Alerta Epidemiológica Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada, hemisferio norte

17 de noviembre del 2026

Ante el inicio de la temporada 2026-2027 de circulación de virus respiratorios en el hemisferio norte, y considerando el incremento de la actividad de influenza observado en varios países de la Región de las Américas, así como la elevada circulación del virus sincitial respiratorio (VSR) en algunos países del hemisferio norte, 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, incluida la caracterización genómica oportuna; ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud ante posibles incrementos en la demanda de servicios; y acelerar la vacunación contra la influenza estacional y el VSR en los grupos prioritarios antes del pico de circulación, de acuerdo con las recomendaciones vigentes y antes de los períodos de mayor circulación viral.

Resumen de la situación a nivel global

A nivel global, la actividad de influenza sigue los patrones estacionales esperados, caracterizado por un incremento gradual durante los últimos meses en las zonas templadas y subtropicales del hemisferio norte, donde la positividad de influenza se aproxima al 10%, y una disminución durante los últimos dos meses en las zonas templadas y subtropicales del hemisferio sur, donde la positividad descendió a alrededor del 5% (**Figura 1**) *(1)*.

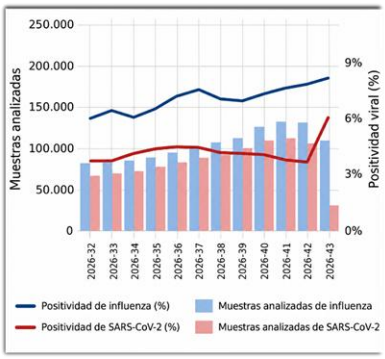
En el hemisferio norte, algunos países de América del norte, Centroamérica y el Caribe, África, así como Asia y Europa registraron positividades de influenza superiores al 10%. En contraste, en el hemisferio sur, particularmente en los países del Cono Sur[1] de la Región de las Américas, se registra un descenso de la actividad de influenza. Si bien algunos países de la subregión Andina[2] de la Región de las Americas, muestran incrementos durante las últimas semanas epidemiológicas (SE), estas tendencias deben interpretarse con cautela, considerando posibles retrasos en la notificación de datos de vigilancia *(1)*.

[1] Brasil y el Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.
[2] Andina: Bolivia (Estado Plurinacional de), Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela (República Bolivariana de).

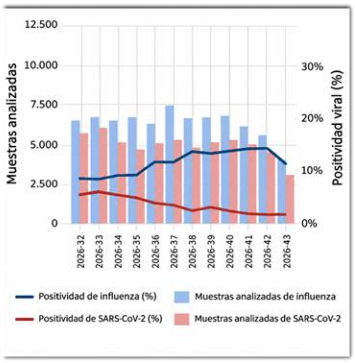
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza estacional y otros virus respiratorios: inicio temporada, hemisferio norte, 17 de noviembre del 2026. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026.

Figura 1. Número semanal de muestras analizadas y positividad de influenza y SARS-CoV-2 por zonas climáticas[3] a nivel global. Semana epidemiológica (SE) 32 a la SE 43 del 2026.

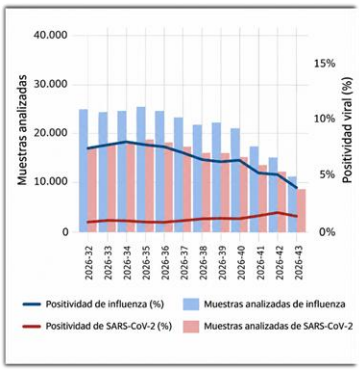
a. Zonas templadas y subtropicales del hemisferio norte



b. Zonas tropicales



c. Zonas templadas y subtropicales del hemisferio sur



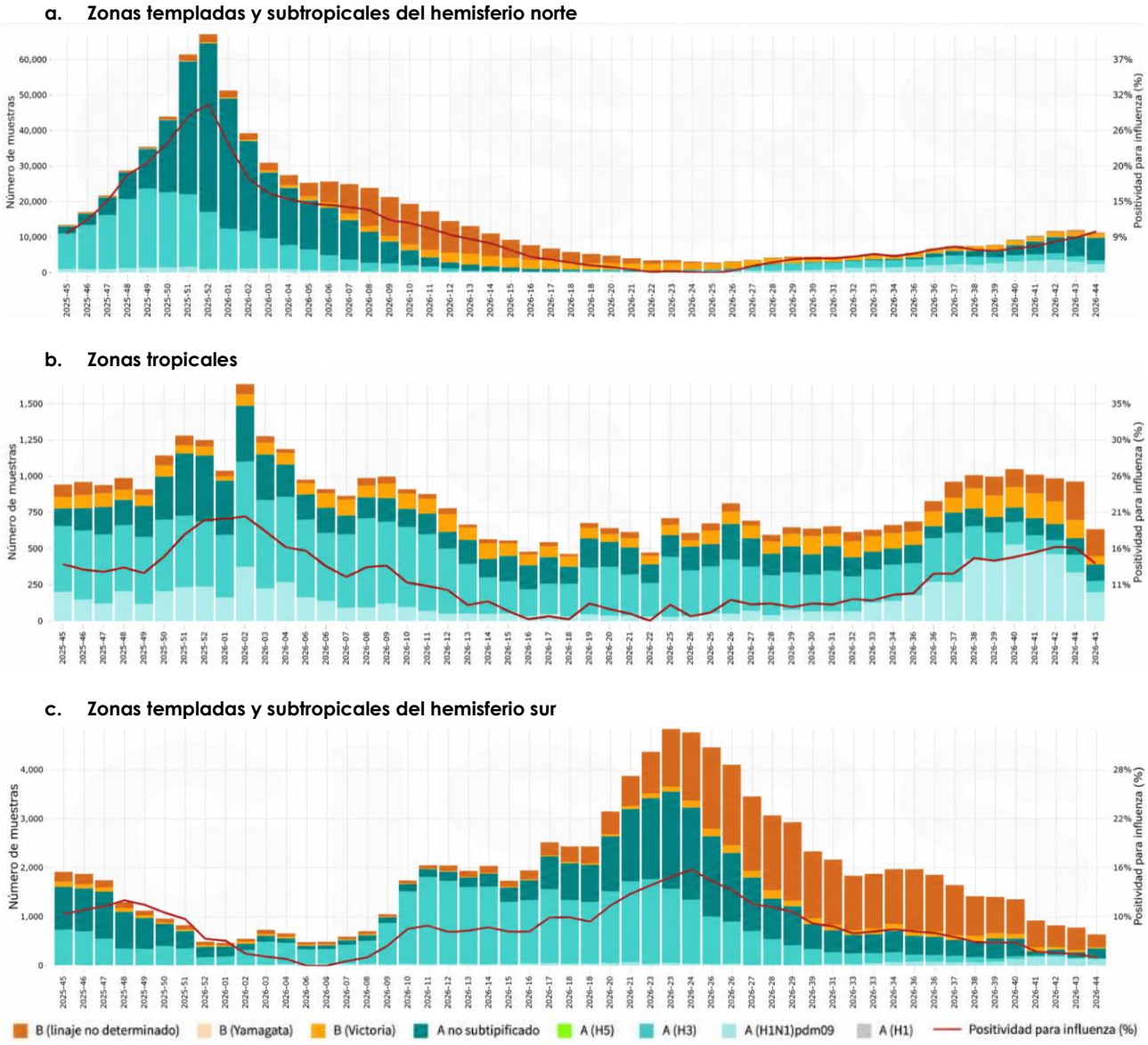
Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 602. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--602 *(1)*.

