COMUNICACIÓN EPIDEMIOLOGICA

6 de junio 2025, SE23

CIRCULACION DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

Ante el aumento de casos de influenza en el país, con co-circulación del virus influenza tipo A –predominantemente A(H1N1)–, SARS-CoV-2, virus sincicial respiratorio (VSR) y otros virus respiratorios en distintas jurisdicciones, el Ministerio de Salud de la Nación emite el siguiente comunicado con el objetivo de informar a los equipos de salud para fortalecer la vigilancia epidemiológica, la sospecha clínica de los casos y detección precoz, medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo las estrategias de vacunación.

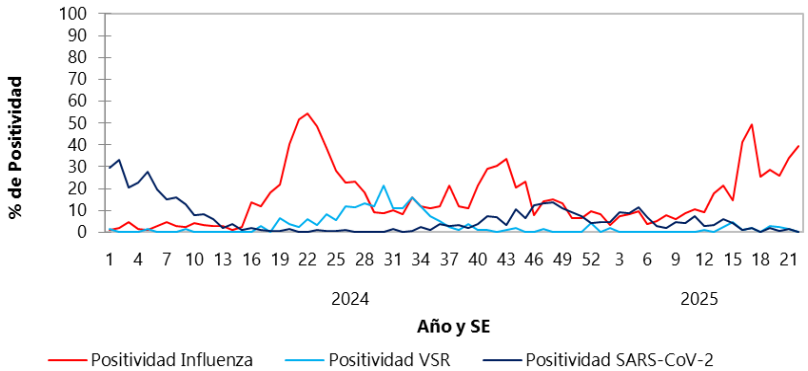
SITUACIÓN ACTUAL

Desde la semana epidemiológica (SE) 11 de 2025, se registra en Argentina un ascenso sostenido en el número casos de influenza, con predominio de influenza A(H1N1), alcanzando valores elevados de positividad desde la SE13. Esta tendencia se observa tanto en casos ambulatorios registrados por las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de Enfermedad tipo influenza (ETI) como en hospitalizados por infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), que muestran un aumento a partir de la SE12. Las notificaciones de ETI, alcanzaron niveles de brote entre las SE12 y 14, y se mantuvieron en las semanas posteriores por encima de los límites esperados. **Este comportamiento representa un ascenso estacional adelantado en comparación con años previos, con excepción de 2022, durante el cual influenza presentó un comportamiento atípico. Asimismo, se verifica la circulación de otros virus respiratorios.**

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS

En casos ambulatorios en las Unidades de Monitoreo de ETI, a partir de la SE11, se verifica tendencia ascendente tanto de las detecciones como del porcentaje de positividad para influenza. En las primeras 22 semanas de 2025, se registraron 375 detecciones para influenza entre 1.828 muestras estudiadas, con una positividad acumulada de 20,5%. Además, de las 1.408 muestras estudiadas para VSR, 17 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 1,21%. Para SARS-CoV-2, En las primeras 22 semanas de 2025 en establecimientos UMA, se analizaron 2.265 muestras para SARS-CoV-2, de las que 85 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 3,75%. En las últimas semanas, en casos ambulatorios, la positividad para influenza es superior a la proporción de positividad para SARS COV 2 y VSR.

