



# Campana antigripal 2025

Lineamientos técnicos para el personal de salud

---



Ministerio  
de Salud Pública

# TABLA DE CONTENIDO

EQUIPO TÉCNICO REDACTOR	3
JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES	4
Manifestaciones clínicas	5
Patogenia	6
Transmisión	6
Complicaciones	6
EPIDEMIOLOGÍA DE LA INFLUENZA ESTACIONAL	7
Situación regional	7
Situación nacional	7
INFLUENZA AVIAR: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	10
EFFECTIVIDAD VACUNAL CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL	12
CAMPAÑA VACUNACIÓN 2025	14
Inicio	14
Composición de la vacuna	14
Grupos objetivo a vacunar	14
Acceso a la vacunación y registro	15
CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN	16
Esquema vacunal	16
Coadministración con otras vacunas	16
Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria	16
Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas	16
Vacunación en personas con antecedente de Síndrome de Guillain Barré	16
Vacunación en situaciones especiales y otras consultas	17
REFERENCIAS	18

# EQUIPO TÉCNICO REDACTOR

## Unidad de Inmunizaciones:

Dr. Steven Tapia Villacís

Dr. Jeremy Tairovich

Dr. Giuliano Medina

## Sector Enfermedades Transmisibles:

Dra. Alicia González

Dra. Luciana Noble

## División Epidemiología

## Ministerio de Salud Pública

Cita sugerida para este documento:

**Ministerio de Salud Pública.** (2025). *Campaña antigripal 2025: lineamientos técnicos para el personal de salud.*

# JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La mayor proporción de casos de influenza en el hemisferio sur suelen ocurrir durante los meses de clima frío (abril a septiembre). Cada año, se estima que la influenza provoca entre 716.000 – 829.000 hospitalizaciones y entre 41.000 – 72.000 defunciones en toda la región de las Américas.

Durante más de 20 años, el Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS (GTA) ha recomendado a los Estados miembros inmunizar a la población contra la influenza estacional enfocada en poblaciones de riesgo, con el fin de reducir la carga de enfermedad y prevenir complicaciones en los grupos más vulnerables de la población.

La región de las Américas ha incorporado la vacunación contra la influenza en sus calendarios de vacunación en 41 de los 45 países de la región, enfocándose en grupos de alto riesgo definidos en cada país/territorio.

En este contexto, la Red para la Evaluación de Efectividad de la Vacuna contra Influenza en América Latina y el Caribe (REVELAC-i), en su informe correspondiente a la temporada 2024, subrayó la importancia de fortalecer las estrategias de vacunación y mantener monitoreo constante de su efectividad en tiempo real.

Dicho informe destaca que, entre marzo y julio de 2024, 5 países sudamericanos (entre ellos Uruguay) reportaron **11.751 casos** de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en centros centinelas, de los cuales **32,7% fueron positivos para influenza A** y **0,7% fueron positivos para influenza B** (todos secundarios a linaje B/Victoria). Entre los casos asociados a influenza A subtipificados, **68,3% fueron secundarios a influenza A(H3N2)** y **37,1% fueron secundarios a influenza A(H1N1)pdm09**. Casi el 60% de los casos de influenza eran adultos mayores, seguidos por personas con comorbilidades (50,4%). El porcentaje más bajo de casos (16,0%) se registraron en niños pequeños ( $p < 0,001$ ).

Del total de los casos, el **21,3%** había recibido la vacuna contra la influenza. Aunque esta proporción de pacientes hospitalizados vacunados fue relativamente baja, la vacunación con la formulación para el hemisferio sur redujo significativamente el riesgo de hospitalización. Este hallazgo resalta la relevancia de continuar promoviendo la vacunación como una herramienta clave para prevenir complicaciones graves asociadas a la influenza.

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.

Para la campaña antigripal 2024, 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 personal de salud con respecto a la campaña de años previos y se mantuvo la cobertura en el resto de los grupos objetivo.