Los virus de influenza A continúan predominando a nivel global, particularmente el subtipo A(H1N1)pdm09, que también es el principal subtipo identificado en Europa durante las últimas semanas, según el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) *(1, 2)*. Sin embargo, se observa co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B en Centroamérica y el Caribe, así como en Asia meridional. En contraste, en América del Sur tropical y templada y en África occidental predominó la circulación de influenza B (**Figura 2**) *(1, 3)*.

En las últimas semanas, la positividad del Coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), se mantuvo estable y en niveles bajos en la mayoría de los países a nivel global, aunque algunos países del hemisferio norte registraron positividades superiores al 10% (**Figura 1**) *(1)*. En cuanto al virus sincitial respiratorio (VSR), se observaron positividades superiores al 10% en algunos países, principalmente en zonas tropicales y subtropicales *(1)*.

[3] Corresponde a las cinco grandes zonas térmicas delimitadas por los trópicos y los círculos polares: una zona tropical o intertropical, situada entre los trópicos de Cáncer y Capricornio; dos zonas templadas, ubicadas entre los trópicos y los círculos polares de cada hemisferio; y dos zonas polares, que se extienden desde los círculos polares hasta los polos. Esta distribución se relaciona con las diferencias en la radiación solar recibida según la latitud.

Figura 2. Número semanal de muestras positivas por tipo y subtipo de virus de la influenza y positividad por zona geográfica, SE 45 del 2025 a SE 44 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information Dashboard. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 9 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart *(3)*.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

En América del Norte[4] y Centroamérica[5] se ha observado un incremento gradual de la actividad de influenza durante las últimas cuatro semanas, con predominio de A(H1N1)pdm09 en Canadá y los Estados Unidos de América. En México, aunque influenza B continúa predominando, se observa una proporción creciente de A(H1N1)pdm09. En Centroamérica se

[4] América del Norte: Canadá, los Estados Unidos de América y México.
[5] América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

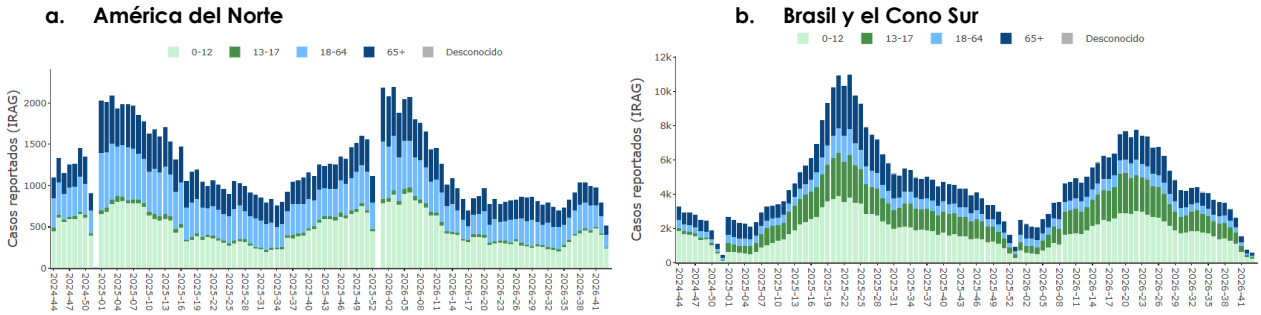
registra co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B en Centroamérica. El incremento ha sido más pronunciado en la subregión del Caribe[6], donde la positividad aumentó de 4,2% en la SE 39 a 27% en la SE 42, también con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09 y B *(4-6)*.

En la subregión Andina[2], la positividad de influenza se ha mantenido relativamente estable durante los últimos meses, con co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B. Por el contrario, en Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza ha disminuido de manera sostenida en el mismo período, con predominio de influenza B hacia el final de la temporada *(4-6)*.

La circulación del VSR permanece elevada en Centroamérica[5], la subregión Andina[2] y Brasil y el Cono Sur[1], aunque con una tendencia descendente en las tres subregiones, tras un período de elevada actividad. En contraste, la actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en todas las subregiones, con la mayor positividad en América del Norte[4] (2,5%), donde también se observa una tendencia descendente *(4-6)*.

Los datos de vigilancia sindrómica de infección respiratoria aguda grave (IRAG) muestran tendencias acordes con los patrones estacionales esperados. En América del Norte[4], se observa un incremento de los casos notificados de IRAG durante las últimas semanas, mientras que en Brasil y el Cono Sur[1] se registra una disminución sostenida desde el pico de la temporada invernal austral (**Figura 3**) *(4-6)*.

Figura 3. Número semanal de casos reportados de infección respiratoria aguda grave (IRAG), por grupo de edad, (a) America del Norte y (b) Brazil y el Cono Sur, SE 44 del 2024 a SE 43 del 2026



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses *(6)*.

Los datos de vigilancia genómica muestran un predominio del clado 6B.1A.5a.2a.1 entre los virus de influenza A(H1N1)pdm09 caracterizados en América del Norte durante 2026. Este patrón contrasta con la temporada anterior del hemisferio norte, caracterizada por el predominio de influenza A(H3N2), particularmente del subclado K *(4-6)*. La composición recomendada por la OMS para la vacuna contra la influenza de la temporada 2026–2027 del hemisferio norte incluye un componente A(H1N1)pdm09 similar a A/Missouri/11/2025, perteneciente al subclado D.3.1, que ha mostrado un buen reconocimiento antigénico de virus circulantes de los clados 5a.2a y 5a.2a.1 *(7)*.

[6] Caribe: Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana; Haití, Jamaica, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucia y Suriname.

