



Ministerio
de Salud Pública

Campaña de vacunación antigripal 2026

Lineamientos técnicos para
personal de salud





Ficha técnica del documento

Título completo:

Lineamientos técnicos para la campaña de vacunación antigripal 2026

Unidad responsable:

Unidad de Inmunizaciones, División de Epidemiología
Dirección General de la Salud
Ministerio de Salud Pública – Uruguay

Elaboración técnica:

Área de Vigilancia en Salud de la Población:

Lic. Enf. Nataly Rodríguez
Dra. Carmen Seijas

Unidad de Inmunizaciones:

Dr. Jeremy Tairovich
Dr. Steven Tapia Villacís
Dra. Catalina Pérez
Dra. Federica Badía

Alcance:

Aplicable a todos los servicios de salud públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Población objetivo:

Personal de salud asistencial, vacunadores, equipos de gestión y responsables de la vigilancia epidemiológica.

Versión:

1.0

Año de publicación:

2026

Lugar de publicación:

Montevideo, Uruguay

Editor institucional:

Unidad de Inmunizaciones – Ministerio de Salud Pública – Uruguay

Derechos de uso:

© 2026 Ministerio de Salud Pública – Uruguay. Se autoriza la reproducción total o parcial con fines educativos o técnicos, siempre que se cite la fuente y no se altere su contenido.

Cita sugerida:

Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Unidad de Inmunizaciones. Tairovich J, Tapia Villacís S, Badía F, Pérez C; Rodríguez N, Seijas C. *Lineamientos técnicos para la campaña de vacunación antigripal 2026*. Montevideo: MSP; 2026.



Contenido

Justificación y antecedentes	4
Carga de enfermedad de influenza.....	4
Impacto de la vacunación contra influenza	4
Epidemiología de la influenza estacional temporada 2025-2026 y emergencia de influenza A(H3N2) subclado K	5
Situación global	5
Situación regional.....	5
Situación nacional	6
Situación epidemiológica de influenza aviar.....	8
Efectividad de la vacuna contra influenza estacional temporada 2025-2026	9
Efectividad en el hemisferio sur	9
Efectividad en el hemisferio norte ante el subclado K.....	10
Campaña de vacunación 2026 en Uruguay	12
Inicio	12
Composición de la vacuna	12
Grupos prioritarios por vacunar	12
Acceso a la vacunación y sistema de registro del acto vacunal	13
Consideraciones para la vacunación	14
Vigilancia de efectos adversos	15
Recomendaciones para difusión de la campaña influenza 2026	16
Recomendaciones para el abordaje de la reticencia y mitos sobre la vacuna antigripal	16
Recomendaciones generales para el personal de salud	16
Mitos frecuentes y respuestas sugeridas.....	17
Referencias	18

Justificación y antecedentes

Carga de enfermedad de influenza

La influenza o gripe estacional es una enfermedad inmunoprevenible que constituye un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Se estima que provoca anualmente entre 290.000 y 645.000 muertes. En la Región de las Américas se registran cada año entre 716.000 y 829.000 hospitalizaciones por causas respiratorias atribuibles a influenza y entre 40.880 y 160.270 muertes asociadas.

Para el período 2015–2019, en Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay y Uruguay (con una población conjunta aproximada de 307 millones de habitantes) la carga anual estimada de influenza osciló entre 51 y 78 millones de casos leves, entre 323.379 y 490.049 hospitalizaciones y entre 22.662 y 46.971 muertes.

En Uruguay, para el período 2023–2024, la carga de enfermedad por influenza fue estimada con apoyo técnico conjunto de la OMS/OPS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), en coordinación con el equipo técnico del área de vigilancia en salud del MSP. En promedio anual, en menores de 5 años se estimaron 110.754 casos leves, 1.758 hospitalizaciones y 10 muertes atribuibles a influenza. En personas de 65 años y más, el promedio anual fue de 45.881 casos leves, 5.256 hospitalizaciones y 1.460 defunciones, concentrándose en este grupo la mayor carga de enfermedad grave y mortalidad.