## Aspectos virológicos del virus influenza

La influenza es una enfermedad respiratoria viral causada por un virus de ARN de monocatenario (familia *Orthomyxoviridae*), con potencial pandémico. Los virus de la influenza varían su composición antigénica. Esto se traduce en potenciales cambios en las proteínas de superficie del virus como la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Dichos cambios pueden ser menores (más frecuentes) y mayores (poco frecuentes, pero de especial impacto como fue el de la pandemia de H1N1 en 2009). Por este antecedente, es que **las vacunas se actualizan anualmente, con composiciones diferentes para cada hemisferio, de acuerdo con estas mutaciones.**

Existen tres tipos de virus de influenza de relevancia para el humano: A, B, C. El virus influenza tipo A tiene subtipos determinados por HA y NA, con 18 subtipos de HA y 11 de NA. 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 la composición de vacunas.

## Manifestaciones clínicas

El espectro clínico de la influenza varía desde casos asintomáticos hasta infecciones graves con complicaciones severas. El período de incubación promedio es de dos días, con un rango de uno a cuatro días. Los síntomas iniciales incluyen tos, dolor de garganta y rinorrea (aumento en la producción de moco) o congestión nasal (rinitis).

A nivel sistémico, se observa fiebre, escalofríos, cefalea, malestar general y mialgias. En niños, la presentación clínica puede incluir vómitos y diarrea, además de los síntomas respiratorios. En la mayoría de los casos, la enfermedad sigue un curso autolimitado, con resolución de la fiebre en tres a cuatro días y mejoría de los síntomas en aproximadamente una semana, aunque la astenia puede persistir durante varias semanas.

Sin embargo, en poblaciones vulnerables, como adultos mayores, personas con comorbilidades y gestantes, la infección por influenza puede desencadenar complicaciones graves y provocar la descompensación de enfermedades crónicas preexistentes. Se ha documentado que la influenza puede precipitar descompensaciones en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus y enfermedad renal crónica, aumentando el riesgo de hospitalización y mortalidad. Además, se ha observado una asociación entre la infección por influenza y eventos cardiovasculares agudos, incluyendo infarto de miocardio y exacerbaciones de hipertensión arterial.

En los casos graves, la influenza puede producir insuficiencia respiratoria, que puede evolucionar a síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), requiriendo soporte ventilatorio e ingreso en unidades de cuidados intensivos. En algunos pacientes, especialmente aquellos con factores de riesgo, la progresión de la enfermedad puede ser potencialmente mortal.

## 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 (ej: EPOC), 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 ESTACIONAL

## Situación regional

Durante el año 2024, la circulación de virus respiratorios en la Región de las Américas presentó variaciones significativas según la subregión y la época del año. A continuación, se detallan las principales tendencias observadas:

### América del Norte:

- **Influenza:** La actividad de la influenza alcanzó niveles epidémicos, con predominio de los subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). Posteriormente, se observó una disminución hacia finales del año.
- **Virus Respiratorio Sincitial (VRS):** Se registró una actividad elevada durante los meses invernales, seguida de una disminución en las semanas posteriores.
- **SARS-CoV-2:** Aunque la actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles moderados en comparación con olas epidémicas anteriores, se observó una ligera disminución en las últimas semanas del año.

### Centroamérica:

- **Influenza:** Tras un incremento a mediados de año, la actividad de la influenza disminuyó hacia finales de 2024, alcanzando niveles bajos. Los subtipos predominantes fueron A(H1N1) pdm09 y B/Victoria.
- **SARS-CoV-2:** La actividad del SARS-CoV-2 descendió hasta niveles bajos hacia el cierre del año.

