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

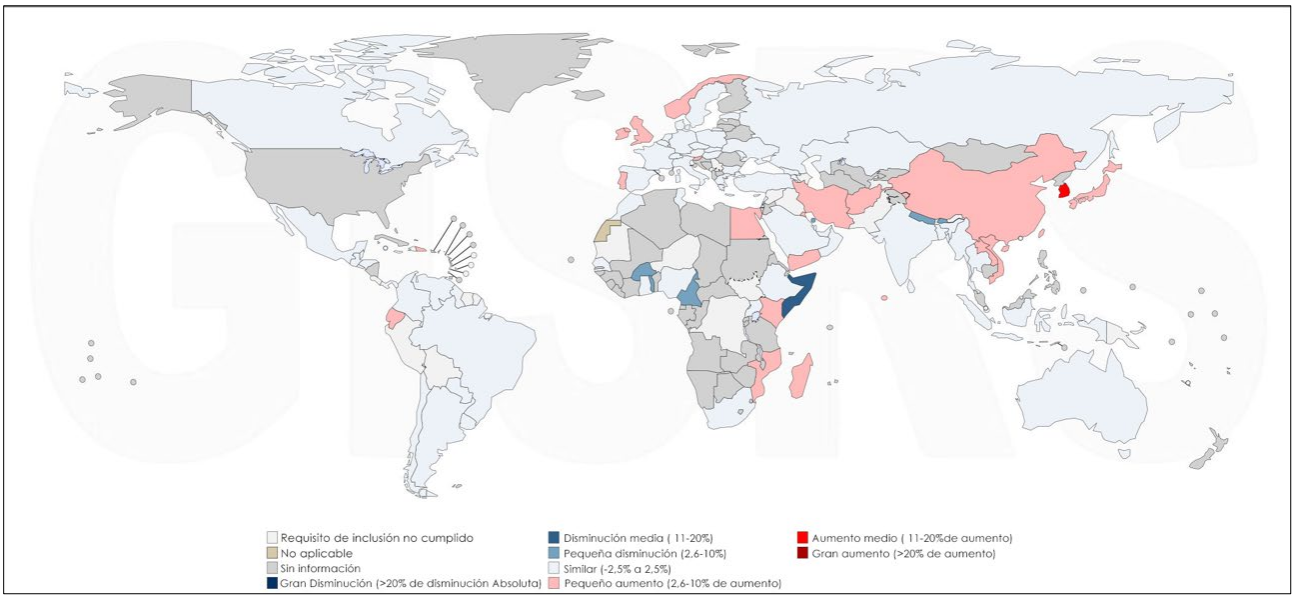
Considerando el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza y otros virus respiratorios en el hemisferio norte, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud para una eventual sobrecarga en el sistema sanitario. La OPS/OMS recomienda reforzar la vigilancia de la influenza, el virus sincicial respiratorio (VSR) y el SARS-CoV-2, adoptar las medidas necesarias de prevención y control frente a las infecciones por virus respiratorios, implementar medidas que garanticen el diagnóstico precoz y un manejo clínico adecuado, especialmente entre la población de alto riesgo de presentar enfermedad grave, garantizar la vacunación frente a virus respiratorios, asegurando una alta cobertura de vacunación en grupos de alto riesgo y realizar la adecuada previsión y organización de los servicios de salud, para garantizar el cumplimiento estricto de las medidas de control y prevención de infecciones, el suministro adecuado de antivirales y equipos de protección personal, así como una adecuada comunicación de riesgo a la población y profesionales de salud.

Resumen de la situación inicio de temporada 2025-26 en el hemisferio norte

De acuerdo con los datos disponibles de vigilancia de virus respiratorios reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta la semana epidemiológica (SE) 45 del 2025, la actividad de influenza se encontraba en aumento, con predominio de detecciones de virus de influenza A en todas las regiones a nivel global (**Figura 1**) *(1)*.

Cita sugerida: 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.

Figura 1. Variación de la proporción de muestras positivas para influenza SE 45 del 2025 en comparación con la SE 44 del 2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update N° 553. Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/influenza/influenza-updates/2025/202545_who-respiratory-virus-update_553.pdf *(1)*.