Situación epidemiológica por país en la Región de las Américas

En el contexto del inicio de la temporada de influenza 2026–2027 en el hemisferio norte, algunos países de la Región de las Américas han registrado incrementos de la actividad de influenza durante las últimas semanas epidemiológicas, con diferencias en la magnitud de los incrementos y los tipos y subtipos de virus circulantes. A continuación, se presenta la situación epidemiológica de países seleccionados, considerando las tendencias recientes de circulación viral y otros indicadores de vigilancia, en la Región de las Américas, presentados en orden alfabético y por hemisferio.

Hemisferio norte

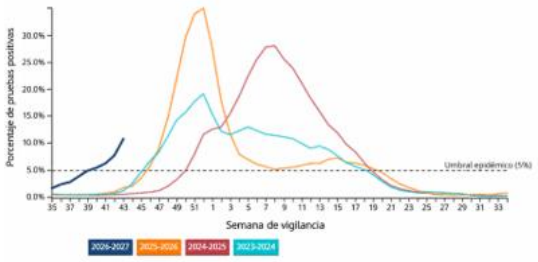
En **Canadá,** el incremento de la circulación de influenza inició antes que en las temporadas post-pandemia anteriores (2022-2023 a 2025-2026), superando la tasa de positividad nacional del 5% a principios de octubre, SE 40 del 2026. Hasta la SE 43, la actividad de la influenza ha pasado de niveles bajos a moderados, alcanzando una tasa de positividad nacional del 10,8% (**Figura 4**). A diferencia de la temporada anterior, el subtipo predominante es el de la influenza A(H1N1)pdm09 (**Figura 5**). Al mismo tiempo, la circulación del SARS-CoV-2 está aumentando gradualmente, pero se mantiene en niveles bajos y por debajo de los observados en temporadas anteriores, con una tasa de positividad del 5,8% en la SE 43 (**Figura 4**) *(8, 9)*.

Las hospitalizaciones asociadas a virus respiratorios muestran una tendencia al alza, alcanzando una tasa de hospitalización de 2,6 por cada 100 000 habitantes, lo que refleja tanto el aumento de la actividad de la influenza como del SARS-CoV-2 (**Figura 6**). La tasa de hospitalización asociada a la influenza aumentó a 1,2 por cada 100.000 habitantes y la tasa de hospitalización asociada al SARS-CoV-2 aumentó a 1,3 por cada 100.000 habitantes en la SE 43 (**Figura 7**). Sin embargo, las tasas de hospitalización siguen siendo bajas y se mantienen dentro de los niveles esperados para este momento de la temporada. A medida que la actividad de los virus respiratorios sigue aumentando, se espera que se reporten más hospitalizaciones *(8, 9)*.

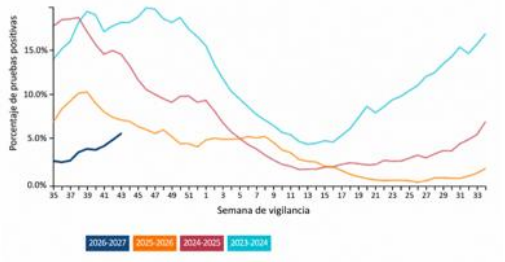
Desde el 1 de septiembre, todas las muestras de A(H1N1) caracterizadas genéticamente (n= 90) por la Dirección del Laboratorio Nacional de Microbiología (NMLB, por sus siglas en ingles) de la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC), han pertenecido al subclado D.3.1.1 HA, y se ha determinado que todos los virus A(H1N1) caracterizados antigénicamente (n= 200) son antigénicamente similares al componente de la vacuna. Hay datos limitados disponibles para las otras cepas (n= 5); sin embargo, se determinó que todas eran antigénicamente similares al componente de la vacuna *(8, 9)*.

Figura 4. Porcentaje de pruebas positivas para (a) influenza y (b) SARS-CoV-2 en Canadá, por semana vigilancia, desde la temporada 2023-2024 hasta la temporada 2026–2027.

a. Influenza

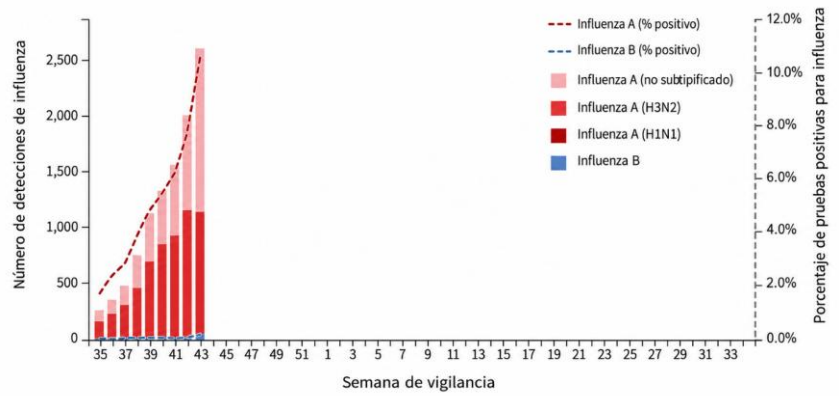


b. SARS-CoV-2



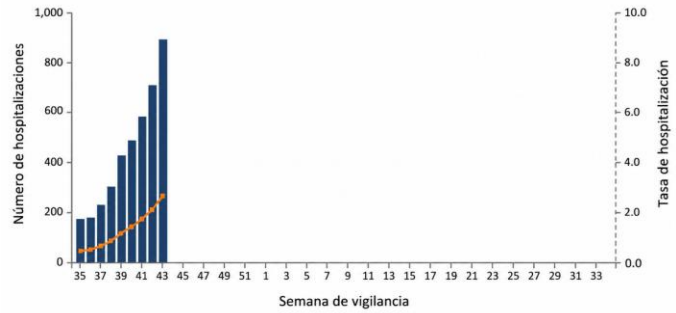
Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html *(8)*.

Figura 5. Número de detecciones de influenza y porcentaje de positividad por tipo y subtipo de influenza en Canadá, por semana vigilancia, temporada 2026-2027.



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html *(8)*.

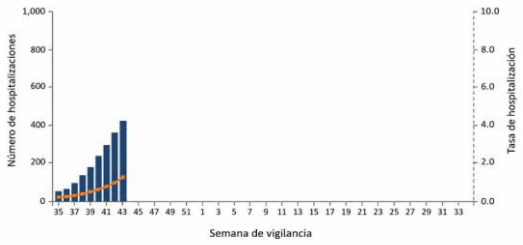
Figura 6. Número de hospitalizaciones y tasas de hospitalización (por cada 100.000 habitantes) asociadas a virus respiratorios (influenza, COVID-19 y VSR) por semana epidemiológica, temporada 2026-2027.