### Cono Sur:

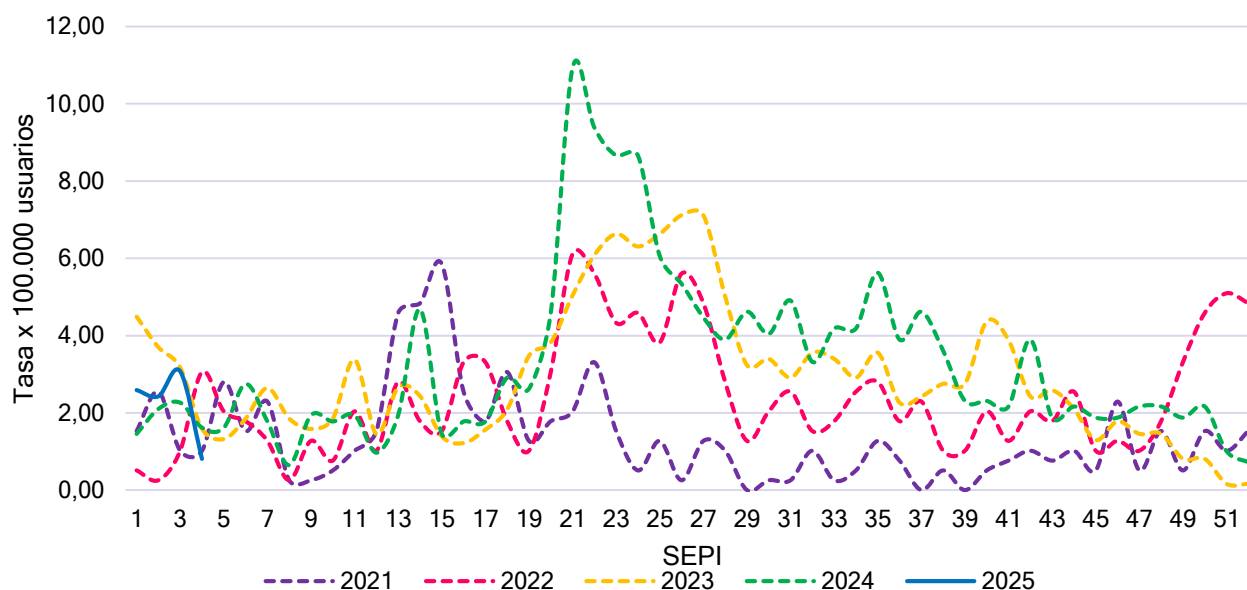
- **Influenza:** Se observó un incremento en la actividad de la influenza durante el invierno austral, alcanzando niveles epidémicos en varios países. Los subtipos predominantes fueron A(H3N2) y, en menor medida, A(H1N1)pdm09.
- **VRS:** Aunque en ascenso durante el invierno, la actividad del VRS se mantuvo en niveles bajos en comparación con temporadas previas.
- **SARS-CoV-2:** La actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo en niveles bajos, con una tendencia decreciente hacia finales de 2024.

## 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, MSP), como resultado de la estrategia de vigilancia de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en centros centinela.

El **gráfico 1** muestra la incidencia acumulada de IRAG en personas de 15 años según semana epidemiológica (SEPI) en Uruguay entre 2020 y hasta la SEPI 4 de 2025. En el año 2024, se detectó un claro incremento en la tasa de incidencia de IRAG c/100.000 habitantes, con respecto a años previos. El pico de incidencia se detectó sobre la SEPI 19, alcanzando la tasa de 10,93 c/100.000 habitantes en la SEPI 21. Posteriormente, se registró un descenso progresivo de casos. A la SE 50, la tasa fue de 1,01/100.000 habitantes.

**Gráfico 1.** Incidencia acumulada en personas de 15 años y más por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay (2021 - 2025).



