



Campaña antigripal 2024

Lineamientos técnicos



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

División
Epidemiología

Unidad de
Inmunizaciones

TABLA DE CONTENIDO

EQUIPO TÉCNICO REDACTOR	3
JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	4
Manifestaciones clínicas	5
Patogenia	6
Transmisión	6
Complicaciones	6
EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFLUENZA	7
Actualización regional	7
Situación nacional	7
CAMPAÑA VACUNACIÓN 2024	10
Inicio	10
Composición de la vacuna	10
Grupos objetivo a vacunar	10
Acceso y registro	11
CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA	12
Esquema vacunal	12
Coadministración con otras vacunas del esquema regular	12
Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria	12
Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas	12
Vacunación en situaciones especiales y otras consultas	12
EFFECTIVIDAD VACUNAL	13
REFERENCIAS	14

EQUIPO TÉCNICO REDACTOR

Unidad de Inmunizaciones:

Dr. Steven Tapia Villacés

Dr. Jeremy Tairovich

Dr. Giuliano Medina

Sector Enfermedades Transmisibles:

Dra. Alicia González

Dr. Miguel Alegretti

División Epidemiología

Ministerio de Salud Pública

JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

Desde comienzos de la década del 2000, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS (GTA) recomienda a todos los Estados miembros establecer políticas de vacunación contra la influenza estacional, priorizando a personas con mayor riesgo de enfermedad grave o complicaciones:

- Embarazadas.
- Niños menores de 5 años.
- Adultos mayores.
- Pacientes con enfermedades crónicas (cardíacas, pulmonares, renales, metabólicas, del desarrollo neurológico, hepáticas o hematológicas) o inmunodepresión (primaria o secundaria).
- Debido a su exposición con pacientes, los profesionales sanitarios corren gran riesgo de contraer la infección y transmitirla, sobre todo a personas vulnerables, por lo que también constituyen un grupo recomendado para la administración de la vacuna.

La región de las Américas ha presentado un gran avance en la introducción de la vacuna contra la influenza estacional. Para el año 2013, 40 de los 45 países y territorios de las Américas, estaban usando la vacuna contra influenza estacional en el sector público dirigida a proteger grupos de riesgo.

En febrero de 2013 se creó la red para la evaluación de efectividad de la vacuna contra influenza en América Latina y el Caribe (REVELAC-i) con el fin de proveer y compartir información de manera rápida y confiable sobre la efectividad de la vacuna de influenza anualmente y el impacto de esta estrategia de prevención entre otras. El último informe publicado por la REVELAC-i reporta que la vacuna contra la influenza estacional del hemisferio sur para el 2023 redujo el riesgo de hospitalizaciones asociadas a la influenza en un 52 %. Los virus de la influenza en circulación eran genéticamente similares a los contemplados en la formulación de la vacuna contra la influenza del hemisferio norte 2023-24.

En Uruguay, desde el año 2004, a partir de los meses de abril/mayo, se lleva a cabo la campaña de vacunación contra influenza, siendo uno de los primeros países de la región en impulsar dicha iniciativa. Siguiendo los lineamientos propuestos por la OMS/OPS, se prioriza los grupos de mayor riesgo, administrando una vacuna cuya composición sea la recomendada en función de las cepas circulantes en la región.

Para la campaña antigripal 2023, se obtuvieron resultados similares con respecto a campañas previas en términos de dosis aplicadas, en concordancia con la aceptación histórica de la población a la campaña. Acerca de las coberturas en poblaciones objetivo, se recuperaron coberturas en embarazadas con respecto a la campaña del año 2022, la cual había alcanzado valores mínimos históricos.

Aspectos virológicos del virus influenza

La influenza es una enfermedad respiratoria viral e infecciosa causada por un virus de ARN de una sola cadena perteneciente a la familia *Orthomyxoviridae*, con potencial epidémico o pandémico. Impacta especialmente a grupos de riesgo como menores de 5 años, adultos mayores, inmunocomprometidos, personas con patologías crónicas y embarazadas.