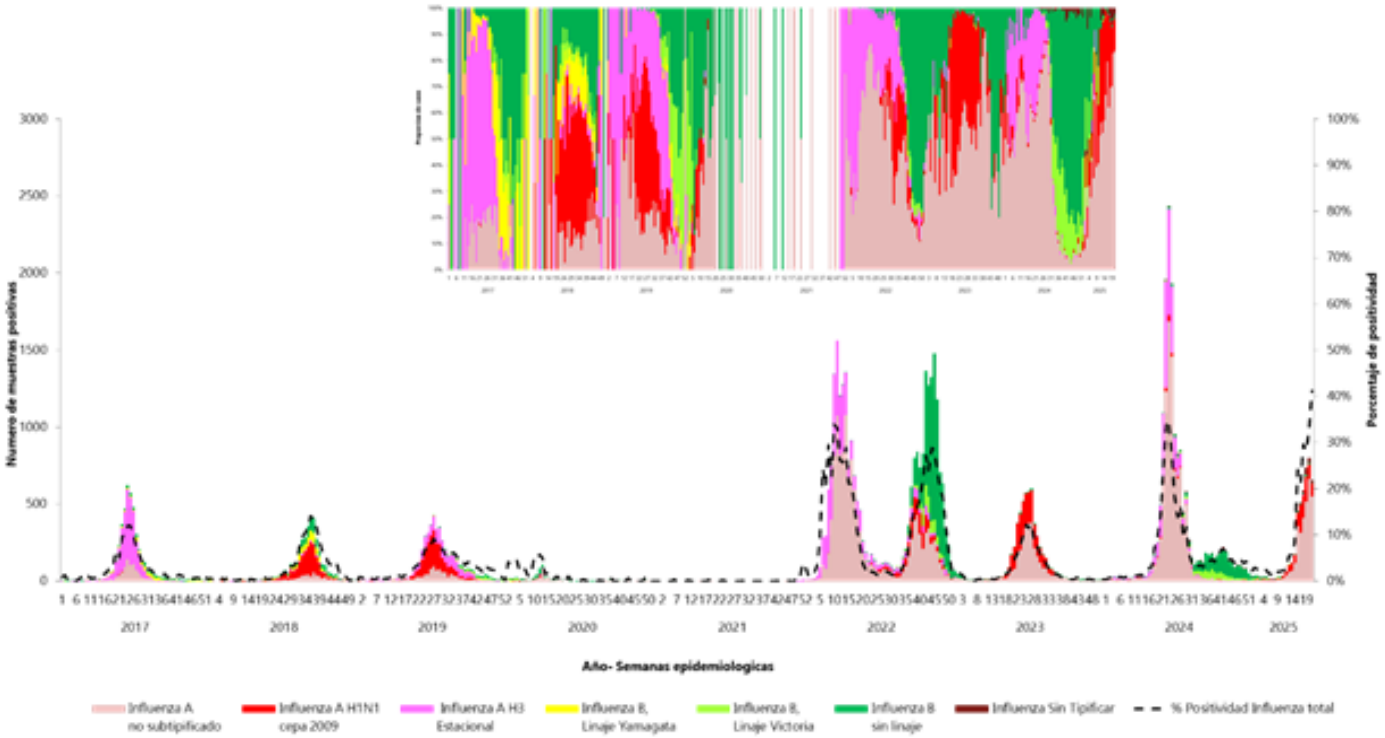
Gráfico 1. Porcentaje de positividad de muestras estudiadas por técnica molecular para SARS-CoV-2, influenza y VSR, por SE. Estrategia UMA. SE1/2024 a SE22/2025



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

Desde la SE 01 de 2025, se registraron casos de influenza todas las semanas. A partir de la SE11, se verifica un aumento en las detecciones, con predominio de influenza A no subtipificado y del subtipo A (H1N1), con valores elevados de positividad desde la SE 13. **Este comportamiento representa un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Las temporadas de mayor circulación de virus influenza en el periodo 2017-2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto por el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad**.

Gráfico 2. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para influenza por Semana epidemiológica, SE 01/2017- SE21/2025. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

En la SE 21/2025, además de influenza, se verifica circulación de otros virus respiratorios, en orden de frecuencia, VSR, SARS-CoV-2, parainfluenza, adenovirus, y metapneumovirus. En relación a VSR se verifica un ligero ascenso a partir de SE12.