En los países del hemisferio norte de la Región de las Américas, para la SE 45 del 2025, la circulación de influenza estacional permaneció en niveles bajos, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09 en los países del Caribe[1] y de América Central[2] *(2)*. En los países de la subregión de América del Norte[3] *(3-5)*, aunque la actividad de influenza se mantuvo en niveles bajos, se observó un incremento sostenido, principalmente debido a influenza de tipo A. Mientras que, en México predominaron las detecciones de influenza A(H1N1)pdm09, en los Estados Unidos de América y Canadá se registró una mayor circulación del subtipo A(H3N2), con un aumento progresivo de las detecciones del subclado K de influenza A(H3N2) *(3)*.

En los meses recientes, la circulación del virus A(H3N2) subclado K (J.2.4.1) ha aumentado rápidamente en Europa y varios países de Asia *(6)*. En Europa, la actividad de influenza comenzó antes de lo habitual y el subclado K represento casi la mitad de las secuencias reportadas entre mayo y noviembre 2025 *(6)*. Hasta ahora, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica. Sin embargo, las temporadas dominadas por el subtipo A(H3N2) suelen asociarse a mayor gravedad, particularmente entre las personas mayores *(7)*. Los análisis genéticos muestran que el subclado K (J.2.4.1) acumula mutaciones en posiciones claves del gen de la hemaglutinina que lo diferencia de la cepa incluida en la vacuna 2025–26, y los primeros estudios serológicos apuntan a una menor concordancia antigénica. No obstante, datos preliminares sobre la efectividad de la vacuna en la prevención de hospitalizaciones indican una protección similar a las temporadas previas (70 a 75% en niños; 30 a 40% en adultos) *(6 - 8)*.

[1] Caribe: Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana; Haití, Jamaica, la República Dominicana, San Vicente y las Granadinas, Santa lucia y Suriname.
[2] América Central: Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.
[3] América del Norte: Canadá, los Estados Unidos de América y México.

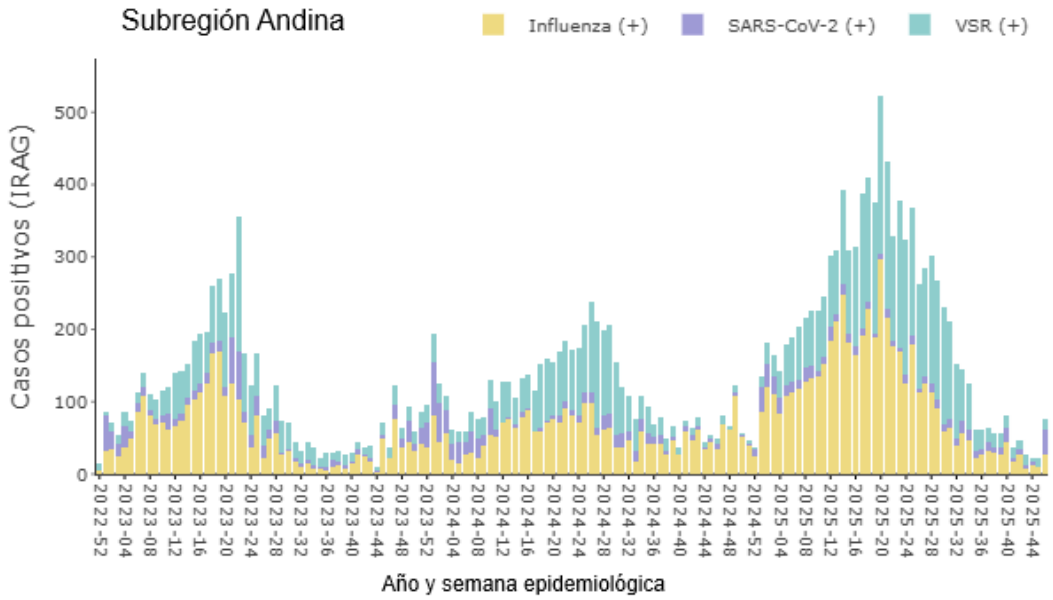
Para la Región de las Américas, esta situación indica la importancia de vigilar estrechamente la evolución del virus, mantener una alta cobertura de vacunación y prepararse para una posible actividad temprana o más intensa durante la temporada 2025-26. Es fundamental que la población, especialmente los adultos mayores y quienes presentan factores de riesgo, reciban la vacuna contra la influenza, para protegerse individualmente y evitar la sobrecarga de los servicios de salud, especialmente de hospitalización.

