últimas semanas Chile ha mostrado un incremento por encima de los valores esperados para el número de casos ETI observado para el país (2, 3).

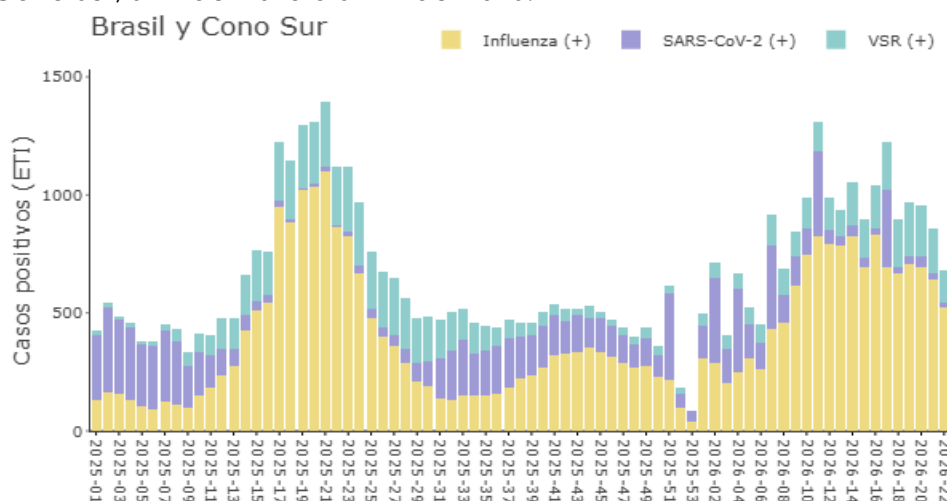
Por su parte, la circulación de SARS-CoV-2 se mantiene en niveles bajos y estables en todas las Américas.

Figura 5. Casos positivos de IRAG por virus respiratorio y semana epidemiológica, en la subregión de Brasil y el Cono Sur, SE 1 del 2025 a SE 22 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 17 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 6. Casos positivos de ETI por virus respiratorios y semana epidemiológica, subregión de Brasil y el Cono Sur, SE 1 del 2025 a SE 22 del 2026.

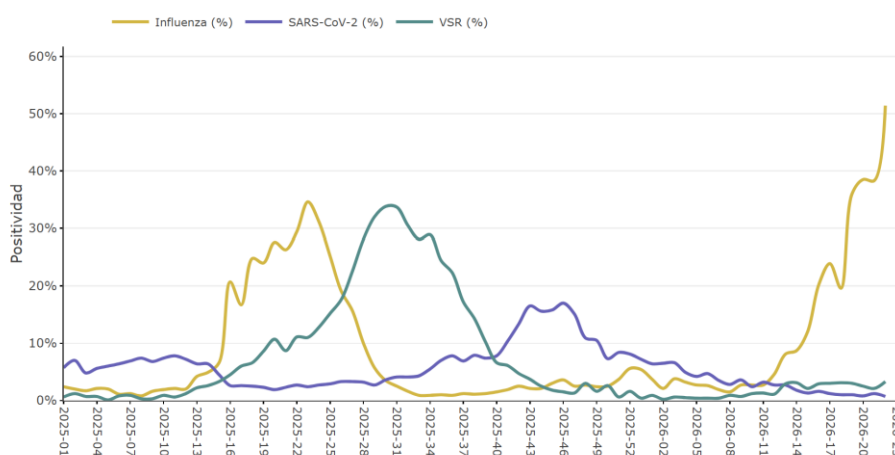


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

A continuación, se muestra el análisis en países seleccionados del hemisferio sur, en orden alfabético.

En **Argentina**, las detecciones de influenza se mantuvieron estables hasta la SE 9 del 2026; a partir de la SE 10, se registra un aumento tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad para este virus, con predominio de Influenza A, principalmente del subtipo A(H3N2). Las detecciones alcanzan al momento sus valores máximos en las SE 21 y 22, superando los 1.500 casos semanales y un porcentaje de positividad por encima del 40% (**Figura 7**) (3, 4).

Figura 7. Porcentaje de positividad por virus respiratorio y semana epidemiológica en Argentina, SE 1 del 2025 a SE 23 del 2026.