CASOS FALLECIDOS CON DIAGNÓSTICO DE INFLUENZA[1]

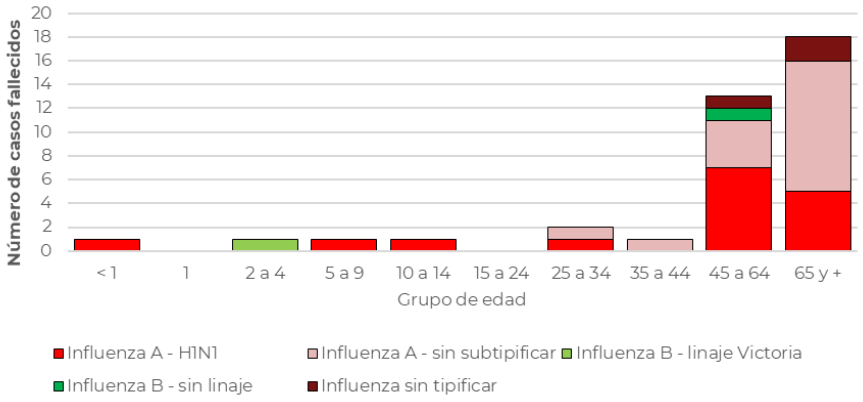
Entre las SE 01 a 22 del año 2025, se notificaron al SNVS 2.0 un total de 38 casos fallecidos con diagnóstico de influenza. En cuanto a la distribución etiológica, 33 casos (86,8%) corresponden a influenza A y 2 (5,3%) a Influenza B, las restantes permanecen sin tipificar. Entre las detecciones de influenza A, 16 fueron subtipificadas, todas identificadas como influenza A (H1N1). De los casos de influenza B, se detectó 1 con linaje Victoria[2]

La mediana de edad de las personas fallecidas fue de 63,5 años (RIC= 23,8). Los grupos de edad con mayor número de fallecidos fueron los de 65 años y más, y el de 45 a 64 años, en los cuales predominó la detección de influenza A no subtipificada e influenza A (H1N1). Se registraron 2 fallecimientos en menores de 5 años, 1 de ellos en una persona menor de 1 año, con diagnóstico de influenza A H1N1.

[1] La información de los casos fallecidos con diagnóstico de Influenza confirmado por laboratorio surge de las notificaciones nominales al SNVS 2.0 con el objetivo de caracterizar la población afectada y registrar antecedentes de comorbilidades y vacunación antigripal. Este análisis no implica una estimación de la mortalidad real por influenza y OVR en el país ni un reemplazo de las estimaciones que se realizan anualmente a partir de los registros estadísticos.

[2] Para la distribución temporal de los casos fallecidos con diagnóstico de influenza se considera la fecha mínima entre fecha de inicio de síntomas, fecha de consulta, fecha de toma de muestra y fecha de apertura.

Gráfico 3. Distribución de casos fallecidos con diagnóstico de Influenza notificados al SNVS según agente etiológico y grupos de edad. SE1/2025 a SE22/2025.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0]

Del total de personas fallecidas, el 89,5 % (n=34) cuenta con información sobre comorbilidades o factores de riesgo en el SNVS 2.0. De ellas, el 91,2 % (n=31) registra al menos una comorbilidad o factor de riesgo para enfermedad grave. En cuanto al antecedente de vacunación antigripal, solo dos casos contaban con registro de vacunación antigripal en la temporada actual.