Resumen de la situación cierre de temporada 2025 en el hemisferio sur

Datos de vigilancia sindrómica

En 2025, hasta la SE 45, se observó un aumento del 29% de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y un aumento del 5% de casos de enfermedad tipo influenza (ETI) en comparación con el mismo periodo del 2024[4] (**Figuras 2 - 5**). En el 2025 al desagregar los datos por tipo de virus, observamos que para los casos IRAG un 19% se encuentran asociados a virus sincitial respiratorio (VSR), un 13% a virus de influenza y un 4% a SARS-CoV-2. Dentro de los casos de IRAG reportados en 2025, la distribución etaria varío por virus identificados, con un 46% de casos de VSR hospitalizados detectados en menores de 6 meses y un 41% de los casos de influenza hospitalizados detectados en los adultos de 65 años y más *(2)*.

Figura 2. Casos IRAG por tipo de virus, subregión Andina[5], 2023-2025



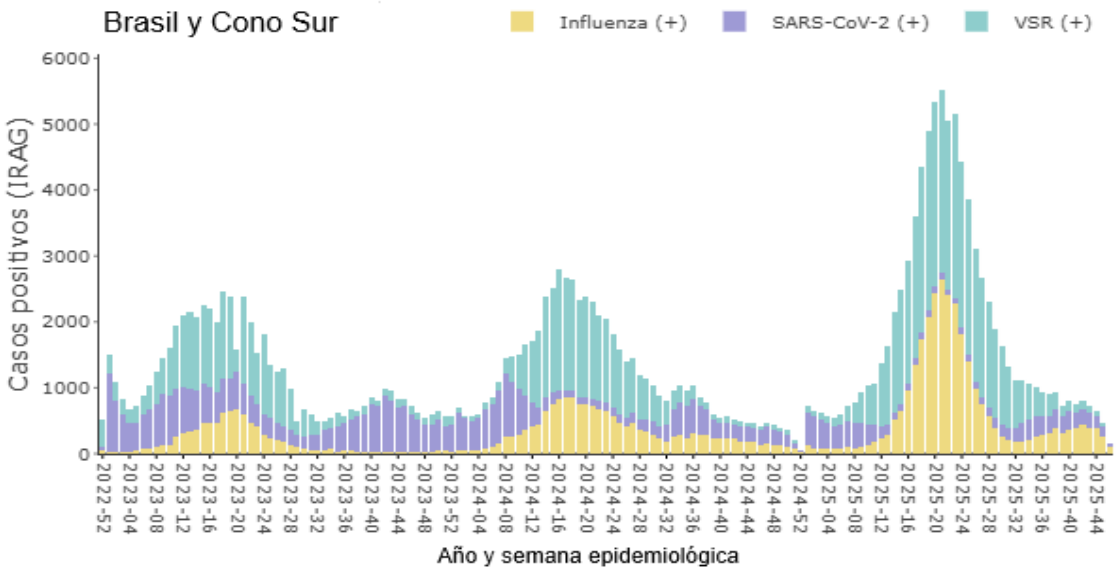
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

[4] Los datos deben ser interpretados con cautela ya que el número de unidades notificadoras entre países puede cambiar de una temporada a la otra, además de experimentar variaciones en el reporte de los datos de una semana a otra.