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

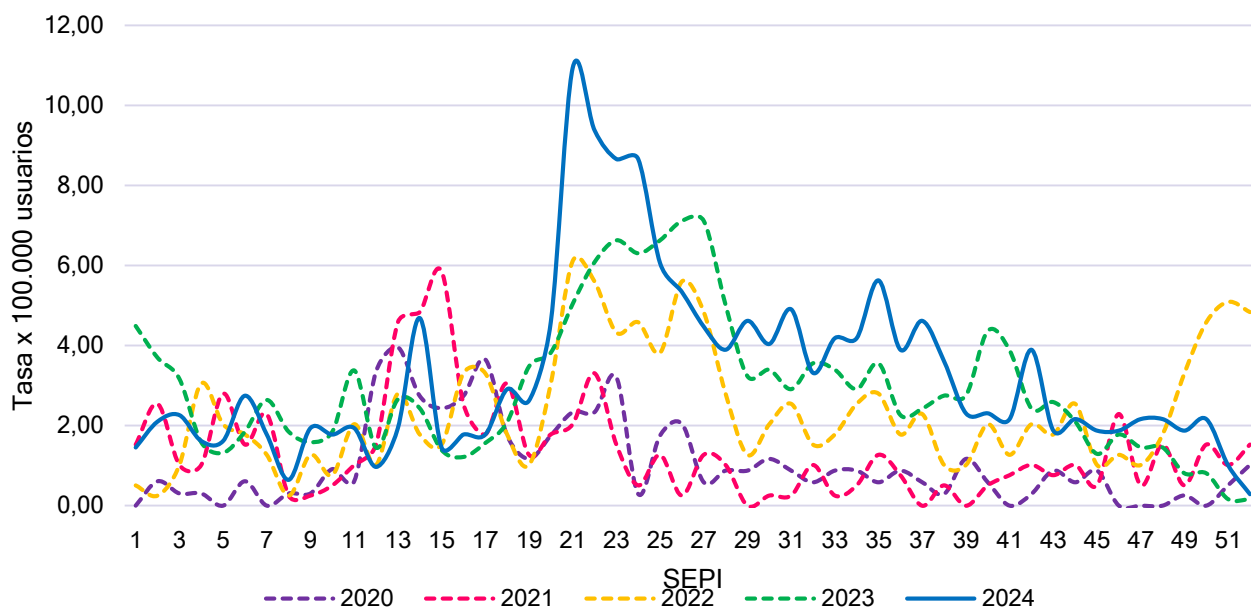
En el caso de los menores de 15 años, (**gráfico 2**) también se observó un pico de incidencia sobre la SEPI 19, alcanzando su máximo sobre la semana 21 con una tasa de 10,93 c/100.000 habitantes.

El **gráfico 3** ilustra los virus identificados en IRAG en centros centinelas. Se observa un bajo porcentaje de muestras positivas en las primeras semanas de 2024, con circulación de SARS-CoV-2 y rinovirus. Entre la SEPI 19 y la SEPI 24, aumenta el número de detecciones con circulación de influenza AH3N2, seguido por VRS y Rinovirus.

A partir de la semana 25, se observó una disminución de influenza y predominio de circulación de VRS, seguido por Rinovirus y otros virus respiratorios como Metapneumovirus y Bocavirus. En las últimas semanas del año, se observó una disminución en la positividad de las muestras, con detecciones de SARS-CoV-2, rinovirus y adenovirus.

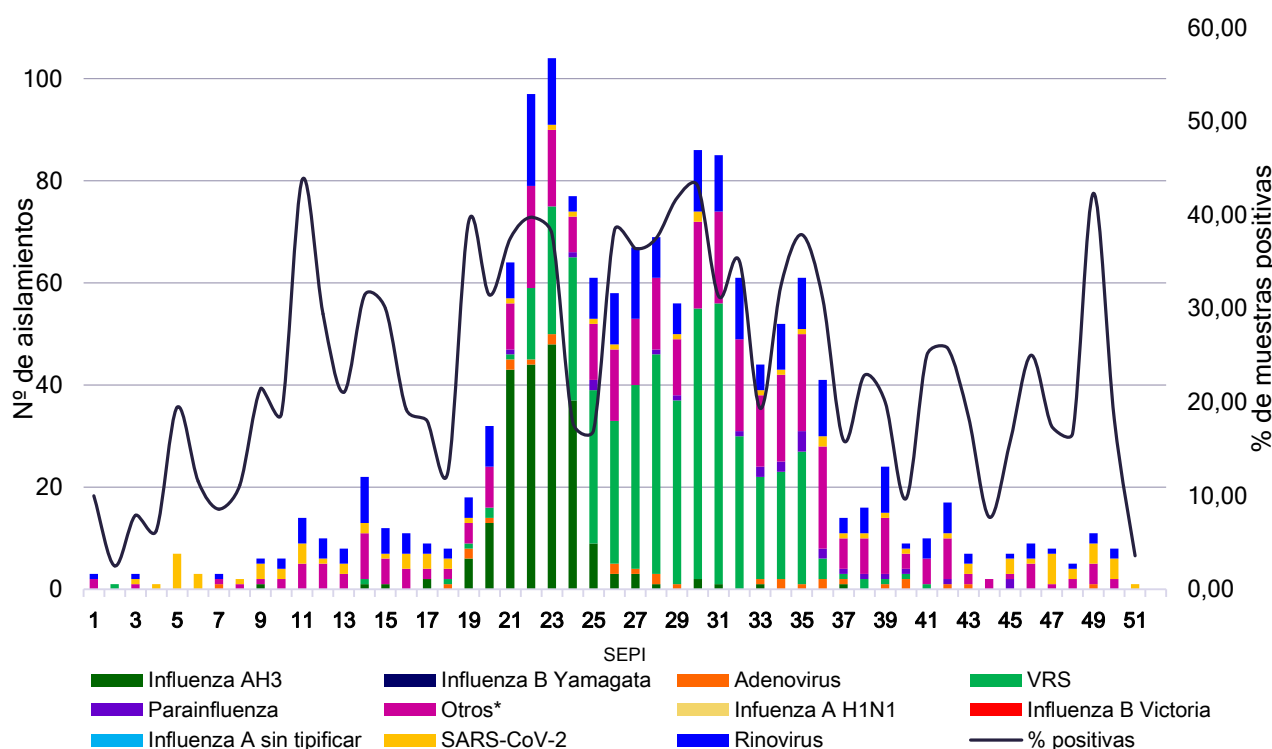
**Gráfico Nº 2.** Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por IRAG en centros centinelas por semana epidemiológica. Uruguay (2020-2024).