Los virus de la influenza cambian por variaciones antigénicas en su material genético. Estos se traducen en un potencial originar cambios en las proteínas de superficie del virus que son la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Dichos cambios pueden ser menores (más frecuentes) y mayores (poco frecuentes, pero de especial impacto como en la pandemia de H1N1 en 2009). Por este antecedente, es que las vacunas se actualizan anualmente, con composiciones diferentes para cada hemisferio, debido a estas mutaciones.

Hay tres tipos de virus de influenza que afectan a humanos: A, B, C. El virus influenza tipo A tiene subtipos determinados por hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), con 18 subtipos de H y 11 de N. Los subtipos A (H1N1) y A(H3N2) circulan habitualmente. El virus influenza tipo B tiene dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria. Debido a que desde marzo de 2020 no ha circulado el linaje B/Yamagata, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado a los fabricantes excluir el linaje B/Yamagata de las vacunas en los próximos años.

Manifestaciones clínicas

La influenza es una enfermedad con un espectro que va desde casos asintomáticos hasta infecciones graves. El período de incubación promedio es de dos días, oscilando entre uno y cuatro días. Los síntomas primarios son de naturaleza respiratoria e incluyen tos, dolor de garganta y rinorrea (aumento en la producción de moco) o congestión nasal. A nivel sistémico, se observa fiebre, escalofríos, cefalea,

malestar y mialgias. En menores puede presentarse además con vómito y diarrea. La evolución suele ser autolimitada, con resolución de la fiebre en 3 a 4 días y alivio de otros síntomas en aproximadamente una semana, aunque la astenia puede persistir por semanas.

Patogenia

La transmisión del virus de la influenza se da por vía respiratoria. El virus infecta y se replica en las células epiteliales de la tráquea y los bronquios, causando su destrucción. La recuperación del epitelio respiratorio puede tardar hasta cuatro semanas. El virus se encuentra presente en las secreciones respiratorias durante 5 a 10 días, alcanzando su punto máximo dentro de las 24 a 72 horas tras el inicio de síntomas, la infección por virus influenza puede a su vez, predisponer a infecciones bacterianas de la vía aérea.

Transmisión

La influenza se propaga principalmente por gotitas respiratorias de más de 5 micrones emitidas al toser o estornudar, pudiendo depositarse en las mucosas de individuos cercanos (a menos de 1 metro). También es posible la transmisión por aerosoles de pequeñas partículas. El contagio indirecto ocurre cuando se tocan superficies contaminadas con el virus seguido de contacto con ojos, nariz o boca.

Complicaciones

La infección puede derivar en complicaciones, siendo la neumonía bacteriana secundaria una de las más habituales, junto con exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas, otitis media y bronquitis. Otras menos frecuentes incluyen neumonía primaria, encefalitis, meningitis aséptica, mielitis transversa, miocarditis y pericarditis, así como síndromes neurológicos graves como Guillain-Barré y Reye. Las consecuencias más severas, incluidas las defunciones, se presentan mayoritariamente en mayores de 65 años, personas con condiciones crónicas de salud, embarazadas y niños, en especial en aquellos menores de dos años.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFLUENZA

Situación regional

La actividad de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) y enfermedades tipo influenza (ETI) ha mostrado un ligero incremento en las últimas cuatro semanas, siendo la mayoría de los casos positivos atribuibles a SARS-CoV-2 y en menor medida a influenza.

La actividad de la influenza ha mostrado un incremento las últimas cuatro semanas con niveles en torno al umbral epidémico en algunos países. Durante este periodo, los virus de influenza predominantes han sido el tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09.

En Argentina los niveles de IRAG y ETI se han mantenido por debajo del umbral epidémico. En Brasil la actividad de influenza ha mostrado un ascenso en las últimas cuatro semanas en torno al umbral epidemiológico. En Chile se ha observado un ascenso en la actividad de influenza superando el umbral epidémico, los casos de IRAG por han superado ligeramente este umbral, en su mayoría atribuibles a SARS-CoV-2. En Paraguay influenza se ha mantenido en bajos niveles de circulación¹.