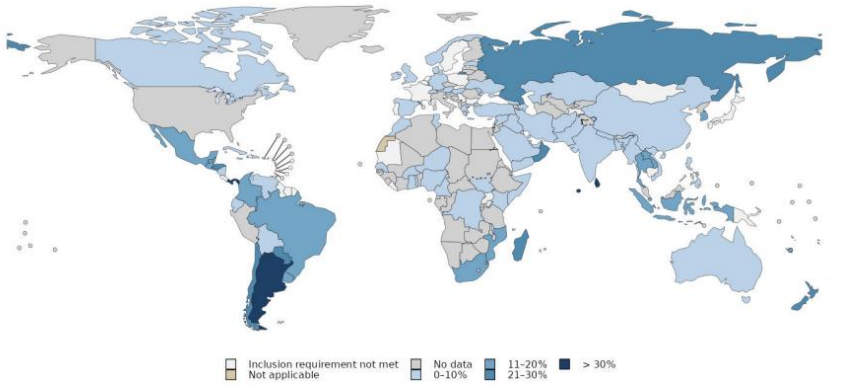
CARACTERIZACIÓN GENÓMICA DE VIRUS INFLUENZA 2024-2025

A partir de una selección de muestras recibidas en el Laboratorio Nacional de Referencia durante el 2024, se llevó a cabo la caracterización genómica y el análisis filogenético de las cepas circulantes y su comparación con la fórmula de la vacuna antigripal. La secuenciación de 119 influenza A(H3N2) mostró que la gran mayoría pertenecía al clado 2a.3a.1 subclado J.2 (derivado del clado J que incluía a la cepa vacunal). La caracterización genética de 8 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que 5 pertenecían al clado 5a.2a, subclados C.1.1 (3) y C.1.9 (2) y 3 pertenecían al clado 5a.2a.1, subclado D.5; coincidiendo con los clados que incluían a las componentes vacunales correspondientes. La secuenciación de 19 virus influenza B linaje Victoria mostró que todos pertenecían al clado V1A.3a.2 (C) que incluía a la componente vacunal; la mayoría de ellos pertenecían al subclado C.5.1 y el resto al subclado C.5.7.
Para el año 2025, la caracterización genómica preliminar de 17 virus influenza A(H1N1)pdm09 mostró que la mayoría pertenece al clado 5a.2a.1 (D), coincidiendo con el clado que incluye la cepa vacunal A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09.

INFLUENZA ESTACIONAL: SITUACIÓN MUNDIAL[3]

A nivel mundial, en países del hemisferio norte, la positividad para influenza disminuyó o se mantuvo estable, excepto aumentos en algunos países de América Central, el Caribe y el sur de Asia, con circulación predominante de A(H1N1) pdm09, A(H3N2) y virus B según la región. En países del hemisferio sur, la positividad se mantuvo estable o en aumento, particularmente en zonas templadas de América del Sur, África Oriental y Oceanía, predominando los subtipos A(H1N1) pdm09 y A(H3N2).

Gráfico 4: Proporción de positividad para influenza. SE01 - 20 2025.



Fuente: Global Respiratory Virus Activity Weekly Update No. 528.

[3] WHO. Global Respiratory Virus Activity Weekly Update No. 528.

INFLUENZA ESTACIONAL: SITUACIÓN REGIONAL[4]

En América del Norte y el Caribe [5], la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B continúa en descenso; el VSR se encuentra en niveles interestacionales en América del Norte y estable en el Caribe. La actividad de SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, con incremento en el Caribe. En América Central [6], influenza A(H1N1)pdm09 muestra tendencia descendente (positividad 16,8%), VSR estable y SARS-CoV-2 en baja circulación. La subregión Andina[7] presenta aumento de influenza A(H3N2), circulación estable de SARS-CoV-2 y mayor detección de VSR (positividad 13,4%).

En la Subregión del Cono Sur[8], los casos de ETI e IRAG aumentan en las últimas semanas, la circulación de influenza A(H1N1) pmd09 se mantiene en niveles altos, presentando una positividad del 17,9%. El VSR presenta una tendencia estable y con una positividad del 2,8%, las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen bajas. La positividad de otros virus respiratorios es del 8,1%, predominando rinovirus en varias subregiones, y circulación de parainfluenza en el Caribe.

INFLUENZA EN LA INTERFAZ HUMANO - ANIMAL: SITUACIÓN REGIONAL[9]

Desde el año 2022 y hasta la SE18 de 2025 un total de 19 países y territorios de la Región de las Américas notificaron 4.948 brotes en animales de influenza aviar A(H5N1) a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA), incluyendo 235 brotes nuevos desde la última actualización de marzo de 2025.