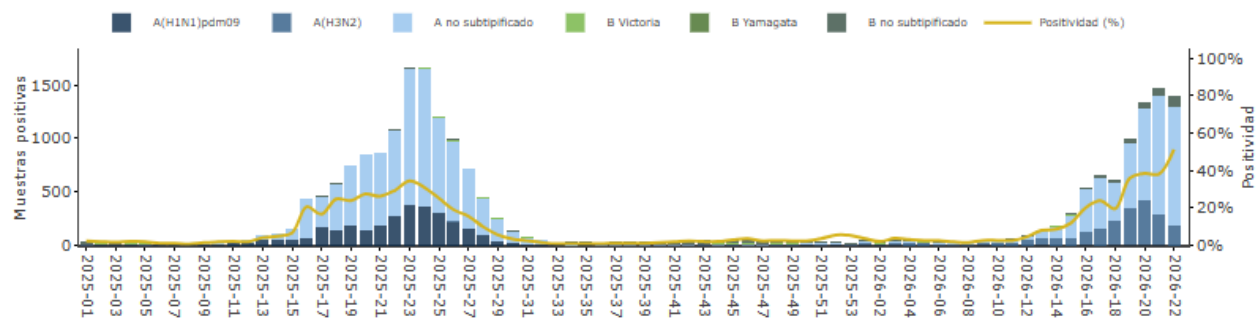


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En la vigilancia de eventos clínicos, los casos de ETI muestran un aumento desde la SE 10 del 2026. Desde la SE 14 hasta la SE 20, los casos de ETI se ubican entre los niveles de alerta y brote, con oscilaciones entre semanas (4).

De la SE 19 a la SE 22 del 2026, se detectaron 5.191 casos de influenza, de los cuales el 94% correspondieron a influenza A. El 99% de las muestras de influenza A subtipificadas correspondieron a influenza A(H3N2). Para influenza B se registraron 287 muestras positivas, y el 100% de las muestras subtipificadas se identificaron como del linaje Victoria. El VSR ha sido detectado aisladamente en 2026, hasta la SE 22 se reportaron 923 muestras positivas de VSR entre 47.427 muestras estudiadas (Figura 8) (3).

Figura 8. Muestras positivas influenza por subtipo y por semana epidemiológica en Argentina, SE 1 del 2025 a SE 22 del 2026.

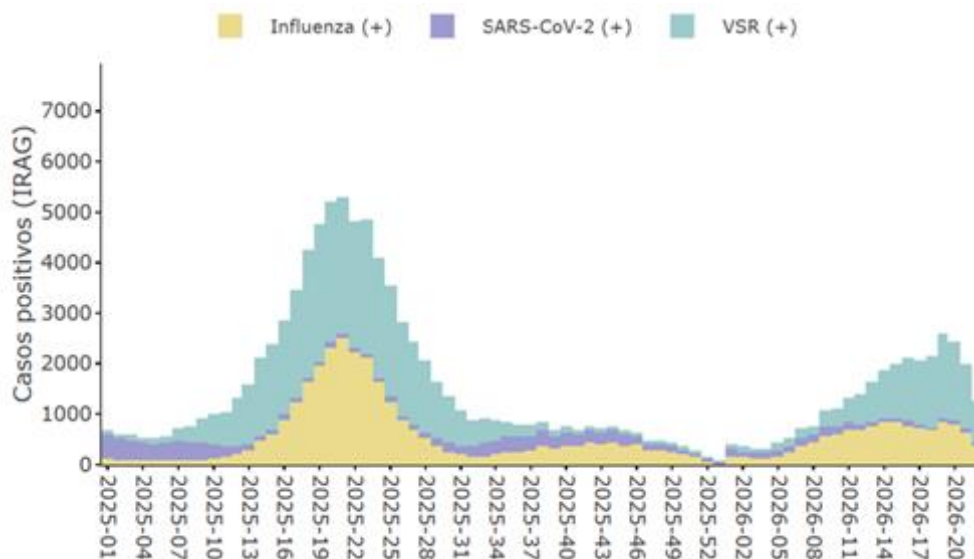


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En **Brasil**, entre la SE 5 y la SE 19 del 2026 se ha observado una tendencia al incremento tanto de los casos de ETI, como de IRAG (Figura 9 y Figura 10). Este comportamiento es consistente con el patrón estacional observado en años previos. Los niveles de ETI se mantienen similares a los registrados en temporadas anteriores, mientras que la actividad de IRAG se encuentra por debajo de los niveles observados en el mismo periodo del año previo (5, 6).