Situación nacional

El comportamiento de las enfermedades respiratorias en nuestro país es similar al que se observa en otros países de la región. La información presentada a continuación es recabada por el Área de Vigilancia en Salud-DEVISA, como resultado de la estrategia de vigilancia centinela.

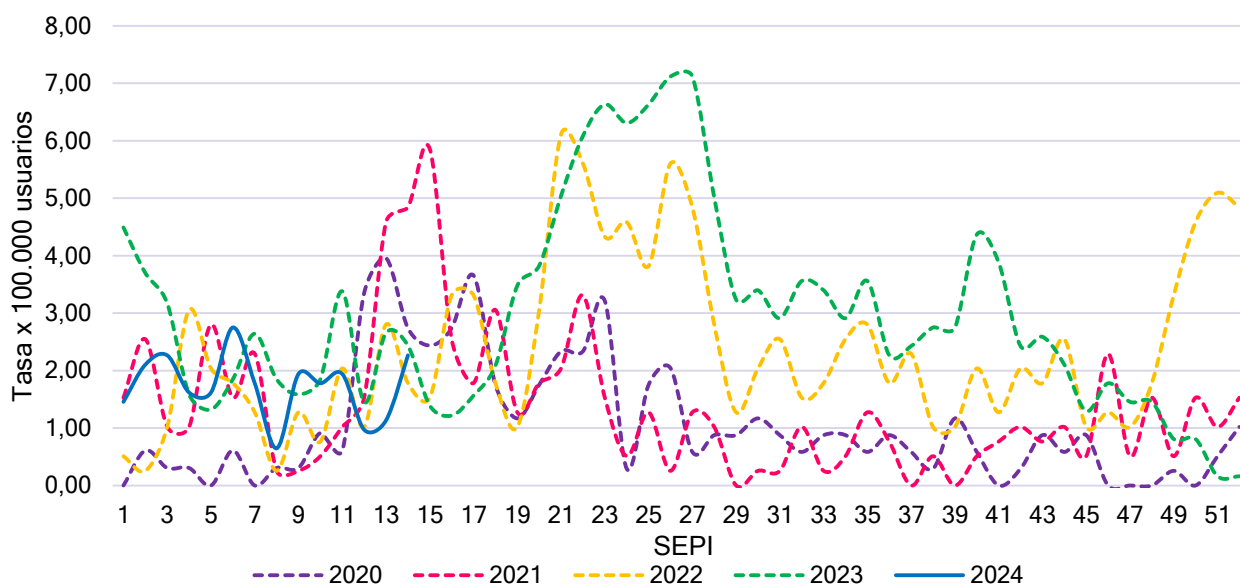
El gráfico N° 1 muestra la incidencia acumulada en personas de 15 años y más por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica en Uruguay entre 2020 y 2024. En el año 2023, el incremento estacional se registró un poco antes de lo observado en años previos y con un pico mayor. En el año 2024, a la semana epidemiológica (SE) 14, la tasa de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) para mayores de 15 años es de 2,26/100.000 habitantes (dato preliminar).

¹ Organización Panamericana de la Salud. Reporte Semanal de Influenza, Semana Epidemiológica 11. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>

En el caso de los menores de 15 años, gráfico N° 2, la tasa reportada fue de 6,10/100.000 habitantes para la SE 14. Es importante tener en cuenta que esta vigilancia es dinámica y aún se puede recibir y procesar muestras que puedan corresponder a este período.