Impacto de la vacunación contra influenza

La estrategia de vacunación enfocada a grupos de riesgo es una política de salud pública bien establecida desde su recomendación hace más de 20 años por parte del Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la OPS (GTA), con el fin de reducir la carga de enfermedad y prevenir complicaciones en los dichos grupos. 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 Uruguay según estimaciones realizadas durante las temporadas 2023–2024, la vacunación antigripal demostró un impacto consistente en los extremos de la vida. En menores de 5 años, se evitaron anualmente entre 7.000 y 9.700 casos totales por temporada, incluyendo entre 110 y 151 hospitalizaciones. En personas de 65 años y más donde la carga basal de enfermedad y la proporción de eventos graves es mayor, se estima que la vacunación evitó anualmente más de 5.000

casos y aproximadamente 600 hospitalizaciones. Estos resultados evidencian que, aun con coberturas vacunales moderadas, la vacunación reduce de manera concreta la carga clínica y asistencial, con impacto especialmente relevante en la prevención de hospitalizaciones en adultos mayores.

Epidemiología de la influenza estacional temporada 2025-2026 y emergencia de influenza A(H3N2) subclado K

Situación global

La temporada 2025 se caracterizó por la predominancia global de influenza A(H3N2). Desde agosto de ese año se registró un aumento sostenido del subclado A(H3N2) J.2.4.1 (alias K), que presenta cambios genéticos respecto a variantes previas y forma parte de la evolución habitual del virus influenza estacional.

Durante los últimos meses del año se observó un incremento de la actividad gripal a nivel mundial, en coincidencia con el invierno del hemisferio norte y con predominio creciente de A(H3N2). Si bien la actividad global se mantuvo dentro de los rangos estacionales esperados, algunas regiones experimentaron un inicio más temprano y niveles superiores a los habituales. En Europa, la circulación comenzó antes de lo previsto y el subclado K llegó a representar cerca de la mitad de las secuencias reportadas entre mayo y noviembre de 2025. Hasta el momento, esta variante no se ha asociado a un aumento de la morbimortalidad ni con disminución de la efectividad vacunal.

Situación regional

La actividad de influenza en la región de las Américas para enero de 2026 mostró una disminución sostenida desde su pico a finales de 2025, predominando la influenza A(H3N2) entre las muestras subtipificadas.

En América del Norte y el Caribe la actividad de influenza disminuyó en dicho período. Sin embargo, en América Central, la actividad de influenza continúa aumentando, alcanzando positividad superior al 60. En la subregión andina, la actividad de influenza también aumentó en enero de 2026 alcanzando una positividad de 17,9%. En Brasil y el Cono Sur, la actividad de influenza a inicios de 2026 disminuyó en comparación a semanas previas, con una positividad de 2,7%.

Situación nacional

En Uruguay la vigilancia de la circulación de virus respiratorios 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. Actualmente el sistema cuenta con 11 centros centinela distribuidos en 6 departamentos del país.

Hasta finales del año 2025 (SE 53) la incidencia acumulada de IRAG en adultos presentó una distribución similar a la observada en años anteriores (Gráfico 1). Sin embargo, en menores de 15 años se observó que entre la SE 27 y la SE 45 se superó la incidencia registrada en años anteriores para igual período (Gráfico 2). Es importante tomar en cuenta que este año se usa una definición de caso de IRAG más sensible que la de años anteriores. Por esta razón, no es posible realizar una comparación directa con valores históricos.

Gráfico 1: Incidencia acumulada en personas de 15 años y más internada por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.