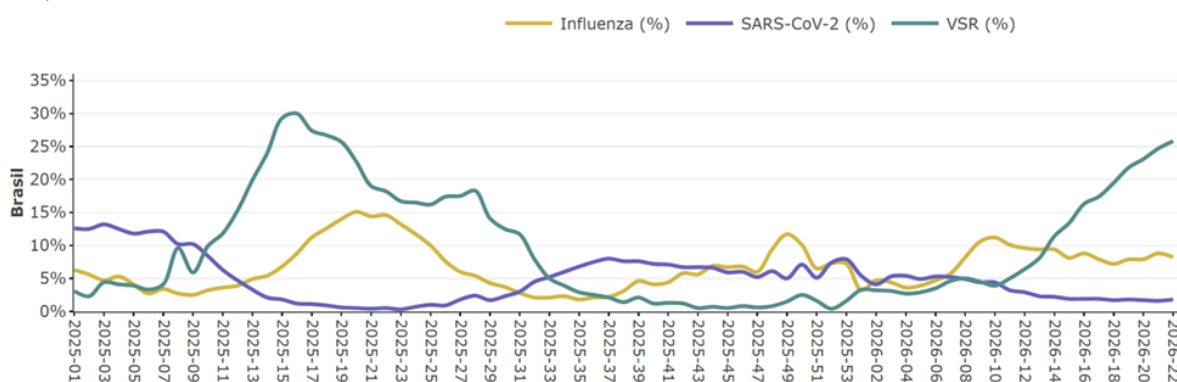
El aumento observado de los casos de IRAG se asocia a un aumento en las hospitalizaciones por VSR y a la co-circulación de influenza A e influenza B (5). No obstante, la actividad de IRAG asociada a VSR se mantiene dentro de los rangos esperados para la temporada. Por otro lado, los casos de IRAG ingresados a unidades de cuidados intensivos (UCI) y las defunciones en IRAG permanecen en niveles similares o inferiores a los observados durante el año anterior, lo que sugiere que, pese al incremento estacional de la actividad respiratoria, no se observa hasta el momento un aumento de la gravedad por encima de los niveles esperados (5, 6).

Figura 9. Casos reportados de influenza, SARS-CoV-2 y VSR por semana epidemiológica (SE) en Brasil, SE 1 del 2025 a SE 22 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 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 10. Porcentaje de positividad por virus respiratorios y semana epidemiológica (SE) en Brasil, SE 1 del 2025 a SE 22 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 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

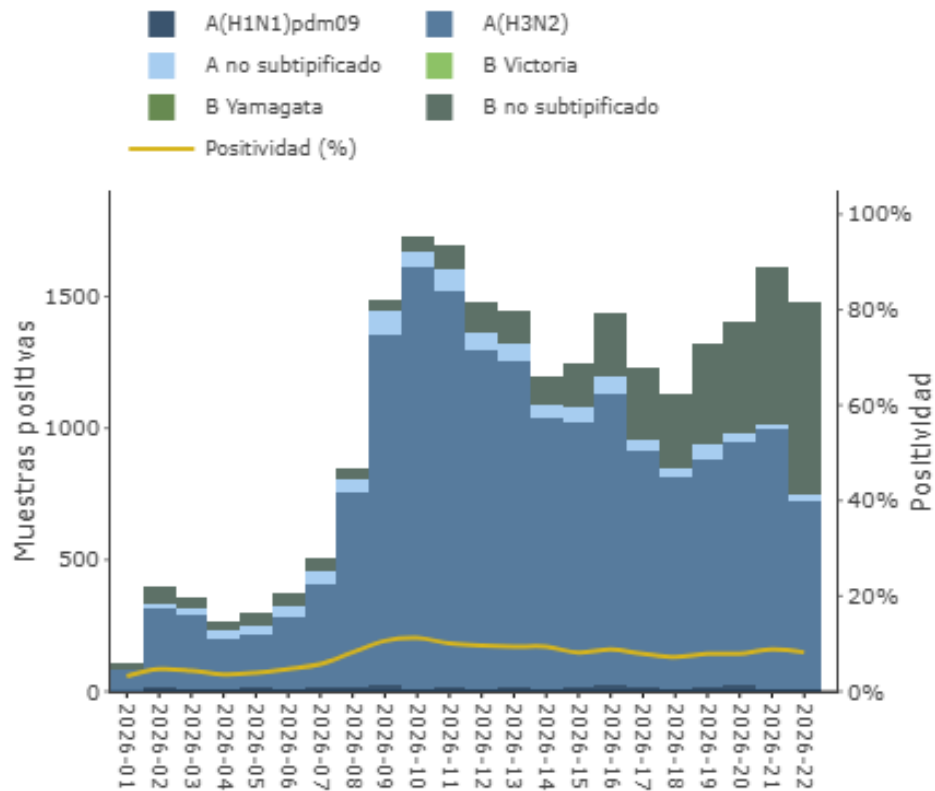
En Brasil de acuerdo con la vigilancia universal de IRAG, se notificaron 35.540 casos hospitalizados en 2026 hasta la SE 21, con identificación de virus respiratorios. En las últimas cuatro semanas (SE 19 a SE 22), el 63% de las muestras positivas para influenza correspondieron a influenza A, y el 37% a influenza B. Influenza A(H3N2) fue el subtipo predominante, con 98% de las muestras de influenza A subtipificadas (**Figura 11**) (5). Este año se ha observado un aumento en el número de muestras positivas para rinovirus, asociado a un incremento en el número de muestras analizadas durante 2026 (**Figura 12**) (3).