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

**Gráfico N°3.** Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas por semana epidemiológica. Uruguay 2024.



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

# INFLUENZA AVIAR: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La influenza aviar, es principalmente causada por subtipos de influenza A (H5 y H7), provoca enfermedad grave en animales, con capacidad de propagarse rápidamente, produciendo altas tasas de mortalidad en diferentes especies de aves y ganado lechero. Algunas cepas de estos virus pueden afectar a los seres humanos y provocar consecuencias graves en la salud pública y en la producción avícola.

La situación epidemiológica en Europa ha mostrado un incremento preocupante de casos recientemente. Desde julio de 2024 hasta enero de 2025, se notificaron 341 brotes en aves de corral y 684 en aves silvestres o cautivas. En España, hasta mediados de enero de 2025, se reportaron 21 brotes en aves silvestres, aunque no se han identificado casos en aves de corral. Sin embargo, la cercanía con focos detectados en Francia y Portugal ha llevado a un aumento en el nivel de riesgo y a la implementación de medidas preventivas, como la prohibición de la crianza conjunta de ciertas especies y limitaciones en eventos que concentren aves. Asimismo, se ha reforzado la vigilancia epidemiológica, con un especial enfoque en zonas de alto riesgo. Durante el año 2023, se observó un brote en el territorio de Finlandia en las granjas de pieles, elevando la preocupación del país y culminando en la recomendación de la vacunación por grupos de riesgo con vacuna frente a influenza aviar.

En la región de las Américas, la influenza aviar H5 se ha extendido durante 2025, afectando aves silvestres, aves de corral y vacas lecheras en EE.UU. Se han reportado más de 12.000 aves silvestres, 160 millones de aves de corral y 970 rebaños afectados en el territorio estadounidense. Hasta el 17 de enero, hubo 67 casos humanos en varios estados, principalmente en trabajadores de granjas. Se confirmó una muerte en Luisiana, pero los CDC consideran que el riesgo para la salud pública sigue siendo bajo. Se explica que la transmisión a los humanos se dio en contexto de exposición laboral directa a la leche vacuna con alta carga viral en contacto con las mucosas, lo cual explica la presentación frecuente con síntomas leves como conjuntivitis, presentándose este último con síntoma cardinal de la enfermedad en humanos.