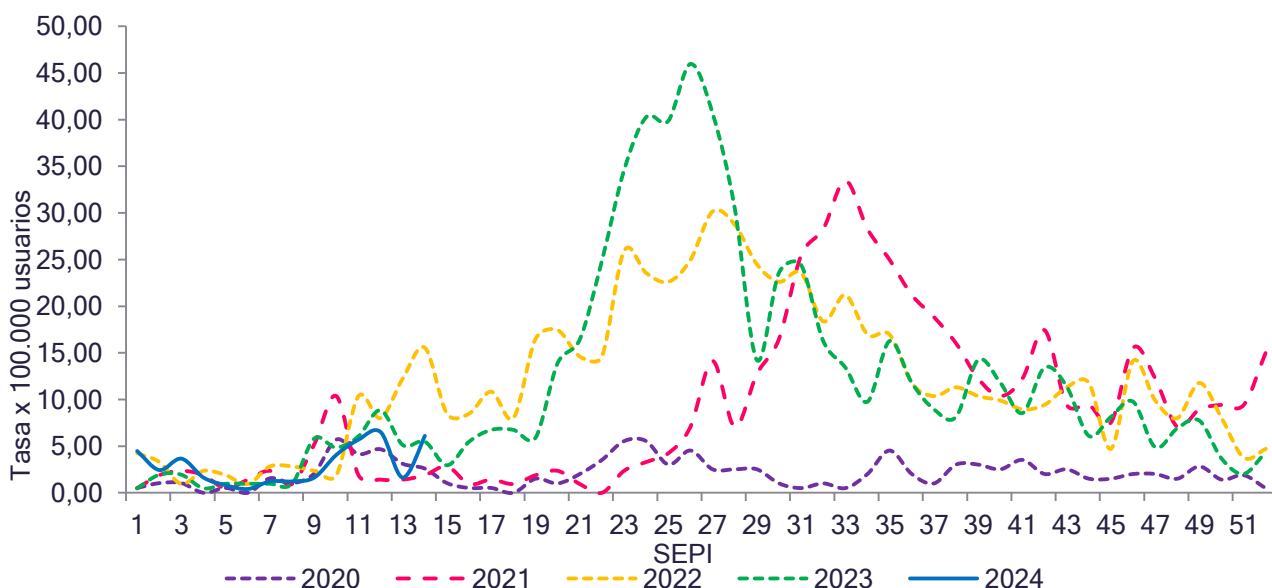
El gráfico 3, que ilustra los virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en 2023, muestra que entre las semanas 20 y 30 se aisló Influenza A H1N1 en una importante proporción de muestras positivas.

Gráfico N° 1. Incidencia acumulada en personas de 15 años y más por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay (2020 - 2024).



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema de Infecciones Hospitalarias.

Gráfico N° 2. Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas por semana epidemiológica. Uruguay (2020-2024).