Es importante destacar que, en Brasil, desde febrero del 2025, los laboratorios de las unidades federadas de la red brasileña de vigilancia de virus respiratorios diagnostican de forma rutinaria tres virus respiratorios más de importancia para la salud pública, además de los virus

de la influenza A y B, el SARS-CoV-2 y el VRS: adenovirus, rinovirus y metapneumovirus. Esto refleja una buena homogeneidad en la observación e identificación de estos virus respiratorios, lo que contribuye a los análisis epidemiológicos de la circulación de virus respiratorios de importancia para la salud pública en el país (7).

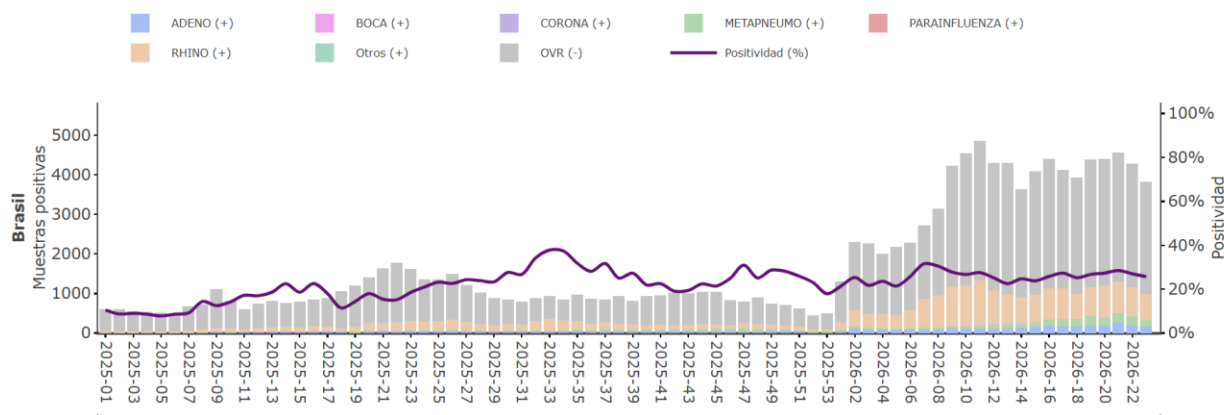
Los casos de IRAG por VSR siguen aumentando en la mayoría de los estados de las regiones Norte (Acre, Amapá, Pará y Roraima), Noreste (Alagoas, Bahía, Ceará, Maranhão, Piauí, Río Grande do Norte y Sergipe), Sudeste (Minas Gerais, Río de Janeiro y São Paulo) y Sur (Paraná, Santa Catarina y Río Grande do Sul) (5, 6). El rinovirus también ha contribuido al aumento de los casos de IRAG, especialmente entre niños y adolescentes, en algunos estados del noreste (Alagoas, Ceará, Paraíba, Piauí y Sergipe), el sureste (Minas Gerais, Río de Janeiro) y el sur (Santa Catarina y Río Grande do Sul), además del estado de Goiás (5). Las hospitalizaciones por influenza A están disminuyendo o se han estabilizado en niveles bajos de incidencia en gran parte del país, aunque siguen aumentando en toda la región sur, en algunos estados del Sudeste y del Norte (5, 6).

Figura 11. Muestras positivas, porcentaje de positividad y características virales en la circulación de influenza por SE en Brasil, SE 1 del 2026 a SE 22 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 17 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 12. Muestras positivas y negativas, porcentaje de positividad y características virales en la circulación de otros virus respiratorios por SE en Brasil, SE 1 del 2025 a SE 22 del 2026.



Nota: OVR: Otros Virus Respiratorios.