En Sudamérica, en febrero 2025 se detectó un caso de influenza aviar en aves de traspatio en Argentina, en la provincia de Chaco. Ante esta detección y su proximidad con la frontera norte de Uruguay, la Dirección General de Servicios Ganaderos del MGAP declaró estado de alerta sanitaria en todo el territorio nacional. Hasta el 1º de marzo de 2025 rige la obligatoriedad de la vacunación contra la influenza aviar en las categorías de aves *Gallus gallus domesticus*, reproductoras livianas y pesadas y ponedoras de establecimientos comerciales. Además, se han reforzado las medidas de vigilancia epidemiológica a nivel nacional.

A pesar de que las vacunas actuales no protegen contra el virus H5, la vacunación contra la influenza estacional se recomienda como medida preventiva frente a la influenza aviar en poblaciones específicas, por varias razones clave:

- **Reducción del riesgo de coinfección:** Si una persona se infecta simultáneamente con un virus de influenza estacional y con el virus H5, existe un mayor riesgo de recombinación genética (reordenamiento) entre ambos virus. Esto podría dar lugar a una nueva variante con mayor capacidad de transmisión entre humanos, aumentando el riesgo de una pandemia.
- **Disminución de hospitalizaciones y complicaciones:** La influenza estacional puede debilitar el sistema inmunológico y hacer que las personas sean más susceptibles a infecciones secundarias, incluyendo la influenza aviar si están expuestas al virus H5.
- **Facilitación del diagnóstico:** Al reducir la incidencia de influenza estacional en la población vacunada, es más fácil identificar y diagnosticar casos sospechosos de influenza aviar, evitando demoras en la implementación de medidas de control.
- **Protección de trabajadores expuestos:** Personas en contacto frecuente con aves de corral o ganado lechero. La vacunación contra influenza estacional reduce la probabilidad de que estos trabajadores sufran coinfecciones que podrían facilitar la adaptación del virus aviar a los humanos.

# EFECTIVIDAD VACUNAL CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL

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

A partir de datos aportados por centros de vigilancia centinela en cinco países (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), sobre un total de 11.751 pacientes con infección respiratoria aguda grave (IRAG) hospitalizados entre el 13 de marzo y el 19 de julio de 2024, la efectividad de la vacuna antigripal en la prevención de hospitalizaciones asociadas a influenza en Uruguay se estimó en **61,0 % (IC 95 %: -11,5 % a 86,4 %)**, según el estudio REVELAC-i. A nivel regional, la efectividad ajustada de la vacuna contra hospitalización por cualquier tipo de influenza en los cinco países fue del **34,5 % (IC 95 %: 26,4 % a 41,6 %)**, lo que indica que la vacunación logró prevenir aproximadamente un tercio de las hospitalizaciones por influenza en los grupos priorizados para vacunación.

En Uruguay, del total de pacientes hospitalizados con infección confirmada por influenza, el **40,0 %** presentó infección por el subtipo **A(H3N2)** y el **37,1 %** por **A(H1N1)pdm09**. La efectividad ajustada contra hospitalización por estos subtipos fue de **36,5 % (IC 95 %: 25,8 % a 45,7 %)** y **37,1 % (IC 95 %: 21,9 % a 49,4 %)**, respectivamente.

Estos resultados evidencian el impacto de la vacunación en la reducción de hospitalizaciones por influenza en la región, a pesar de que la cobertura vacunal en pacientes hospitalizados fue baja (**21,3 % en la población estudiada**). En Uruguay, esta cobertura fue aún menor (**7,9 %**), lo que subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de vacunación, especialmente en poblaciones de riesgo, como adultos mayores, personas con comorbilidades y niños menores de cinco años.

# SEGURIDAD DE VACUNAS CONTRA INFLUENZA ESTACIONAL

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 2024, se registraron un total de 7 notificaciones de ESAVI asociadas a la vacuna contra influenza trivalente inactivada (Tasa 1,83 por cada 100.000 dosis). De los eventos reportados, 1 fue catalogado como grave (síndrome de Guillain-Barré, clasificación causal A1) y 9 como no graves (tabla 1).

La mediana de edad fue de 14 años (IQR 4,0 – 43,5 años), 83,3% de los ESAVI correspondieron al sexo femenino. En todos los casos, se realizó seguimiento de continuo.