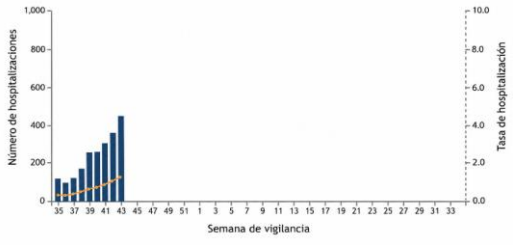
Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html *(8)*.

Figura 7. Número de hospitalizaciones y tasas de hospitalización (por cada 100.000 habitantes) asociadas a (a) la influenza y (b) la COVID-19, por semana epidemiológica, temporada 2026-2027.

a. Influenza



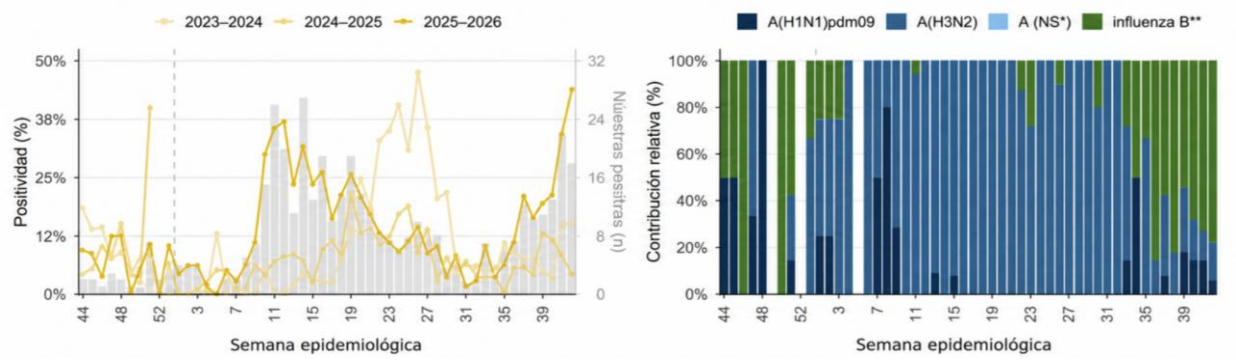
b. SARS-CoV-2



Fuente: Adaptado de Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html *(8)*.

En **El Salvador**, en 2026, se ha fortalecido la vigilancia de influenza en comparación con años anteriores, con un aumento en el número de muestras procesadas en los sitios centinela. Como resultado de esta mayor vigilancia y toma de muestras, se evidenció la circulación de influenza, con un incremento pronunciado de su actividad durante las últimas semanas epidemiológicas, alcanzando una positividad del 44% en la SE 42 del 2026. Entre los virus detectados se observa co-circulación de influenza A(H1N1)pdm09, A(H3N2) y B, con predominio reciente de influenza B (**Figura 8**) *(5, 6)*.

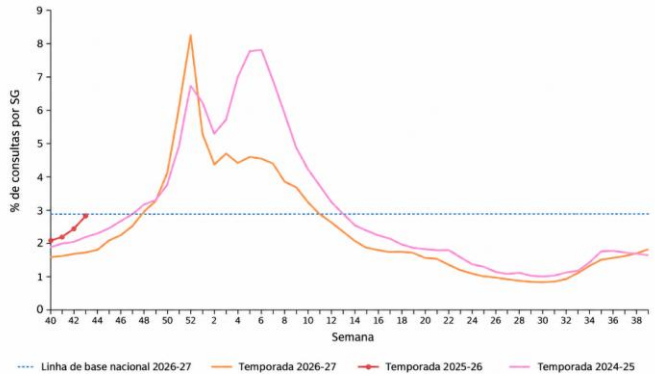
Figura 8. Muestras positivas de influenza, porcentaje de positividad y distribución semanal de los tipos y subtipos de influenza en El Salvador, SE 44 del 2023 a SE 42 del 2026



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/influenza-situation-report *(6)*.

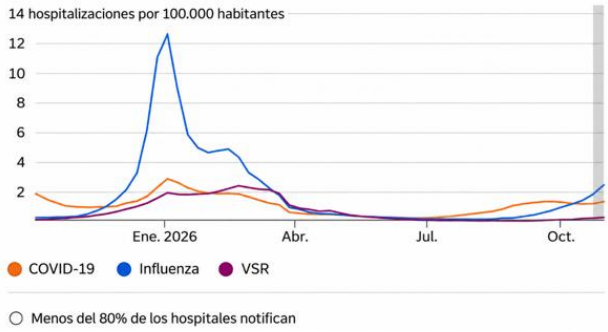
En los **Estados Unidos**, hasta la SE 43 del 2026, ha habido un aumento gradual de casos de influenza, VSR y otros virus respiratorios, consistente con la actividad esperada al inicio de la temporada de invierno, sin embargo, el nivel de actividad es más alto de lo que habitualmente se observa en los Estados Unidos (**Figura 9**) *(10-12)*. Según la información disponible de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC de los EE. UU.) *(7)*, la enfermedad tipo influenza ETI se considera alta en dos jurisdicciones Louisiana y South Carolina *(10-12)*. Los datos de vigilancia hospitalaria muestran un aumento gradual en las tasas de hospitalización asociadas a influenza (**Figura 10**) *(10-12)*. La positividad por influenza ha mostrado un aumento gradual, pasando del 7,6% en la SE 42 al 9,1% en la SE 43, predominando la influenza A(H1N1)pdm09 (**Figura 11**) *(10-12)*.

Figura 9. Porcentaje de visitas ambulatorias por enfermedades respiratorias reportadas por la Red de Vigilancia de enfermedad tipo influenza (ETI) entre pacientes ambulatorios en los Estados Unidos (ILINet), temporadas 2024- 25, 2025-26 y 2026-27.



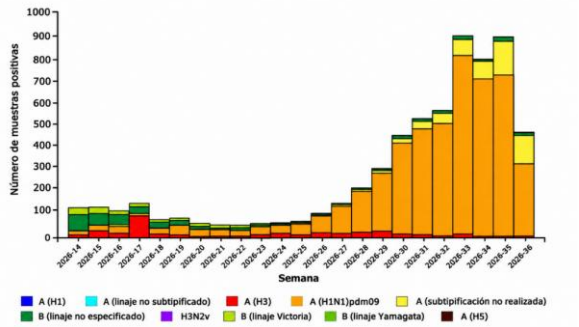
Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 43, ending October 31, 2026. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2026-week-43.html#cdc_data_surveillance_section_4-outpatient-and-emergency-department-illness-surveillance *(10)*

Figura 10. Tasas semanales de hospitalización asociadas a COVID-19, influenza y VSR, en los Estados Unidos. Temporadas 2025-26 y 2026-27.