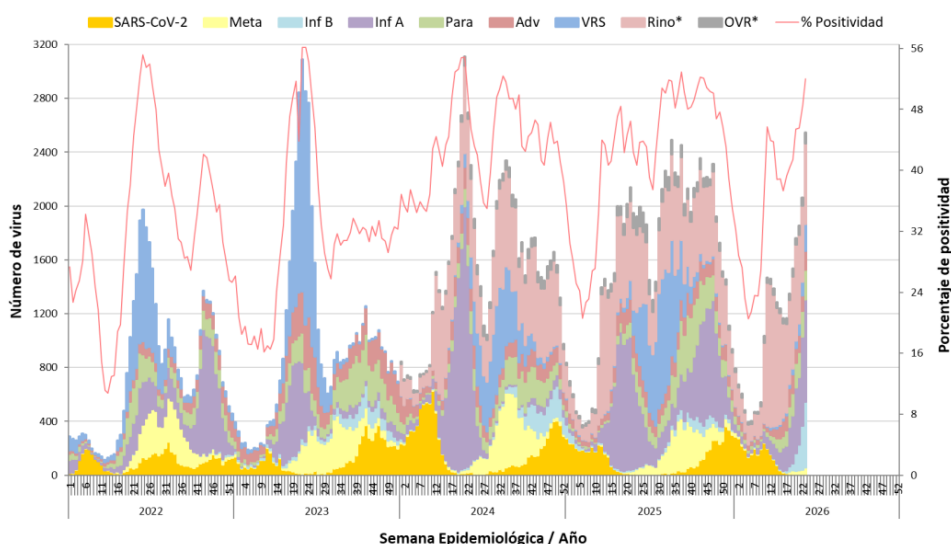
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

En Brasil, en lo que respecta a la vigilancia genómica del virus influenza, en 2026 se registraron 691 secuenciaciones en la plataforma GISAID, realizadas por la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública, correspondientes a muestras de casos de influenza recolectadas entre las SE 1 y SE 16 del 2026. Se identificaron cinco clados en circulación asociados a los subtipos Influenza A(H1N1)pdm09, Influenza A(H3N2) e Influenza B, de los cuales predomina el subclado K (3C.2a1b.2a.2a.3a.1K) de Influenza A(H3N2), identificado en el 72 % de las secuenciaciones del período (3).

En **Chile**, la actividad de influenza ha mostrado un incremento sostenido desde la SE 5 del 2026, alcanzando niveles altos de actividad en la SE 22, con una positividad del 25%. Predomina la circulación de influenza A con el 67% de las muestras positivas para influenza, pero con un incremento en la circulación de influenza B en las últimas semanas (SE 19 a SE 22). La positividad general de otros virus respiratorios continúa en aumento desde la SE 5 (3, 8, 9).

Es importante destacar que, aunque la influenza A continúa siendo el tipo predominante, en las últimas semanas se ha observado un incremento agudo en la proporción de detecciones de influenza B. Para la SE 22 del 2026, influenza B representó el 33% de las detecciones de influenza, una proporción superior a la observada en el mismo período de las temporadas recientes (1%-9%). Por su parte, el VSR ha ido en aumento sostenido desde la SE 17, aun con una baja positividad (3%), mientras SARS-CoV-2 permanece en niveles bajos (**Figura 13**) (8, 9).

Figura 13. Umbral estacional, promedio de curva epidémica, umbral de alerta y tasa* de notificación ETI por semana epidemiológica. Chile, SE 1 del 2023 a SE 22 del 2026.

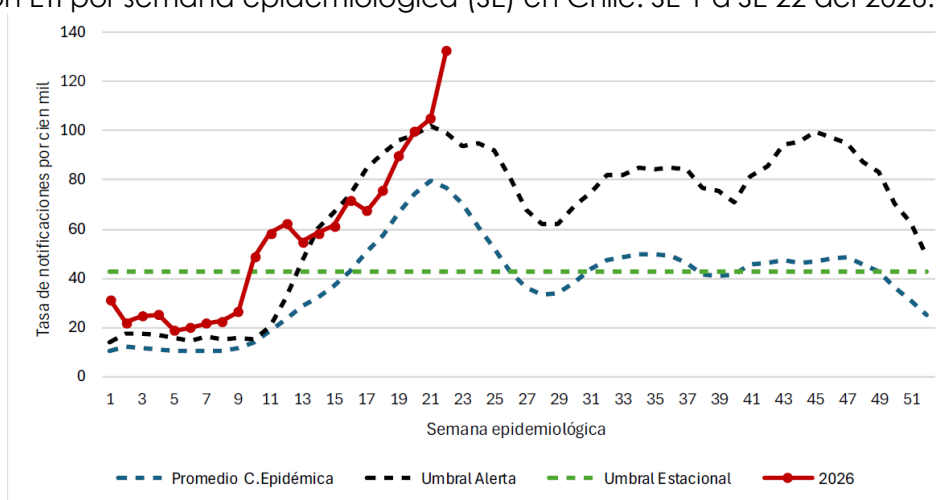


* Se incorpora Rinovirus y otros virus respiratorios a partir de la SE 01-2024.