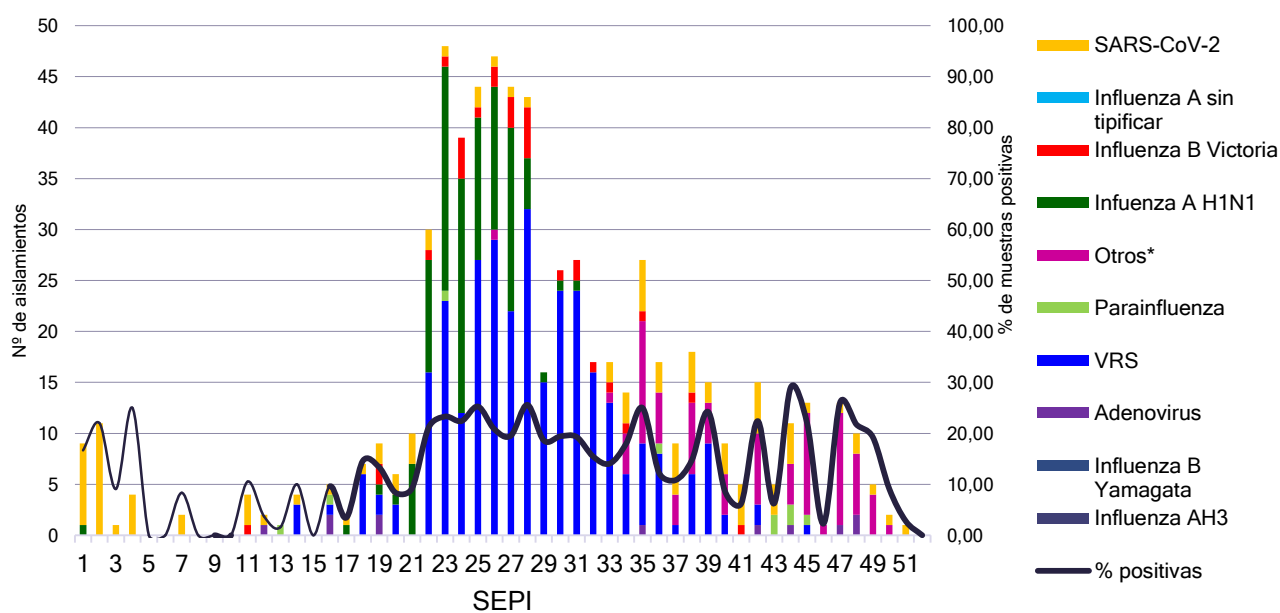


Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema de Infecciones Hospitalarias.

En el gráfico 4, se representa el aislamiento viral en muestras de IRAG en 2024. En las semanas 1 a 4 se observa un bajo porcentaje de muestras positivas, que aumenta para la semana 5, a expensas de SARS-CoV-2, para luego descender.

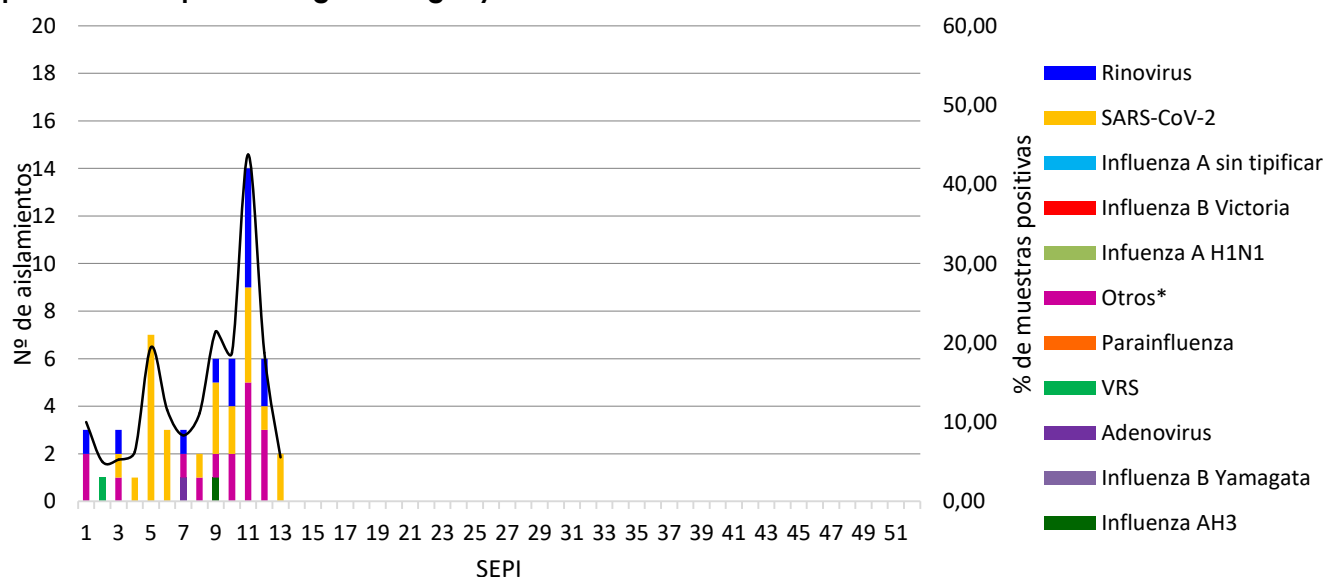
En la SE 9 se detectó influenza AH3N3. En la SE 11 se observa un aumento de la positividad a expensas de SARS-CoV-2, Rinovirus, y otros virus como Bocavirus y Metapneumovirus.