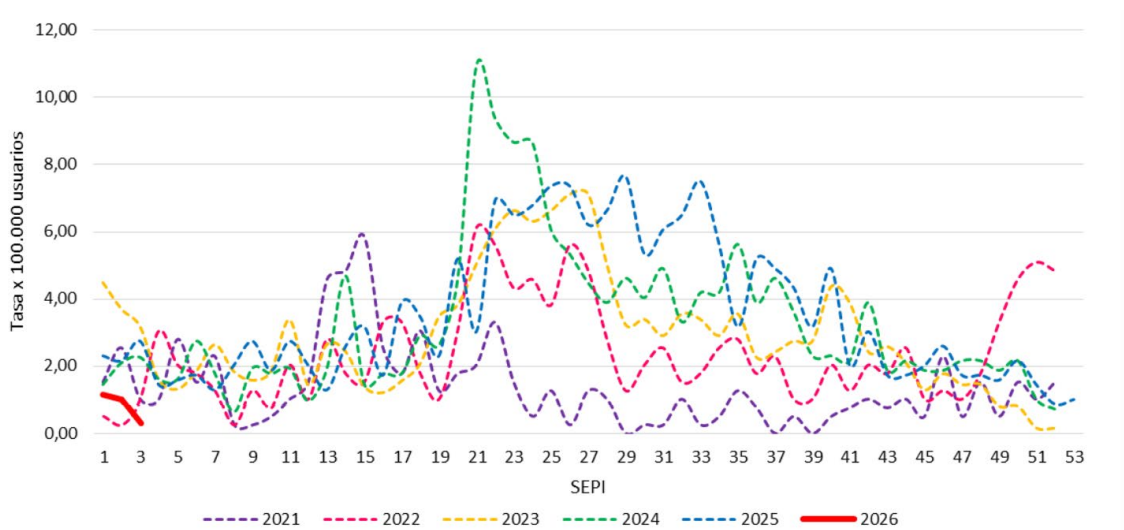
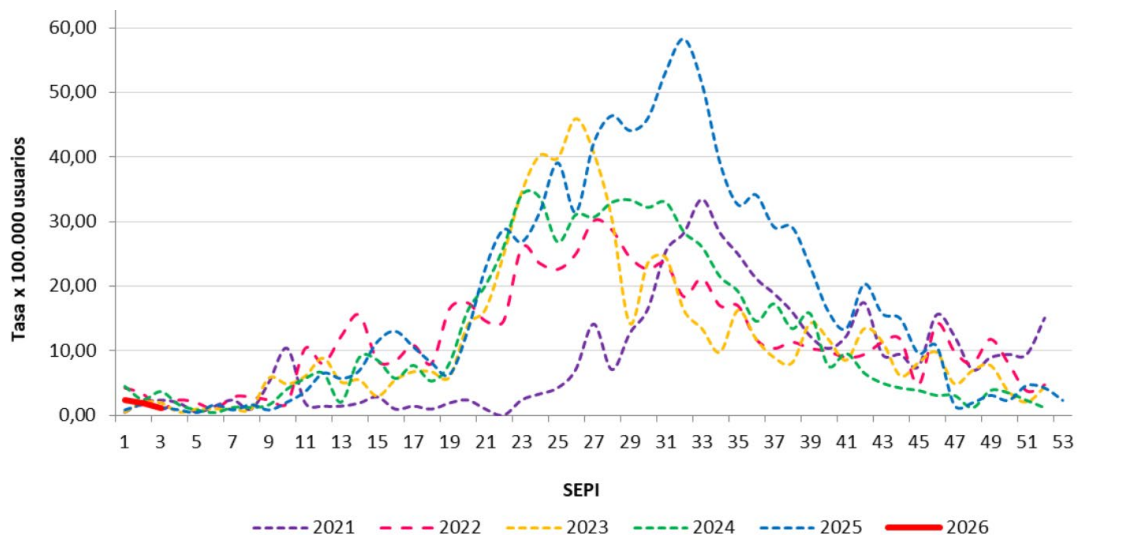