Fuente: Instituto de Salud Pública de Chile. Informe de Circulación de Virus Respiratorios. Semana epidemiológica 23 del 2026. Santiago: ISP; 2026. Disponible en: [https://www.ispch.gob.cl/virusrespiratorios/\(8\)](https://www.ispch.gob.cl/virusrespiratorios/(8))

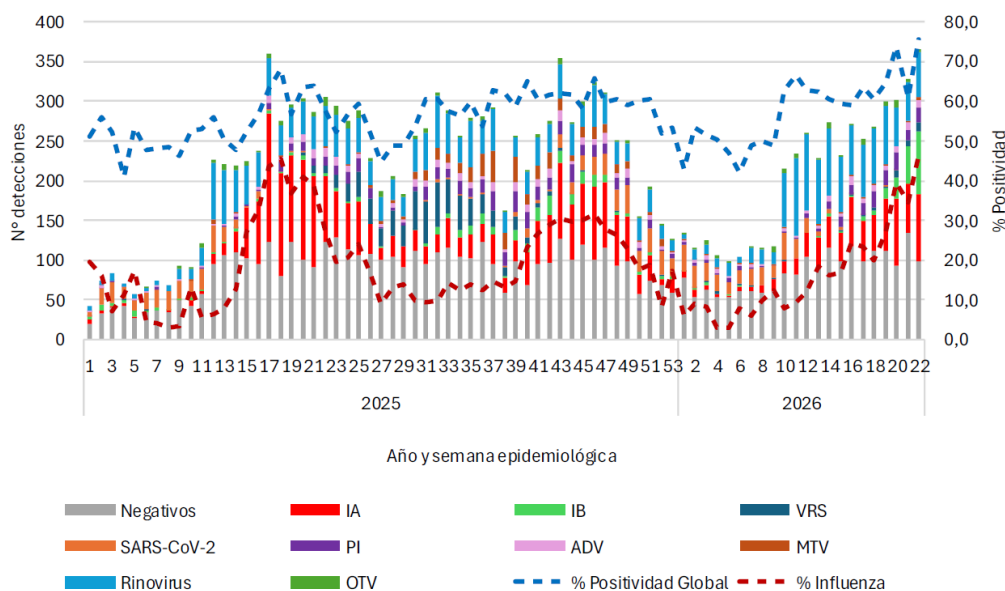
Con relación al comportamiento de la ETI se notificaron 2.150 casos ETI, correspondiente a una tasa de notificación de 132,8 casos cada cien mil habitantes en la SE 22, sobrepasando el umbral estacional, sobre el promedio de la curva epidémica y mostrando un aumento del 26% en relación con la semana anterior (**Figura 14**). De acuerdo con el análisis por regiones, la región con más alta tasa de notificación fue Magallanes con 310,5 casos cada cien mil habitantes, seguidos por Valparaíso con 293,4 casos cada cien mil habitantes. La positividad para los casos de ETI durante esta misma SE fue 75,6%, el virus predominante fue influenza A con 23,8% de positividad, seguido por influenza B con 22,4% (**Figura 15**). Por otro lado, los casos de IRAG se encuentran bajo el umbral estacional y del promedio de la curva epidémica con 4,4%, mostrando un comportamiento dentro de lo esperado para temporada. Esto sugiere que el aumento de la actividad respiratoria observado a nivel ambulatorio no se ha traducido en un incremento de la gravedad por encima de los niveles esperados (9).

Figura 14. Umbral estacional, promedio de curva epidémica, umbral de alerta y tasa* de notificación ETI por semana epidemiológica (SE) en Chile. SE 1 a SE 22 del 2026.



Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Se 22/2026. Vigilancia Centinela ETI e IRAG Influenza y otras Enfermedades Respiratorias Agudas Chile 09 de junio 2026. Santiago: MS; 2026. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/06/EPIDEMIOLOGICO_N_22_2026_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf (9).

Figura 15. Distribución de virus respiratorios identificados y positividad en vigilancia ETI por semana epidemiológica en Chile. SE 1 del 2025 a SE 22 del 2026.