En particular, durante el transcurso de 2025 y hasta la SE 18, se notificaron 330 brotes de influenza aviar en aves, afectando principalmente a aves domésticas, aunque también se reportaron casos en aves silvestres. La mayoría de estos brotes se concentraron en los Estados Unidos. En ese país, además, se detectaron más de 1.250 casos del virus en aves silvestres y 75 brotes en mamíferos, principalmente en ganado bovino lechero. Desde marzo de 2024, se ha documentado una expansión sostenida del virus en ganado bovino lechero, con un total de 1.053 rebaños afectados en 17 estados hasta el 9 de mayo de 2025, incluyendo 77 nuevos brotes desde marzo de este año. También se reportaron algunas detecciones en mamíferos silvestres en otros países de la región.

Asimismo, se reportaron 75 infecciones humanas por influenza A(H5) en cinco países: Estados Unidos (71 casos, 70 de ellos desde 2024), México (1), Canadá (1), Chile (1) y Ecuador (1).

En 2025, hasta la SE18, se notificaron 4 casos humanos: 3 en EE. UU. y 1 en México. Este último corresponde al primer caso humano confirmado en ese país, una niña de tres años del estado de Durango sin antecedentes de exposición directa ni condiciones médicas previas. El caso evolucionó con falla respiratoria y falleció. La secuenciación identificó el virus como A(H5N1) clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1. No se identificaron casos secundarios entre los 91 contactos investigados.

RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

Considerando el aumento en el número de casos de influenza registrado en las últimas semanas y la circulación continua de otros virus respiratorios, se reitera a los equipos de salud, reforzar la sospecha de influenza y su estudio en el diagnóstico diferencial de cuadros respiratorios, especialmente en los grupos de alto riesgo para el desarrollo de cuadros graves (adultos mayores de 65 años, personas gestantes, niños menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas); vigilancia epidemiológica, manejo clínico adecuado, medidas de prevención y control de la infección.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Los lineamientos vigentes para la vigilancia epidemiológica de las infecciones respiratorias agudas virales están disponibles en: Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control 2024. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

Se reiteran las recomendaciones generales para la prevención y control de la transmisión de las infecciones respiratorias agudas:

---

[4] https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza

[5] Aruba, Las Bahamas, Barbados, Bermuda, Islas Caimán, Cuba, Curaçao, Dominica, La República Dominicana, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Saint Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, y Trinidad y Tobago.

[6] Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, and Panamá

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

[8] Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

[9] OPS. Actualización Epidemiológica Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas. 15 de mayo del 2025.

- Garantizar la actualización de los esquemas de vacunación contra influenza, SARS-CoV-2, neumococo, Haemophilus influenzae tipo B, Bordetella pertussis y virus sincicial respiratorio, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud.
- Realizar lavado frecuente de manos con agua y jabón.
- Cubrirse la boca y la nariz con el pliegue del codo al toser o estornudar.
- Evitar compartir objetos personales, como vasos, cubiertos u otros utensilios.
- Limpiar y desinfectar regularmente las superficies en contacto con personas enfermas, utilizando agua y detergente, jabón o soluciones con alcohol al 70%.
- Ventilar adecuadamente los ambientes, especialmente en espacios cerrados.
- Las personas con síntomas respiratorios deben evitar el contacto con otras personas y restringir las interacciones lo más posible hasta presentar mejoría clínica y haber transcurrido al menos 24 horas sin fiebre (sin uso de antitérmicos).