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Hospitalization Surveillance Network (RESP-NET). Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/resp-net/dashboard/ *(11)*

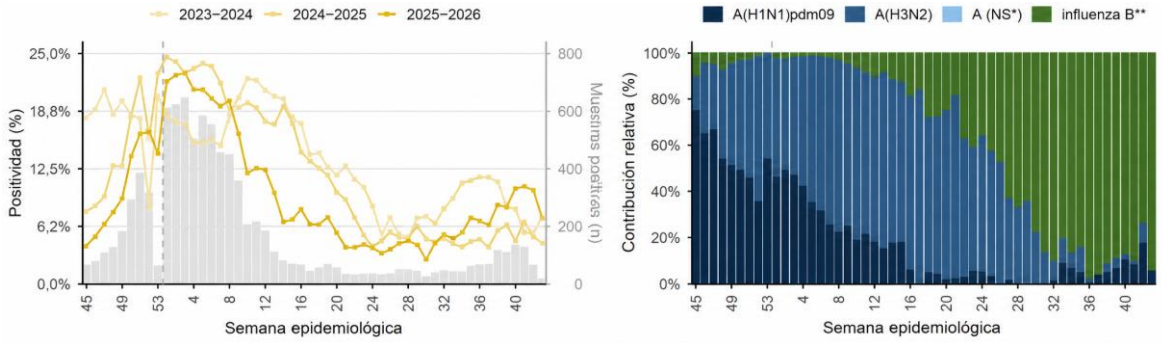
Figura 11. Resultados positivos de la prueba de influenza reportados al CDC por laboratorios de salud pública en los Estados Unidos, temporada 2026–27.



Fuente: Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 43, ending October 31, 2026. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2026-week-43.html#cdc_data_surveillance_section_4-outpatient-and-emergency-department-illness-surveillance *(10)*.

En **México**, se ha observado un incremento gradual de la actividad de influenza durante las últimas semanas epidemiológicas, con una positividad superior a la registrada durante el mismo período en las dos temporadas anteriores, alcanzando el 10,5% en la SE 42 del 2026. Entre los virus tipificados predomina influenza B, aunque se observa una proporción creciente de detecciones de influenza A(H1N1)pdm09 (**Figura 12**) *(5, 6)*.

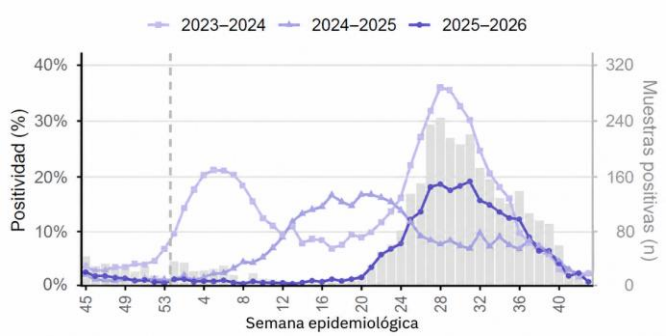
Figura 12. Muestras positivas de influenza, porcentaje de positividad y distribución semanal de los tipos y subtipos de influenza en México, SE 45 del 2023 a SE 43 del 2026



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/influenza-situation-report *(6)*.

Por su parte, la actividad de SARS-CoV-2 ha mostrado una tendencia descendente (2.4% positividad en la SE 42 del 2026), tras alcanzar un pico de circulación en SE 31, mientras que la circulación de VSR presenta una tendencia ascendente en las últimas semanas (**Figura 13**) *(5, 6)*.

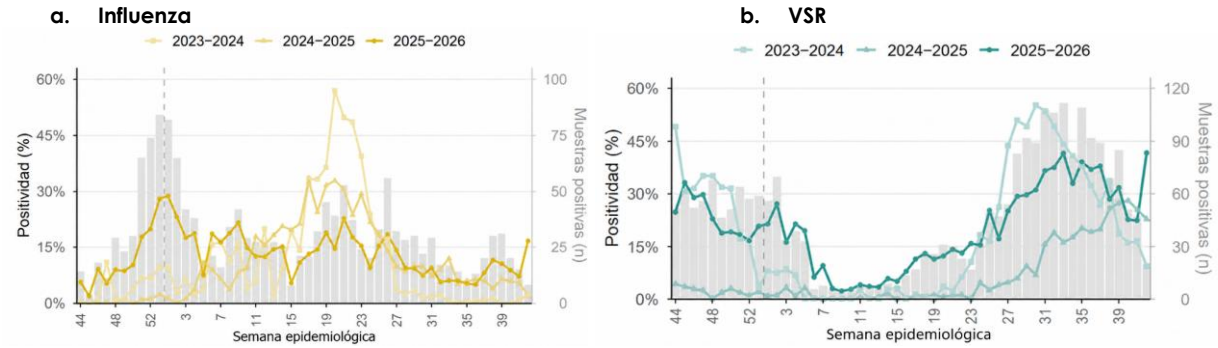
Figura 13. Muestras positivas y porcentaje de positividad de SARS-CoV-2 en México, SE 45 del 2023 a SE 43 del 2026



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/influenza-situation-report *(6)*.

En **Panamá**, la positividad de influenza se ha mantenido durante las últimas semanas, alcanzando el 7,4% en la SE 41 del 2026, con predominio de influenza B entre los virus detectados. Por su parte, la circulación del virus sincitial respiratorio (VSR) se ha mantenido elevada durante los últimos meses, aunque con una tendencia descendente en las últimas semanas, alcanzando una positividad del 22,5% en la SE 41. La positividad de SARS-CoV-2 se mantuvo baja, en 2,6% (**Figura 14**) *(3, 4)*. Se presentan datos hasta la SE 41 debido a la reducción en el número de muestras procesadas y los posibles retrasos de notificación correspondientes a la SE 42 *(5, 6)*.

Figura 14. Muestras positivas y porcentaje de positividad de (a) influenza y (b) VSR en Panamá, SE 44 del 2023 a SE 42 del 2026

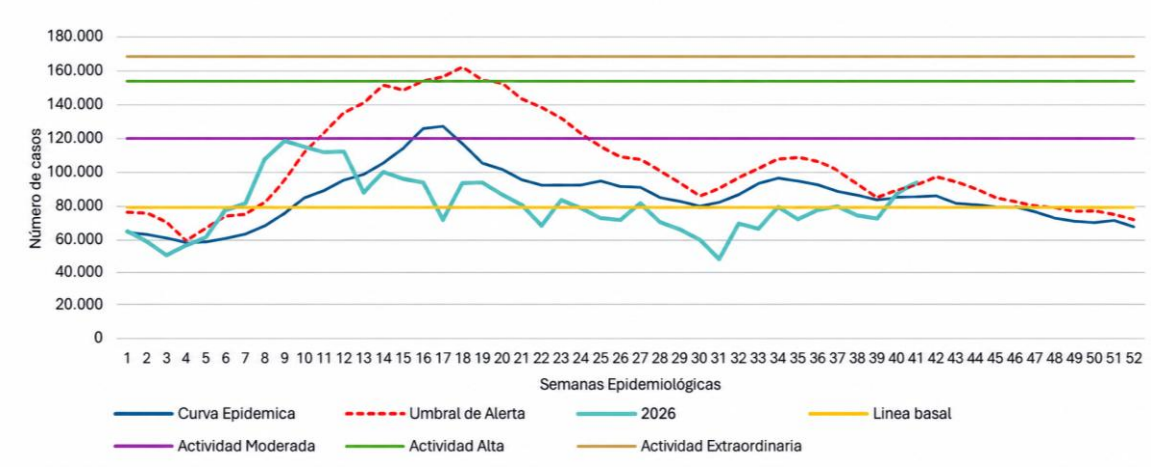


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de la Salud. Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2026 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/en/influenza-situation-report *(6)*.