**Tabla 1:** ESAVI reportados al sistema de farmacovigilancia de vacunas antigripales registradas durante el año 2024

VACUNA	SEXO BIOLÓGICO	EDAD	ESAVI	CAUSALIDAD	GRAVE
Influenza trivalente	F	56 años	Vacunación errónea	A3	No
	M	7 años	Tic facial	B1	No
	F	13 meses	Petequias	A1	No
	M	4 años	Adenopatía axilar	A1	No
	M	21 años	Síndrome de Guillain Barré	A1	Sí
	M	2 años	Reacción en zona de aplicación	A1	No
	F	81 años	Síncope	B1	No
Vaxigrip™	F*	7 años	Celulitis miembro superior	A1	No
	M	45 años	Dolor de garganta	A1	No
			Cefalea	A1	
			Fatiga	A1	
F	38 años	Reacción en zona de aplicación	A1	No	

Clasificación de causalidad según el sistema de evaluación de ESAVI: A1 (relación causal confirmada), A3 (error programático), B1 (asociación temporal sin evidencia suficiente de causalidad).

# CAMPAÑA VACUNACIÓN 2025

## Inicio

La campaña de vacunación antigripal 2025 se iniciará a partir del 31 de marzo. Se desarrollará simultáneamente con las campañas en curso de vacunación contra COVID-19 y VRS iniciadas el 13 de marzo. Los lineamientos de la campaña de vacunación antigripal se basarán a partir 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 2025 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/Croatia/10136RV/2023 (H3N2)**
- **B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria)**

Se adquirieron **600.000** dosis de vacuna con una presentación que permitió su uso tanto en adultos como en niños. Como es habitual, la adquisición se efectivizó a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

## Grupos objetivo a vacunar

En la campaña 2025, al igual que en años anteriores, **se priorizará la vacunación de los grupos con mayor riesgo de 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 del sector ganadero que incluyen: trabajadores en granjas avícolas, crianza de bovinos, ovinos, porcinos. Trabajadores de la industria láctea (incluye tambos), veterinarios con actividad agropecuaria y profesiones afines.
- Residentes y funcionarios de establecimientos de larga estadía (incluyendo refugios, centros de privación de libertad y residenciales)

## Acceso a la vacunación y registro

La vacuna contra la influenza estará disponible de manera universal y gratuita en todos los puestos de vacunación habilitados en el territorio nacional. Si bien cualquier persona puede acceder a la vacunación, **se recomienda priorizar su aplicación en los grupos de mayor riesgo**, en línea con las estrategias de protección definidas para la campaña. No se requerirá receta médica para recibir la vacuna.

Al igual que en 2024, no se implementará un esquema de inicio escalonado por grupos. En el caso de los vacunatorios privados, cada prestador podrá organizar la logística de vacunación según su capacidad operativa. No obstante, la administración de la vacuna antigripal deberá realizarse en paralelo con el resto de las vacunas del esquema regular de vacunación.

Todos los actos vacunales serán registrados en el **Sistema Informático de Vacunas**, conforme a la normativa vigente. Las personas que requieran constancia de vacunación podrán solicitarla en cualquier puesto de vacunación, sin importar el prestador donde haya sido administrada la dosis.

Dado que la vacunación es más efectiva cuando se administra antes de los períodos de alta circulación del virus, **se recomienda que los grupos priorizados accedan a la vacuna lo antes posible**.

# CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN

## Esquema vacunal

- **Niños a partir de los 6 meses hasta los 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 ha recibido alguna dosis de vacuna contra influenza previamente, recibirá una sola dosis.
- **Niños a partir de los 9 años, adolescentes y adultos:**
  - Dosis única

## Dosis

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

## Coadministración con otras vacunas

Dado que la vacuna antigripal es una vacuna inactivada, su administración puede realizarse de manera simultánea con otras vacunas del esquema regular, tanto en niños como en adultos. Asimismo, puede coadministrarse con la vacuna contra el virus sincitial respiratorio y la vacuna contra COVID-19.

En caso de requerirse la administración conjunta, se recomienda aplicar las vacunas en brazos diferentes para evitar reacciones locales en el mismo sitio de inyección.

## Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria

En presencia de síntomas respiratorios como rinitis, sensación de malestar general o fiebre, se recomienda consultar con un médico y postergar la vacunación hasta recibir indicación sobre el momento oportuno para administrarla.

## Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas

La vacuna antigripal está contraindicada en personas con antecedentes de **reacción alérgica grave** a alguno de sus componentes, según lo detallado en la ficha técnica. Se considera una reacción alérgica grave aquella que compromete múltiples sistemas y puede incluir síntomas como urticaria generalizada, angioedema, dificultad respiratoria, broncoespasmo, hipotensión o shock anafiláctico, requiriendo atención médica inmediata.

## Vacunación en personas con antecedente de Síndrome de Guillain Barré

En personas con antecedentes de **síndrome de Guillain-Barré (SGB)** ocurrido dentro de las seis semanas posteriores a la administración de una dosis previa de vacuna antigripal, se recomienda una evaluación médica individualizada para valorar el riesgo-beneficio de la vacunación.



## Vacunación en situaciones especiales y otras consultas

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

# REFERENCIAS

- Zeno E, Nogareda F, Regan A, et al. Interim Effectiveness Estimates of 2024 Southern Hemisphere Influenza Vaccines in Preventing Influenza-Associated Hospitalization — REVELAC-i Network. *Morbidity and Mortality Weekly Report* Vol 73, No. 39 (October 2024).
- OMS. Recomendaciones sobre la composición vírica de las vacunas antigripales para la temporada gripal de 2025 en el hemisferio sur. Setiembre 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-southern-hemisphere-influenza-season>
- Departamento de Vigilancia en Salud, MSP. Situación actual de infecciones respiratorias agudas. Diciembre 2024. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/situacion-actual-irag-uruguay-2024>
- OPS. Situación de Influenza, SARS CoV-2, VRS y otros virus respiratorios - Región de las Américas. Actualización semanal. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informe-situacion-influenza>
- Nohynek H, Helve OM. One health, many interpretations: Vaccinating risk groups against H5 avian influenza in Finland. *Eurosurveillance*. 2024;29(25):2400383. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.25.2400383
- IDSA. H5N1 Clinician Calls. *Infectious Diseases Society of America*. 2025
- European Respiratory Virus Surveillance Summary (ERVISS). Overview of respiratory virus epidemiology in the EU/EEA, week 6, 2025. Disponible en: <https://erviss.org/>
- Ministerio Agricultura, Pesca y Alimentación (España). Actualización de la situación epidemiológica en Europa y declaración de riesgo alto de influenza aviar en España. Enero 2025. Disponible en: [https://www.mapa.gob.es/fr/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/notaia16012025confinamientozer\\_tcm36-699860.pdf](https://www.mapa.gob.es/fr/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/notaia16012025confinamientozer_tcm36-699860.pdf)
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communicable disease threats report. Febrero 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/communicable-disease-threats-report-week-7-2025.pdf>
- Department for Environment, Food & Rural Affairs and Animal and Plant Health Agency (Inglaterra). Bird flu (avian influenza): latest situation in England. Febrero 2025. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/news/bird-flu-avian-influenza-latest-situation-in-england>
- CDC, EE.UU. Influenza aviar H5: situación actual. Enero 2025. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/index.html?cove-tab=1>
- Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), Argentina. Comunicación de detección de influenza aviar en Chaco. Febrero 2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-detecto-un-caso-de-influenza-aviar-en-aves-de-traspatio-en-la-provincia-de-chaco>
- MGAP, Uruguay. Comunicación de alerta por influenza aviar. Febrero 2025. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/noticias/comunicado-sanidad-animal-foco-influenza-aviar->

argentina#:~:text=El%20foco%20de%20influenza%20aviar,en%20todo%20el%20territorio%20nacio  
nal

- Prevención y tratamiento antiviral del virus de influenza aviar en personas. <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/prevention/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la de la Salud. Actualización Epidemiológica: Influenza aviar A(H5N1) en la Región de las Américas, 24 de enero del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-03/2025-mar-4-phe-actualizacion-influenzaaviar-esp-final.pdf>