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

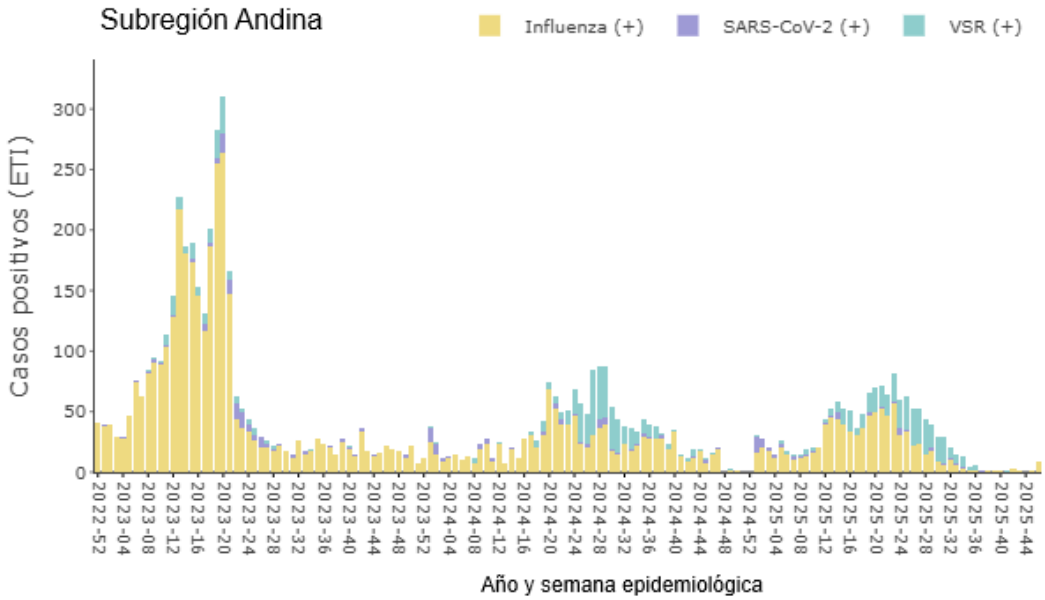
Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2025

Figura 3. Casos IRAG por tipo de virus, subregión Brasil y Cono Sur[6], 2023-2025



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

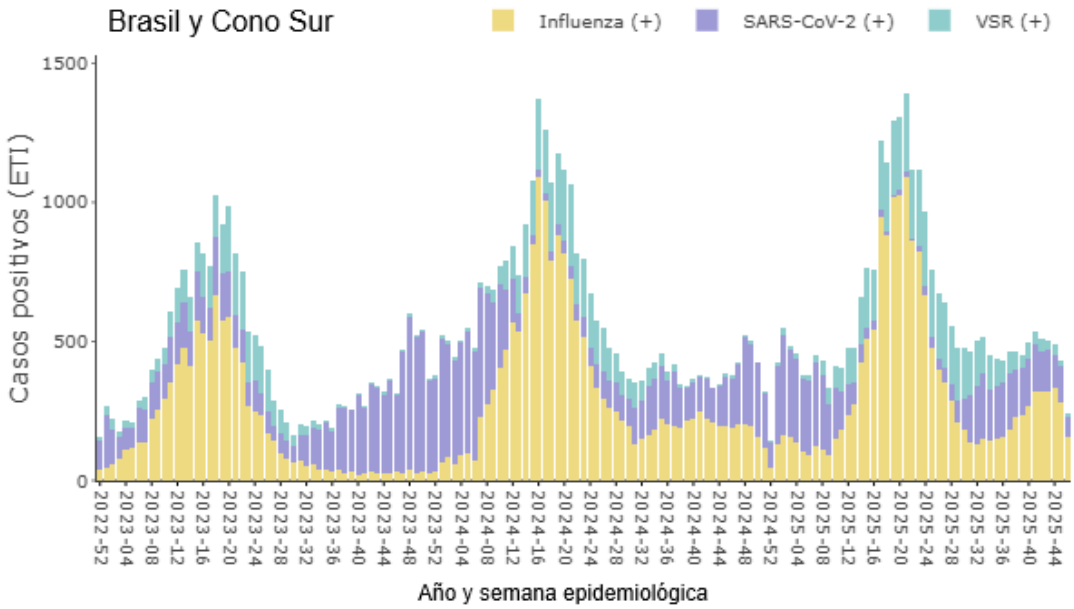
Figura 4. Casos ETI por tipo de virus, subregión Andina[5], 2023-2025



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

[6] Brasil y Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Figura 5. Casos ETI por tipo de virus, subregión Brasil y Cono Sur[6], 2023-2025