Hemisferio sur

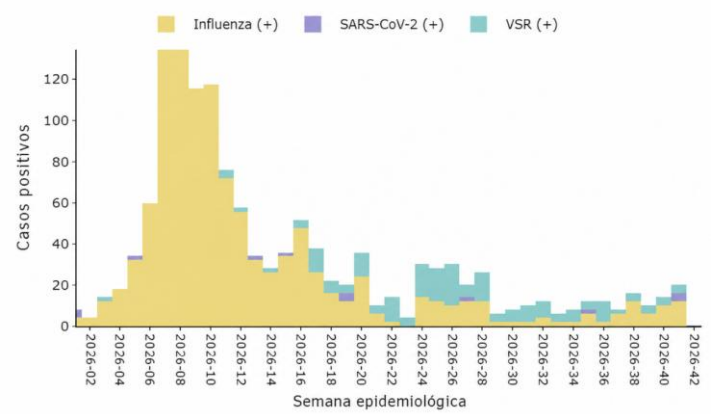
En **Bolivia,** entre las SE 41 y SE 42 del 2026, se observa un incremento de los casos de infecciones respiratorias agudas, alcanzando el umbral de alerta por encima del umbral epidémico (**Figura 15**). En cuanto a la actividad de influenza entre las SE 39 y la SE 42, se observó una positividad de 20,3%, con predominio del subtipo B Victoria (**Figura 16**). En cuanto a la circulación del de SARS-CoV-2, alcanzo una positividad del 3,6% *(4, 13, 14)*.

Figura 15. Curva epidémica infección respiratoria aguda, Bolivia, SE 1 a SE 41 del 2026**.**



Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Boletín epidemiológico: semana epidemiológica n.º 41, del 11 al 17 de octubre de 2026. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2026. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/send/71-boletines-epidemiologicos-semanal/1060-boletin-epidemiologico-semana-epidemiologica-no-41?Itemid=465 *(13)*.

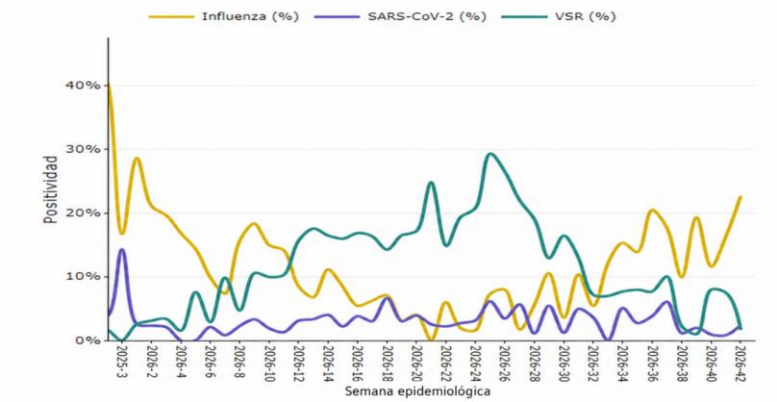
Figura 16. Casos positivos de IRAG por virus respiratorio y semana epidemiológica en Bolivia, SE 1 a SE 42 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/

En **Ecuador**, la actividad de influenza alcanzó una positividad del 23,5% en la SE 42, con predominio de influenza B (55,7% de las muestras tipificadas durante las SE 39–42) y cocirculación de A(H3N2) (**Figura 17**). La positividad del VSR y de SARS-CoV-2 se mantuvo relativamente baja, en 1,7% y 2,5%, respectivamente *(4, 6, 15)*.

Figura 17. Positividad influenza, SARS-CoV-2 y VSR por semana epidemiológica en Ecuador, SE 1 a SE 42 del 2026.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/ *(6)*.

Vigilancia genómica de influenza y los virus respiratorios

Los datos recientes de vigilancia genómica correspondientes al inicio de la temporada 2026–2027 del hemisferio norte muestran un marcado predominio del clado 5a.2a.1, subclado D.3.1.1, entre los virus de influenza A(H1N1)pdm09 circulantes. Asimismo, los datos de vigilancia genómica de la Región de las Américas disponibles en el tablero de la OPS/RESVIGEN muestran un predominio de secuencias del clado 5a.2a.1 entre los virus de influenza A(H1) caracterizados durante las últimas semanas epidemiológicas del 2026 *(6)*. Este subclado representa el 99,8% de los virus A(H1N1)pdm09 caracterizados genéticamente *(10)*. Mientras entre los virus A(H3N2), predominó el subclado K, con proporciones superiores al 95% en la región. La composición vacunal recomendada por la OMS para la temporada 2026–2027 del hemisferio norte incluye un componente A(H1N1)pdm09 similar a A/Missouri/11/2025, perteneciente al subclado D.3.1 y un componente A(H3N2) similar a A/Darwin/1454/2025 perteneciente al subclado K *(16)*.

Los resultados de caracterización antigénica indican que los virus de referencia vacunales reconocen adecuadamente la mayoría de los virus circulantes, aunque se han identificado diferencias antigénicas en algunos virus A(H1N1)pdm09 *(17)*. En este contexto, los hallazgos de vigilancia genómica deben interpretarse junto con los resultados de caracterización antigénica para evaluar la relevancia de los cambios genéticos identificados y su posible impacto en la correspondencia entre los virus circulantes y los componentes vacunales.

Recientemente se han identificado variantes de influenza A(H3N2) y A(H1N1) con cambios antigénicos, incluyendo mutaciones asociadas a escape antigénico (particularmente en el subclado K), resaltando el impacto de la evolución continua de los virus de influenza. Si bien la evidencia disponible indica que las vacunas estacionales actuales continúan brindando una buena protección, especialmente frente a enfermedad grave, el monitoreo constante y la actualización de las cepas vacunales sigue siendo un reto importante.