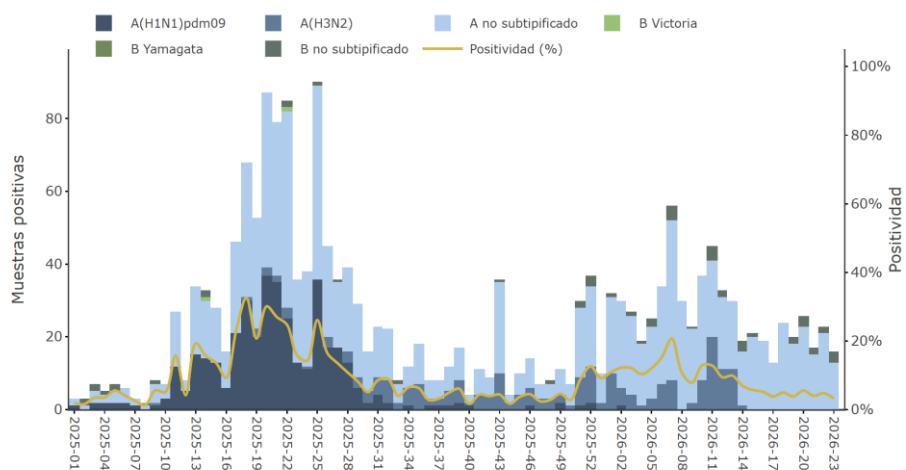


Nota: IA: Influenza A ; IB: Influenza B; VRS: Virus Respiratorio Sincitial; SARS-CoV-2: Coronavirus tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo grave; PI: virus de la Parainfluenza, ADV: Adenovirus, MTV: Metapneumovirus y OTV: Otros Virus Respiratorios.

Fuente: Adaptado del Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Se 22/2026. Vigilancia Centinela ETI e IRAG Influenza y otras Enfermedades Respiratorias Agudas Chile 9 de junio 2026. Santiago: MS; 2026. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/06/EPIDEMIOLOGICO_N_22_2026_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf (9).

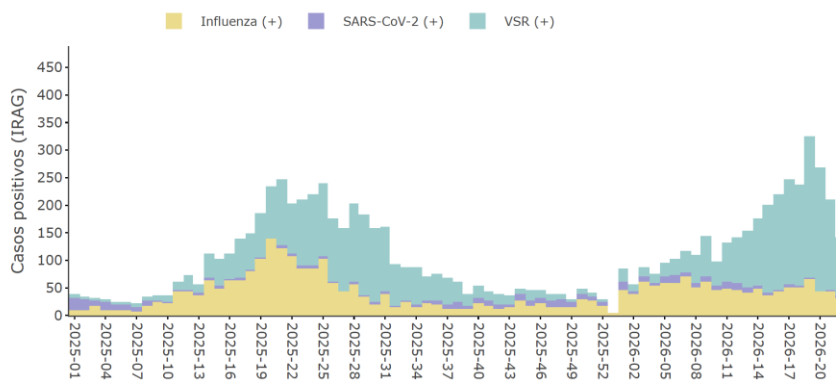
En **Perú**, la circulación de influenza ha permanecido relativamente estable durante las últimas semanas, con una positividad del 5,8% en la SE 22 del 2026, con predominio de influenza A (91%) (**Figura 16**). En contraste, la actividad de VSR ha mostrado un incremento sostenido desde la SE 4 del 2026, alcanzando una positividad de 58,5% en la SE 20. Este aumento ha contribuido de manera importante a la actividad respiratoria observada en el país y al incremento de los casos de IRAG asociados a VSR, siendo el grupo de 0 a 12 años de edad el más afectado, al concentrar el 54% de los casos IRAG en lo que va del año 2026 (**Figura 17**) (3). No obstante, la proporción de casos de IRAG ingresados a UCI o casos IRAG fallecidos permanecen dentro de los rangos esperados para esta época del año, sin evidencia de un incremento de la gravedad por encima de los niveles observados habitualmente para la temporada.

Figura 16. Muestras positivas, porcentaje de positividad y características virales en la circulación de influenza por semana epidemiológica en Perú, SE 1 del 2025 a SE 23 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 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Figura 17. Casos positivos de IRAG por virus respiratorio y semana epidemiológica en Perú, SE 1 del 2025 a SE 22 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 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ (3).

Recomendaciones para los Estados Miembros

En la temporada 2026 del hemisferio sur en algunos países como Brasil y Chile, se observa un incremento súbito de la enfermedad tipo influenza (ETI), la cual se encuentra acompañada de un aumento de la actividad del virus sincitial respiratorio (VSR) y un incremento de influenza tipo B. Esta tendencia observada puede replicarse en otros países del Cono Sur y la subregión Andina lo que podría 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. 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 A e influenza B, confirman la relevancia de la vigilancia integrada de virus respiratorios y de la planificación anticipada de los servicios 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 de la OPS/OMS del 4 de diciembre del 2025 (10), las cuales continúan vigentes.