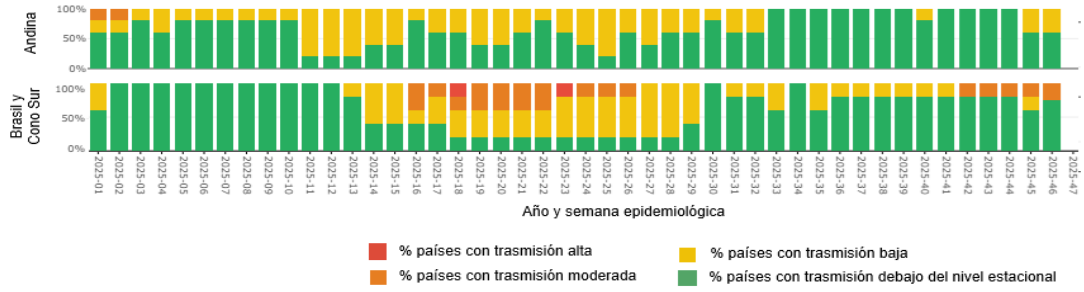
Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Datos de vigilancia virológica

Influenza estacional

Durante la temporada 2025 del hemisferio sur en la Región de las Américas, los niveles de transmisión de influenza superaron el umbral estacional a mediados de marzo. La circulación estuvo dominada por influenza A(H1N1)pdm09 y alcanzó un pico de positividad del 19% en la SE 20 del 2025 *(2)* (**Figura 6**). Posteriormente, la actividad disminuyó a niveles bajos hasta la SE 35, momento en el que se observó un incremento en la circulación de influenza A(H3N2) especialmente en Brasil y Chile *(2)*. A la SE 45, Chile se mantiene en niveles de transmisión moderados de influenza A(H3N2), sin asociarse a mayor gravedad o incremento en consultas ambulatorias. A la fecha del 4 de noviembre del 2025, el subclado K no había sido detectado en Sudamérica *(2)*.

Figura 6. Niveles de transmisión de la influenza estacional, Subregiones Andina y Brasil y el Cono Sur, 2025.

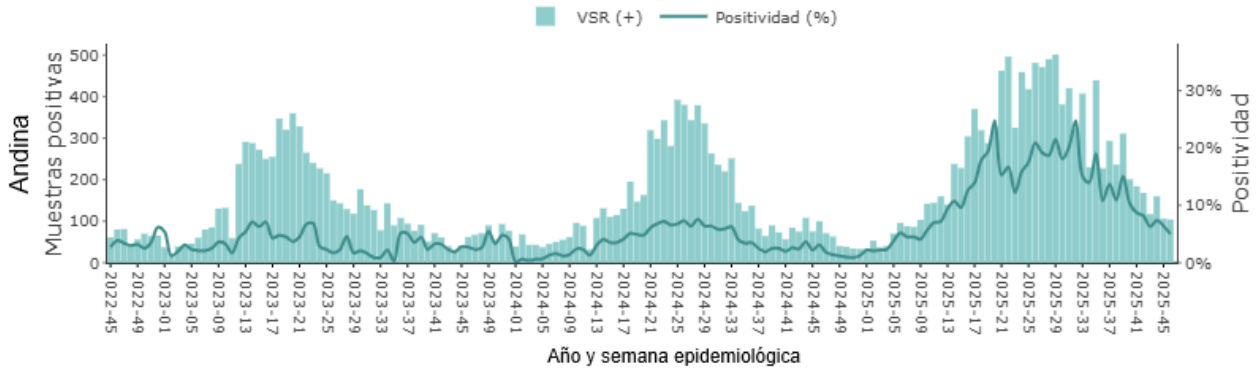


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Virus sincitial respiratorio (VSR)