En cuanto al SARS-CoV-2, los datos de vigilancia genómica muestran una mayor proporción de la variante XFG entre las secuencias disponible, seguida de otros linajes descendientes de Ómicron *(18, 19)*. Mientras para el virus sincitial respiratorio (VSR), se observa un incremento de la circulación en algunos países del hemisferio norte, aunque la información genómica disponible no permite establecer el predominio de genotipos o linajes específicos *(20, 21)*

Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener la vigilancia genómica y antigénica integrada de los virus respiratorios, a fin de monitorear su evolución, identificar cambios genéticos y antigénicos de relevancia para la salud pública y contribuir a la evaluación continua de las estrategias de prevención e inmunización. En este contexto, la OPS/OMS, a través de las redes PAHOGen y RESVIGEN, apoya los países el fortalecimiento de las capacidades de secuenciación y análisis genómico, así como el compartimento oportuno de datos para apoyar la vigilancia integrada y la toma de decisiones en salud pública. De igual, la OPS encoraja a los países mantener los envíos rutinarios de virus influenza a los Centro Colaboradores de la OMS.

Recomendaciones para los Estados Miembros

Considerando la información disponible, se observa un inicio temprano y una mayor actividad de predominio del subtipo influenza A(H1N1)pdm09 en algunos países del hemisferio norte, lo que podría incrementar el número de consultas y hospitalizaciones como se ha observado en temporadas en la cual se observó el predominio de influenza A(H1N1)pdm09, lo cual podría incrementar la demanda sobre los servicios de salud. Si bien la dinámica corresponde a un patrón estacional esperado, ante el inicio de la temporada de mayor circulación en el hemisferio norte, se refuerza la necesidad de mantener vigilancia epidemiológica y virológica estrecha y fortalecer las medidas de prevención y preparación.

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 infecciones, la comunicación de riesgos y la vacunación. A continuación, se presenta un resumen de las principales recomendaciones emitidas en la Alerta Epidemiologia 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 *(22)*, 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, conforme a las orientaciones técnicas regionales para un enfoque integrado de la vigilancia rutinaria de virus respiratorios,y reportar los datos de vigilancia de manera semanal a través de las plataformas FluNET y FluID de la OPS/OMS, garantizando su oportunidad, calidad y completitud. También es importante mantener la secuenciación de los virus influenza para monitorear e identificar mutaciones que potencialmente estén asociados con mayor transmisibilidad o patogenicidad. Se recomienda cargar las secuencias en la base de datos de GISAID lo antes posible para facilitar el monitoreo regional y global. En los países que cuentan con capacidad instalada para secuenciar el virus sincitial respiratorio (VRS), se recomienda secuenciar 46 muestras al año y depositar las secuencias en GISAID *(23)*.

Se recomienda a los Estados Miembros que continúen fortaleciendo la vigilancia centinela de la enfermedad tipo influenza (ETI) y prioricen la vigilancia centinela de las infección respiratoria aguda grave (IRAG) complementándola con otras estrategias de vigilancia para monitorear los cambios epidemiológicos y las tendencias de circulación viral para evaluar los patrones de transmisión, la gravedad clínica y el impacto en el sistema de salud y la sociedad, e identificar grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias asociadas *(24, 25)*.

Como complemento de la vigilancia basada en indicadores, la OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros implementar una vigilancia basada en eventos para la detección temprana de señales que puedan representar un riesgo para la salud pública. 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 *(26, 27)*.

Los eventos respiratorios que son inusuales deben investigarse de inmediato y reportarse a la OPS/OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) *(27)*. Los eventos inusuales incluyen casos de enfermedad respiratoria aguda con presentación o progresión clínica atípica; infección respiratoria aguda asociada con la exposición a animales enfermos o muertos, o detectada 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 respiratorias inusuales, incluidos aquellos que ocurren fuera de la temporada habitual.

Dado que la vigilancia centinela tiene una sensibilidad limitada para detectar tempranamente infecciones humanas por influenza aviar, se recomienda aplicar las recomendaciones de la OPS/OMS para su detección temprana: ampliar la vigilancia a las personas con mayor riesgo de exposición (trabajadores avícolas y de explotaciones lecheras, personal de respuesta a brotes en animales); indagar sistemáticamente antecedentes de exposición a aves o mamíferos en los casos de ETI, IRAG y conjuntivitis; fortalecer la capacidad de los establecimientos de salud para identificar señales, tomar muestras y usar correctamente el equipo de protección personal; notificar oportunamente los casos sospechosos o confirmados; y coordinar la investigación y la evaluación del riesgo con el sector de salud animal, bajo el enfoque de Una Salud.

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 broncoalveolar, 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 *(28)*.

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 *(28, 29)*. 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 *(26)*. Para mayor orientación y verificación de una muestra no subtipificable real, pueden comunicarse con el equipo de respuesta de laboratorio de la OPS antes del envío a un CC de la OMS (laboratoryresponse@paho.org).

Las muestras de origen animal positivas para influenza, tras cumplido todos los requisitos de la parte veterinaria, deben 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 *(30-32)*. 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 *(33)*. Las recomendaciones sobre el tratamiento antiviral y antibiótico de acuerdo con presentación clínica se encuentran en las **tablas 1-4** *(32)*.

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 *(32)*.

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*(32)*.

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*(32)*.

Tabla 4. Recomendaciones para prevención en personas expuestas sin infección

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

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759*(32)*.

Prevención y control de la infección

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

Ante el potencial riesgo de brotes de infecciones asociadas a la atención sanitaria por virus respiratorios, se recomienda el fortalecimiento de las medidas de precaución estándar y el uso de precauciones de transmisión por gotas al atender a pacientes con infección por virus respiratorios sospechosa o confirmada o al obtener, transportar y analizar muestras de laboratorio de pacientes presuntamente afectados. Esto incluye la ubicación adecuada (aislamiento) de los casos sospechosos o confirmados y el uso de mascarillas quirúrgicas por parte del paciente que presenta cuadro respiratorio y por parte del personal sanitario y asistencial que 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 *(33)*.

A continuación, se presentan el resumen de los niveles de prevención y control de infección (PCI) necesarios en las actividades corrientes de atención sanitaria (con exclusión de aquellas técnicas que generen aerosoles) (**Tabla 5**) *(34)*.

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 *(35)*.

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 *(36, 37)*. La vacunación contra la influenza antes del inicio de la circulación del virus estacional sigue siendo la mejor medida preventiva contra la influenza grave *(38)*.

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 *(39)*.