Vigilancia

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros integrar la vigilancia del virus 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 no solo los virus circulantes, e identificar clados/subclados, como también para generar datos genómicos para las reuniones de composición de vacunas contra la influenza y detección de virus con potencial epidémico o pandémico, como variantes, reagrupamientos o mutaciones potencialmente asociadas con mayor transmisibilidad, patogenicidad o resistencia a antivirales.

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 (11, 12).

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 (13, 14).

Los eventos respiratorios que son inusuales deben investigarse de inmediato y reportarse a la OPS/OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (14). 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 influenza, 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> (15).

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 (15, 16). 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 (13). 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 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (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.

Los laboratorios deben comunicarse con el equipo de respuesta de laboratorio de la OPS antes del envío al CC de la OMS en Hospital St. Jude (laboratoryresponse@paho.org)

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 (17-19). 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 (20). Las recomendaciones sobre el tratamiento antiviral y antibiótico de acuerdo con presentación clínica se encuentran en las **tablas 1-4** (19).

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> (19).

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> (19).

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> (19).

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> (19).

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 atienda 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 (20).

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**) (21, 22).

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> (22).

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 (23, 24). La vacunación contra la influenza antes del inicio de la circulación del virus estacional sigue siendo la mejor medida preventiva contra la influenza grave (25).

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 (24).

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 (26, 27). 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 (28).

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 (29-32).

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 (30). 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 (33, 34). 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. (32, 35, 36). 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 (37).

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 (37) 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 (38).

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly Update N° 582. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--582>.
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 23 de junio 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 23 de junio del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.
4. Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología. (2026). Boletín Epidemiológico Nacional N°813, SE 23. Buenos Aires: MINSA. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/actualizacion-del-boletin-epidemiologico-nacional-de-la-semana-ndeg-22>.
5. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - ICICT/Fiocruz. Resumo do Boletim InfoGripe -- Semana Epidemiológica (SE) 22 2026. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2026. Disponible en: https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/Resumo_InfoGripe_2026_22.pdf.
6. Brasil. Ministerio de Salud. Informe epidemiológico sobre la vigilancia de virus respiratorios. Secretaría de Vigilancia Sanitaria y Ambiental. Brasília; MS; 2026. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-21-de-2026.pdf/view>.
7. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil. Comunicación recibida el 29 de junio del 2026 mediante correo electrónico. Brasília; 2026. Inédito.
8. Instituto de Salud Pública de Chile. Informe de Circulación de Virus Respiratorios. Semana epidemiológica 23 del 2026. Santiago: ISP; 2026 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.ispch.gob.cl/virusrespiratorios/>.
9. Ministerio de Salud de Chile. Informe Epidemiológico Se 22/2026. Vigilancia Centinela ETI e IRAG Influenza y otras Enfermedades Respiratorias Agudas Chile 09 de junio 2026. Santiago: MS; 2026. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2026/06/EPIDEMIOLOGICO_N_22_2026_VIGILANCIA_CENTINELA_ETI_IRAG_DE_INFLUENZA_Y_OTROS_VIRUS_RESPIRATORIOS.pdf.
10. 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>.
11. 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>.

12. 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/items/00436abf-9849-41a3-876d-07434c8d6b78>.
13. 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>.
14. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional, 3ª ed. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496>.
15. 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/OMS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/vigilancia-integrada-influenza-sars-cov-2-algoritmo-pruebas-laboratorio>.
16. 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>.
17. 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>.
18. 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>.
19. Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 23 de junio del 2026] Disponible en: <https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=4951&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Infografía: Qué EPP usar en qué situación. Washington, D.C.: OPS; 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/infografia-que-epp-usar-que-situacion>.
22. 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://iris.who.int/items/86ac1df2-8d77-44ca-8953-dc82459827cc>.
23. Organización Mundial de la Salud, Gripe (estacional). Ginebra: OMS; 2025. [consultado el 23 junio 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)).

24. Organización Panamericana de la Salud. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS; 2025 [consultado el 23 de junio del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios#collapse4>.
25. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra la influenza. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 15 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/vacuna-contra-influenza>.
26. 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>.
27. 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>.
28. 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>.
29. 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>.
30. 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>.
31. Organización Panamericana de 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>.
32. Pfizer Inc. ABRYVO® (Respiratory Syncytial Virus Vaccine) Highlights of prescribing Information. New York: Pfizer; 2025. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/168889/download>.
33. 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>.
34. 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.
35. 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.
36. United States Food and Drug Administration. MRESVIA. Silver Spring: FDA; 2025. Disponible en: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mresvia>.

37. 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>.
38. Organización Panamericana 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. Washington, D.C.: OPS; 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-america-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>.