VACUNACIÓN ANTIGRIPAL

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus influenza en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.
En el actual contexto epidemiológico, se insiste en la aplicación de la vacuna antigripal a las personas de los grupos poblacionales que se detallan a continuación, que no hayan recibido la vacuna este año. Recordar que la vacunación antigripal administrada en forma oportuna es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.
Población objetivo para vacunación antigripal:

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre
- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, separadas al menos de 4 semanas, excepto quienes hubieren recibido dos dosis anteriormente.
- Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo*: dosis anual con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.
- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

* Las condiciones clínicas que aumentan el riesgo de formas graves de influenza incluyen enfermedades respiratorias y cardíacas crónicas, inmunodeficiencias, enfermedades oncohematológicas, trasplantes, diabetes, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, y otras condiciones específicas. Para mayor información Consultar en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/guia_rapida_antigripal_2025_1732025.pdf.
En la semana 12 de vacunación de la estrategia de prevención de enfermedades respiratorias 2025, las coberturas de Antigripal son de 34,1% para la franja etaria de 6 a 24 meses (1 dosis y Única Dosis), 32,7% para mayores de 65 años, 35,2% para embarazo y 70,8% para personal de salud.
Para más información sobre Campaña Nacional de Prevención de Enfermedades Respiratorias consultar en: https://www.argentina.gob.ar/salud/enfermedades-respiratorias.

TRATAMIENTO ANTIVIRAL

Las epidemias de influenza causan anualmente millones de casos graves y cientos de miles de muertes en el mundo, afectando especialmente a niños pequeños, adultos mayores y personas con comorbilidades. El tratamiento antiviral con oseltamivir, un inhibidor de la neuraminidasa, es una herramienta terapéutica complementaria a la vacunación, especialmente útil en pacientes con factores de riesgo. Aunque su mayor efectividad se observa cuando se administra dentro de las primeras 48 horas del inicio de síntomas, hay evidencia que demuestra beneficios incluso en tratamientos iniciados más tardíamente en pacientes con enfermedad grave. Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

Diversos estudios han evidenciado que en pacientes ambulatorios con alto riesgo de complicaciones, su uso se asocia a una reducción en la duración de los síntomas y en la incidencia de complicaciones.[10],[11] En pacientes hospitalizados con influenza grave, se ha documentado una disminución en la duración de la hospitalización y en el riesgo de mortalidad, especialmente cuando el tratamiento se inicia dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, aunque también se observan beneficios cuando se inicia más tardíamente en casos graves o progresivos.[12],[13] En Argentina, durante el año 2024, el Laboratorio Nacional de Referencia no ha detectado un aumento de cepas resistentes a este antiviral entre los virus en circulación.

No se debe esperar la confirmación de influenza por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.

Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral

Manejo de Influenza estacional

-Casos de Infección respiratoria aguda grave.

Pacientes hospitalizados que pertenecen a grupos con riesgo aumentado de complicaciones por Influenza o con enfermedad progresiva o grave: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio.

-Si el resultado es Influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento.

-Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.

-Casos ambulatorios con Enfermedad Tipo Influenza (ETI)

-Puede considerarse la administración de oseltamivir en casos ambulatorios con Enfermedad tipo influenza (ETI) y que pertenecen a grupos con mayor riesgo de desarrollar complicaciones por Influenza.

En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda la indicación de tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para Influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 horas, iniciar tratamiento empírico.

La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas.

*Para mayor información en relación a los **factores de riesgo** para el desarrollo de formas graves por influenza consultar:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf.

PARTICIPARON DE LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

- Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación
- Servicio de Virus Respiratorios, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas “Dr. Carlos G. Malbrán” (INEI- ANLIS). Ministerio de Salud de la Nación
- Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas “Dr. Carlos G. Malbrán” (INEI- ANLIS). Ministerio de Salud de la Nación
- Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI), Ministerio de Salud de la Nación

Toda la información aquí descripta pueda ampliarse de manera semanal a través del Boletín Epidemiológico Nacional: https://www.argentina.gob.ar/salud/boletines-2025

[10] Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60892-3. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.

[11] Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.

[12] Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.

[13] Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.