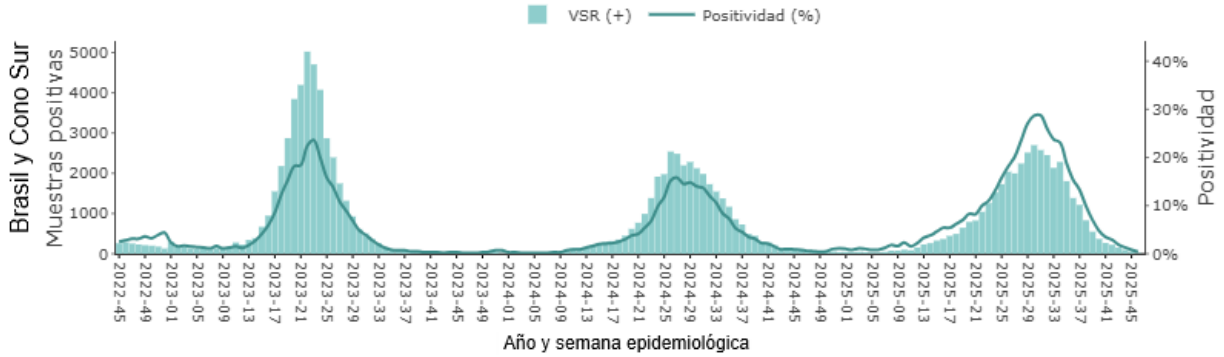
La actividad de VSR inició de forma temprana hacia finales del mes de enero en el hemisferio sur en las Américas, y alcanzó su máximo de circulación a finales de julio con un 30% de positividad, registrando positividades superiores a las observadas en el año 2023 y 2024 (**Figuras 7 y 8**) *(2)*. Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay mantuvieron niveles elevados de VSR hasta mediados de septiembre *(2)*. Actualmente la circulación se encuentra en niveles inter estacionales en las subregiones Andina y Brasil y el Cono Sur *(2)*.

Figura 7. Muestras positivas por VSR y proporción de positividad, subregión Andina[5], 2023-2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 8. Muestras positivas por VSR y proporción de positividad, subregión Brasil y el Cono Sur[6], 2023-2025.

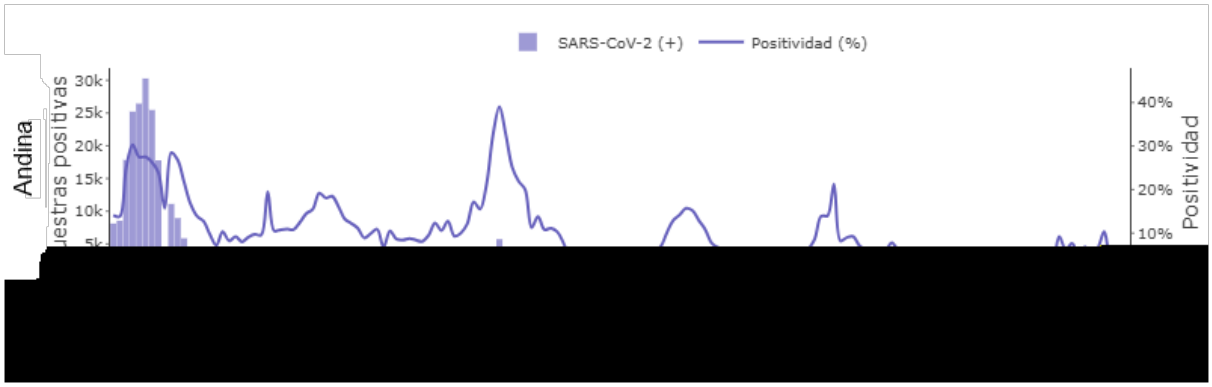


Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

SARS-CoV-2

En cuanto a SARS-CoV-2, si bien aún no presenta un patrón estacional claro, durante el año 2025, presentó mayor detección en los meses de enero a marzo, previo a la temporada estacional de influenza y VSR. Datos de vigilancia genómica indican que la variante XFG ingreso durante el mes de abril a la región y, a la fecha, se mantiene como variante predominante en el hemisferio sur (**Figura 9 y 10**). No se ha evidenciado aumento de gravedad asociado a esta variante.

Figura 9. Muestras positivas a SARS-CoV-2 y proporción de positividad, subregión Andina[5], 2023-2025.



Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Figura 10. Muestras positivas a SARS-CoV-2 y proporción de positividad, subregión Brasil y el Cono Sur[6], 2023-2025.