Gráfico N°3. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas por semana epidemiológica. Uruguay 2023.



*Otros incluye: Coronavirus, Bocavirus, Metapneumovirus. Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

Gráfico N°4. Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas por semana epidemiológica. Uruguay 2024.



*Otros incluye: Coronavirus, Bocavirus, Metapneumovirus. Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Departamento de Laboratorios de Salud Pública.

CAMPAÑA VACUNACIÓN 2024

Inicio

La campaña de vacunación antigripal 2024 se iniciará a partir del 24 de abril. En base a una planificación estratégica en conjunto con la Comisión Honoraria de la Lucha antituberculosa y enfermedades prevalentes (CHLA-EP).

Composición de la vacuna

La vacuna antigripal trivalente de la temporada 2024 fue formulada en base a tres cepas inactivadas de virus influenza, según la recomendación de la OMS para la temporada invernal de este año para el hemisferio sur:

- **A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09**
- **A/Tailandia/8/2022 (H3N2)**
- **B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria)**

Se adquirieron 700.000 dosis de vacuna con una presentación que permitió su uso tanto en adultos como en niños. La compra se efectivizó a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Grupos objetivo a vacunar

En la campaña 2024, al igual que en años anteriores, se priorizará la vacunación de los grupos con mayor riesgo de adquirir infección grave por virus influenza o de transmitirla:

- Personal de la salud
- Personal de servicios esenciales (docentes, bomberos, policías, militares)
- Adultos mayores de 65 años
- Portadores de enfermedades crónicas
- Inmunocomprometidos
- Niños a partir de los 6 meses hasta los 5 años
- Personas gestantes y puérperas hasta los 6 meses posteriores al parto

Para este año se considerarán como grupos de especial interés:

- Trabajadores de plantas avícolas y criaderos de cerdos
- Residentes y funcionarios de establecimientos de larga estadía (incluyendo refugios, centros de privación de libertad y residenciales)

Acceso a la vacunación y registro

El acceso a la vacuna será universal y gratuito dentro de cualquier puesto de vacunación del territorio nacional habilitado para tal fin. Se priorizarán los grupos de riesgo establecidos para la campaña, sin embargo, cualquier persona puede optar por recibirla. No se requerirá receta médica para acceder a la vacunación.

Este año, no se plantea un inicio escalonado por grupos. En el caso de los vacunatorios privados cada prestador puede organizar la logística de estos, considerando su capacidad operativa, sin embargo, la vacuna deberá brindarse de forma paralela al resto de vacunas del plan regular de vacunación.

Los actos vacunales serán registrados en el Sistema Informático de Vacunas, de acuerdo con la normativa vigente. Las personas que requieran constancia de haber recibido la vacuna pueden solicitar la misma en cualquier puesto de vacunación, independientemente cual sea el prestador.

CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

Esquema vacunal

- **Niños de 6 meses a 8 años y 11 meses de edad:**
 - Si se vacuna por primera vez debe recibir 2 dosis separadas por un intervalo de 4 semanas.
 - Si fue vacunado previamente, recibirá una sola dosis.
- **Niños a partir de los 8 años, adolescentes y adultos:**
 - Dosis única

Dosis

- **Niños de 6 meses a 3 años:** 0,25 ml/dosis (equivalentes a la mitad de dosis del adulto) por vía intramuscular.
- **Niños desde los 3 años, adolescentes y adultos:** dosis de 0,5 ml por vía intramuscular.

Coadministración con otras vacunas del esquema regular

Al ser una vacuna inactivada, puede coadministrarse con otras vacunas del esquema regular, tanto en niños como en adultos. En caso de requerirse administración con otra vacuna, se deben administrar en brazos diferentes.

Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria

Se recomienda que en el caso de presentar síntomas respiratorios como rinorrea (aumento de producción de moco), sensación de malestar general y fiebre, consultar con su médico y diferir la vacunación hasta recibir recomendación de oportunidad de recibirla.

Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas

La vacuna se encuentra contraindicada en personas que hayan presentado reacción alérgica grave a alguno de los componentes de la vacuna.

Vacunación en situaciones especiales y otras consultas

Para consultas se deberá dirigir un correo a la unidad de inmunizaciones: inmunizaciones@msp.gub.uy a fin de solventar cualquier duda relacionada con la administración de la vacuna.

EFECTIVIDAD VACUNAL

La efectividad de la vacuna contra la gripe estacional varía según la temporada y tipo de virus circulante. Como se mencionó en previas secciones, desde 2013 varios países han participado en la Red para la Evaluación de Vacunas en América Latina y el Caribe contra la influenza (REVELAC-i) para estimar y monitorear la efectividad vacunal (EV) en la prevención de hospitalizaciones por infección respiratoria aguda grave (IRAG).

A partir de datos aportados por 486 centros de vigilancia centinela en 5 países (11 de Argentina, 455 de Brasil, 8 de Chile, 2 de Paraguay y 10 de Uruguay) sobre 2.780 pacientes con IRAG hospitalizados desde el 27 de marzo al 9 de julio de 2023, la EV ajustada contra la hospitalización por IRAG asociada a cualquier virus de la influenza en el hemisferio sur fue del 51,9% (IC 95%: 39,2%–62,0%), incluyendo un 55,2% (IC 95%: 41,8%–65,5%) contra el predominante A(H1N1)pdm09. Estas estimaciones sugieren que la vacunación redujo sustancialmente el riesgo de enfermedades graves por influenza, destacando los beneficios de la vacunación. Se concluye que la vacunación sigue siendo una de las formas más eficaces de proteger contra las complicaciones asociadas a la influenza.

SEGURIDAD

Los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización (ESAVI) son de notificación espontánea y se notifican a través del portal de trámites del gobierno uruguayo y son evaluados por un equipo conformado por la Unidad de Inmunizaciones y la Unidad de Farmacovigilancia del MSP.

Según datos proporcionados por la Unidad de Farmacovigilancia, durante la campaña, se registraron un total de 6 notificaciones de ESAVI. El número total de ESAVI notificados fueron 9 (tasa: 1,71 por cada 100.000 dosis), teniendo en consideración que en cada notificación se puede informar más de un ESAVI. De los eventos reportados, 1 fue catalogado como grave (en el análisis de caso se determinó no se asoció a la vacuna, sino como evento coincidente) y 8 como no graves. La mediana de edad fue de 36 años (IQR 4 – 74 años). 83,3% de los ESAVI correspondieron al sexo femenino. En todos los casos, se realizó seguimiento de continuo. La tasa de ESAVI reportados a nivel país no difirió de aquella reportada en años anteriores.

REFERENCIAS

- Fowlkes, A. L., Nogareda, F., Regan, A., Loayza, S., Mancio, J. M., & Duca, L. M. (2023). Interim Effectiveness Estimates of 2023 Southern Hemisphere Influenza. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1010-1015.
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2024). *Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2024-2025 northern hemisphere influenza season*. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenza-season>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). *XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*. Obtenido de PAHO: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/tag16_2004_FinalReport_Spa.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Red para la Evaluación de la Efectividad de la Vacuna en Latino América y el Caribe – influenza, (REVELAC-i)*. Obtenido de PAHO: <https://www.paho.org/es/red-para-evaluacion-efectividad-vacuna-latino-america-caribe-influenza-revelac-i/acerca-revelac-i>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación XXII Reunión*. Obtenido de PAHO: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2014/vaccine-preventable-diseases-tag22-2014-FinalReport-Spa.pdf>
- Uyeki, T. M., Hui, D. S., Zambon, M., Wentworth, D. E., & Monto, A. S. (2022). Influenza. *The Lancet*, 693-706.