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 esencial para prevenir enfermedad grave asociada a influenza estacional, COVID-19 y VSR, incluidas las hospitalizaciones y las muertes. La OPS/OMS recomienda la vacunación de influenza en grupos con riesgo elevado de enfermedad grave, los adultos mayores, personas con afecciones subyacentes, niños entre 6 y 59 meses y las mujeres embarazadas. También se recomienda la vacunación en personas con elevado riego de exposición al virus y posterior transmisión, como los trabajadores de la salud *(39, 40)*. El Grupo Estratégico Asesor de Expertos sobre inmunización (SAGE por su sigla en inglés) recomienda la vacunación contra COVID-19 en aquellos grupos con elevado riesgo de enfermedad grave, incluidos los adultos mayores, inmunocomprometidos, personas con comorbilidades, mujeres embarazadas, así como los profesionales de salud *(41)*.

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 *(42-44)*.

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 *(45)*. 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 *(46, 47)*. 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. *(45, 48, 49)*. 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

Las medidas de salud pública no farmacológicas que son eficaces para limitar la transmisión de virus respiratorios 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 *(50)*.

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 *(50)* 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 *(51)*.

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

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 602. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/global-respiratory-virus-activity--weekly-update-n--602.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of respiratory virus epidemiology in the EU/EEA, week 44, 2026. Estocolmo: ECDC; 2026. Disponible en: www.ecdc.europa.eu/en/public-health-events/2023-irv-00007/2026-11-09.
3. Organización Mundial de la Salud. Influenza Laboratory Surveillance Information Dashboard. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 9 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/flunetchart.
4. Organización Panamericana de la Salud. Actualización regional, Influenza y otros virus respiratorios. Semana Epidemiológica 43 (6 de noviembre del 2026). Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-regional-influenza-otros-virus-respiratorios-semana-epidemiologica-43-6.
5. Organización Panamericana de la Salud. Actualización regional, Influenza y otros virus respiratorios. Semana Epidemiológica 42 (30 de octubre del 2026). Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-regional-influenza-otros-virus-respiratorios-semana-epidemiologica-42-30.
6. Organización Panamericana de Salud. Tablero Situación de Influenza, SARS-CoV2, VSR y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2026 [consultado el 6 y 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.
7. Organización Mundial de la Salud. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 – 2027 northern hemisphere influenza season. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: a.-27-feb-2026-recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-2027-nouthern-hemisphere-influenza-season---full-report.pdf .
8. Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Weekly overview of key trends in the activity of respiratory viruses in Canada. Ottawa: PHAC; 2025 [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/explore.html .
9. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Canadá. Información de correo electrónico del 10 de noviembre del 2026. Ottawa; 2026. Inédito.
10. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 43, ending October 31, 2026. Atlanta: CDC; 2025 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2026-week-43.html#cdc_data_surveillance_section_4-outpatient-and-emergency-department-illness-surveillance.
11. Adaptado de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Respiratory Virus Hospitalization Surveillance Network (RESP-NET). Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 6 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/resp-net/dashboard/

12. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Los Estado Unidos de América. Información de correo electrónico del 10 de noviembre del 2026. Washington D.C.; 2026. Inédito.

13. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Boletín epidemiológico: semana epidemiológica n.º 41, del 11 al 17 de octubre de 2026. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2026. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/send/71-boletines-epidemiologicos-semanal/1060-boletin-epidemiologico-semana-epidemiologica-no-41?Itemid=465.

14. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Bolivia. Información de correo electrónico del 10 de noviembre del 2026. La Paz; 2026. Inédito.

15. Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Ecuador. Información de correo electrónico del 10 de noviembre del 2026. Quito; 2026. Inédito.

16. Organización Mundial de la Salud. Weekly Epidemiological Record. 2026;101(41). 16 de octubre de 2026. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/journals/weekly-epidemiological-record/wer101-41/.

17. United Kingdom Health Security Agency. *National flu and COVID-19 surveillance report: 5 November 2026 (week 45)*. Londres: UKHSA; 2026 [consultado el 12 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/statistics/national-flu-and-covid-19-surveillance-reports-2026-to-2027-season/national-flu-and-covid-19-surveillance-report-5-november-2026-week-45.

18. Organización Mundial de la Salud. WHO COVID-19 dashboard. Ginebra: OMS; 2026 [consultado el 11 de noviembre de 2026]. Disponible en: https://data.who.int/dashboards/covid19/summary.

19. European Centre for Disease Prevention and Control. SARS-CoV-2 variant classification. Estocolmo: ECDC; 2026. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/public-health-events/2020-eip-00001/2026-11-03.

20. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Illness levels over time. Atlanta: CDC; 2026 [consultado el 11 de noviembre de 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/respiratory-viruses/data/activity-levels.html.

21. Government of Canada. Public Health Agency of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report: Respiratory syncytial virus. Ottawa: PHAC;2026; [consultado el 11 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/rsv.html.

22. 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.

23. Organización Mundial de la Salud. Respiratory syncytial virus sequencing considerations for an expanded Global Influenza Surveillance and Response System. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240111547.

24. 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 .

25. 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.

26. 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.

27. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241580496.

28. 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.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. Organización Mundial de la Salud. Clinical practice guidelines for influenza. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240097759.

33. Organización Panamericana de la Salud. Alertas y actualizaciones epidemiológicas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 11 de noviembre del 2026] Disponible en: https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=4951&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=.

34. 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.

35. 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.

36. Organización Mundial de la Salud, Gripe (estacional). Ginebra: OMS; 2026. [consultado el 11 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal).

37. Organización Panamericana de la Salud. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 11 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios#collapse4.

38. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra la influenza. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2026 [consultado el 11 noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/vacuna-contra-influenza.

39. 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.

40. 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.

41. Organización Mundial de la Salud. WHO position paper on COVID-19 vaccines – July 2026. Weekly Epidemiological Record. 2026;101(30):134–151. Ginebra: OMS; 2026. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/who-wer10130-138-156.

42. 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.

43. 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.

44. Organización Panamericana de la Salud. Technical guide on the use of maternal vaccine and long-acting monoclonal antibodies against respiratory syncytial virus to protect infants. Washington, D.C.: OPS; 2026. Disponible en: https://www.paho.org/en/documents/technical-guide-use-maternal-vaccine-and-long-acting-monoclonal-antibodies-against.

45. Pfizer Inc. ABRYSVO® (Respiratory Syncytial Virus Vaccine) Highlights of prescribing Information. New York: Pfizer; 2025. Disponible en: https://www.fda.gov/media/168889/download.

46. 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.

47. Merck Sharp & Dohme LLC. ENFLONSIA™ (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.

48. 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.

49. United States Food and Drug Administration. MRESVIA. Silver Spring: FDA; 2025. [consultado el 10 de noviembre del 2026]. Disponible en: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mresvia.

50. 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-measuresfor-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza.

51. 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.