Fuente: Adaptado de la Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.

Resultados preliminares sobre la efectividad de la vacuna contra la influenza en la temporada 2025 en el hemisferio sur de la Región de las Américas

Los resultados interinos para medir la efectividad de la vacuna estacional contra la influenza durante la temporada 2025 proveen información importante sobre el grado de protección que confiere la vacuna a la población. Un estudio realizado entre marzo y julio del 2025 en ocho países del hemisferio sur, incluidos cinco países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) estimó una efectividad de 41.6% (Intervalo de confianza (IC) 95%: 36.7, 46.0) en prevenir hospitalización asociada a influenza A(H1N1)pdm09, 37.2% (IC95%: 29.7, 43.9) frente a influenza A(H3N2) y 77.6% contra el virus de la influenza tipo B (IC95%: 70.0, 83.3) *(9)*. Los hallazgos ofrecen información esencial a las autoridades de la salud del hemisferio norte para la preparación para la temporada 2025/2026 dado que la composición de la vacuna utilizada en la temporada 2025/2026 en hemisferio norte es la misma que se utilizó en la temporada 2025 en hemisferio sur.

importante mantener el envío de muestras para secuenciación y así monitorear e identificar clados/subclados potencialmente asociados con mayor transmisibilidad o patogenicidad.

Se recomienda a los Estados Miembros que continúen fortaleciendo la vigilancia centinela de las ETI y prioricen la vigilancia centinela de las 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 las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional *(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 UCI y los casos fatales (muertes) 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 *(15)*.

De acuerdo con las pautas de la OMS, las muestras de influenza positiva de casos graves o de casos con presentaciones clínicas respiratorias inusuales deben enviarse al Centro Colaborador (CC) de la OPS/OMS en los Estados Unidos de América, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en Atlanta para caracterización adicional *(16)*. Las muestras de influenza A, a las que no se le pueda determinar el subtipo de virus (aquellos positivos para Influenza A pero donde la PCR para subtipificación es negativa o no concluyente), también se deben enviar de inmediato al CC de la OPS/OMS en los CDC de los Estados Unidos *(16)*.

Las muestras positivas de influenza de animales deben enviarse al CC de la OPS/OMS en el Hospital St. Jude en Memphis, Tennessee, en los Estados Unidos, para su posterior caracterización.

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)*. Los grupos con mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la infección por influenza incluyen niños menores de dos años; adultos mayores de 65 años; mujeres embarazadas o en posparto; personas con morbilidad clínica subyacente (por ejemplo, enfermedad pulmonar crónica, asma, enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica, diabetes mellitus, afecciones neurológicas como lesiones del sistema nervioso central y retraso del desarrollo cognitivo); personas con inmunosupresión (por ejemplo, VIH / SIDA o debido a medicamentos); y personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal superior a 40)*(17)*. 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 .

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.

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.

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.

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

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 *(22)*.

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 *(24, 25)*. 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 *(26)*.

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 *(27-29)*.

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 *(31, 32)*. 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. *(30, 33, 34)*. 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 *(35)*.

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 *(35)* 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 *(36)*.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Global Respiratory Virus Activity: Weekly update No. 553. Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Ginebra: OMS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates/current-influenza-update.
2. Organización Panamericana de Salud. Tablero de Situación de Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios – Región de las Américas. Washington, D.C: OPS; 2025 [consultado el 20 de noviembre del 2025]. Disponible en: https://dashboards.pahoflu.com/app/respiratory_viruses/.
3. Government of Canada. Canadian respiratory virus surveillance report. Ottawa: PHAC; 2025. Disponible en: https://health-infobase.canada.ca/respiratory-virus-surveillance/influenza.html.
4. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Weekly US Influenza Surveillance Report: Key Updates for Week 45, ending November 8, 2025. Atlanta: CDC; 2025. Disponible en: https://www.cdc.gov/fluview/surveillance/2025-week-45.html.
5. Secretaria de Salud de México. Informes Semanales para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza, COVID-19 y otros virus respiratorios 2025. Ciudad de México; 2025. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-influenza-covid-19-y-otros-virus-respiratorios-2025.
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 2025. Threat Assessment Brief: Assessing the risk of influenza for the EU/EEA in the context of increasing circulation of A(H3N2) subclade K. Estocolmo: ECDC;2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-assessing-risk-influenza-november-2025.
7. Sumner K, Masalovich S, O'Halloran A, Holstein R, Reingold A, Kirley P, et al. Severity of influenza-associated hospitalisations by influenza virus type and subtype in the USA, 2010-19: a repeated cross-sectional study. Lancet Microbe. 2023 Nov;4(11):e903-e912. Disponible en: https://doi.org/10.1016/s2666-5247(23)00187-8.
8. Kirsebom C, Thompson C, Talts T, Kele B, Whitaker H, Andrews N, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025, a period dominated by influenza A(H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025 Nov;30(46):2500854. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41267661/.
9. Russ S, Nogareda F, Regan A, Benedetti E, Pasinovich M, Voto C, et al. Interim Effectiveness Estimates of 2025 Southern Hemisphere Influenza Vaccines in Preventing Influenza-Associated Outpatient and Hospitalized Illness — Eight Southern Hemisphere Countries, March–September 2025. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2025;74:570–578. Disponible en: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7436a3 .
10. Organización Mundial de la Salud. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season.
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 .

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2025

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/server/api/core/bitstreams/c0476be3-12c0-4cda-86b6-de106a7cb933/content.

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. 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; 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 1 de diciembre del 2025] Disponible en: https://www.paho.org/es/alertas-actualizaciones-epidemiologicas?topic=4951&d%5Bmin%5D=&d%5Bmax%5D=.

21. Organización Mundial de la Salud, Gripe (estacional). Ginebra: OMS; 2025. [consultado el 1 de diciembre del 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal).

22. Organización Panamericana de la Salud. Influenza, SARS-CoV-2, VSR y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 1 de diciembre del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/influenza-sars-cov-2-vsr-otros-virus-respiratorios#collapse4.

23. Organización Panamericana de la Salud. Vacuna contra la influenza. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 [consultado el 1 de diciembre del 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/vacuna-contra-influenza#:~:text=Respuesta%20de%20la%20OPS,y%20responder%20a%20las%20pandemias.

24. 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?sequence=1.

25. 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.

26. 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.

27. 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 .

28. 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 .

29. 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.

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

31. 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.

32. 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

33. Glaxo Smith Kline. AREXVY (Respiratory Syncytial Virus Vaccine, Adjuvanted) Highlights of prescribing. Durham: GSK; 2025. Disponible en: https://www.fda.gov/files/vaccines%2C%20blood%20%26%20biologics/published/Package-Insert-AREXVY.pdf.

34. Food and Drug Administration. MRESVIA. Silver Spring: FDA; 2025. Disponible en: https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/vaccines/mresvia.

35. 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.

36. 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.

Enlaces relacionados

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.
- Organización Mundial de la Salud. Mantenimiento de la vigilancia de la gripe y seguimiento del SARS-CoV-2: adaptación del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG) y de los sistemas centinela durante la pandemia de COVID-19: orientaciones provisionales revisadas, 31 de enero del 2022. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/360484.
- Organización Panamericana de la Salud. Informe final Consulta ad hoc de expertos en la Región de las Américas: Desafíos, vacíos y próximos pasos en la vigilancia de COVID 19 y su integración en la vigilancia de la influenza y otros virus respiratorios. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/informe-final-consulta-ad-hoc-expertos-region-americas-retos-brechas-proximos-pasos.
- Organización Mundial de la Salud. Global Influenza Programme. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates.
- Organización Mundial de la Salud. Manual for the laboratory diagnosis and virological surveillance of influenza. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/44518 .

Manejo Clínico

- Organización Panamericana de la Salud. Guía para el cuidado de pacientes adultos críticos con COVID-19 en las Américas, versión 3. Washington, D.C.: OPS; 2021. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53894.
- Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones sobre el uso de antivirales, anticuerpos monoclonales y otras intervenciones para el manejo de pacientes con COVID-19 en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/items/034bd25d-a70f-423a-9a1d-ec334affc800.