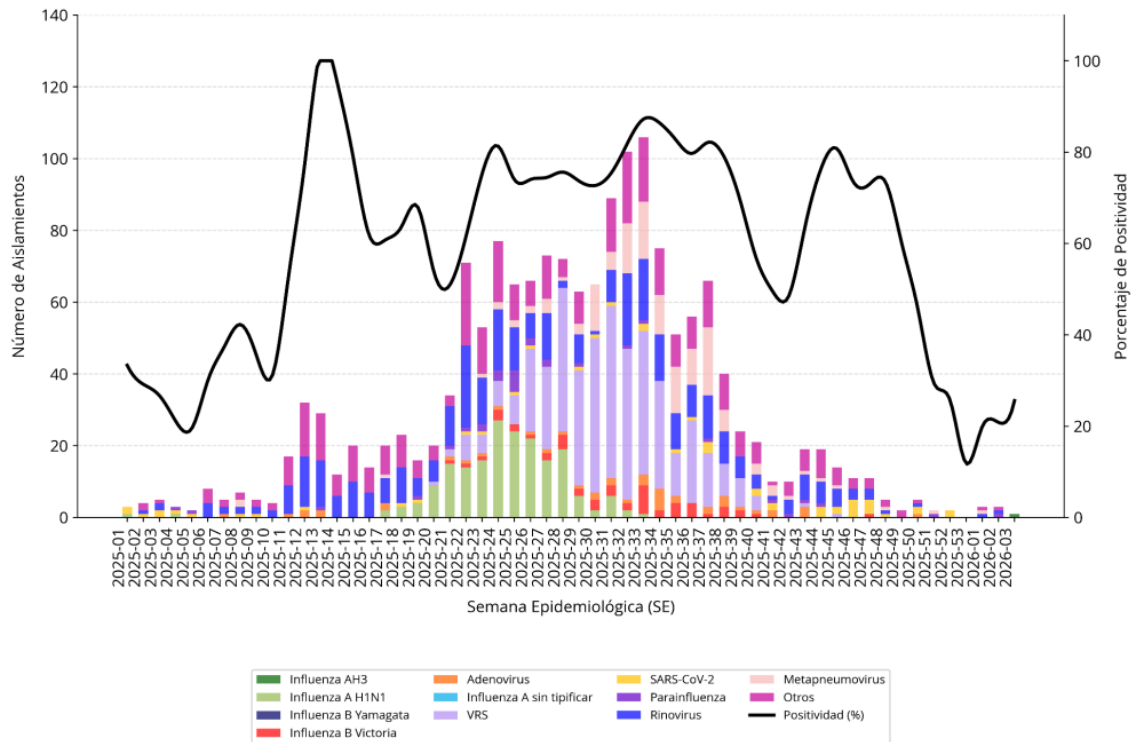
Gráfico 2: Incidencia acumulada en personas menores de 15 años por infecciones respiratorias agudas graves en centros centinela por semana epidemiológica. Uruguay, 2021 - 2026.



Durante la temporada 2025, la circulación de influenza se caracterizó por el inicio de detección en muestras de IRAG a partir de la SE 17 (última semana de abril), con un pico de positividad hacia SE 25 (mediados de julio) y descenso posterior. Este patrón es consistente con el aumento de la circulación viral durante los meses más fríos del año que ha caracterizado históricamente la circulación de influenza en Uruguay y la región.

En la caracterización virológica de las muestras respiratorias se observó un claro predominio de influenza A(H1N1) a lo largo de 2025. Sin embargo, desde enero de 2026 los casos de IRAG en la región se explican principalmente por influenza A(H3N2), aunque en nuestro país hasta esa fecha la tasa de positividad para influenza sigue siendo baja (Gráfico 3). Asimismo, a finales de enero se confirmó la detección del subclado K en nuestro país.

Gráfico 3: Virus identificados en infecciones respiratorias agudas graves en centros centinelas y porcentaje de positividad de las muestras analizadas, desde la SE 01 de 2025 hasta la SE 03 de 2026.



Situación epidemiológica de influenza aviar

La influenza aviar, es principalmente causada por subtipos de influenza A (H5 y H7), provocando 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.

A pesar de que las vacunas contra la gripe 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 entre ambos virus. Esto podría dar lugar a una nueva variante con capacidad de transmisión entre humanos desconocidos, 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.
- 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

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 marzo del mismo año.

En enero de 2026 el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, a través de la Dirección General de Servicios Ganaderos (DGSG), resolvió declarar la emergencia sanitaria en todo el territorio nacional ante el hallazgo de Influenza Aviar de alta patogenicidad H5 en especies silvestres en los departamentos de Maldonado, Rocha y Canelones.

La resolución se fundamenta en el informe técnico de la División Sanidad Animal y en las competencias de la Autoridad Sanitaria para disponer medidas de vigilancia epidemiológica, restricciones sanitarias e inspecciones, con el objetivo de proteger la sanidad animal, la salud pública y el medio ambiente.

Efectividad de la vacuna contra influenza estacional temporada 2025-2026

Efectividad en el hemisferio sur

La efectividad de la vacuna contra la gripe estacional varía según la temporada y tipo de virus circulante. Desde 2013 varios países han participado en la red 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 15.165 pacientes IRAG hospitalizados entre marzo y setiembre 2025, la efectividad de la vacuna antigripal en la prevención de hospitalizaciones asociadas a influenza 40,3% (IC 95% 35,7 - 44,5) lo que indica que la vacunación logró prevenir aproximadamente cuatro de cada diez hospitalizaciones por influenza en los grupos priorizados para vacunación.

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 (16,1 % en la población estudiada). En Uruguay, esta cobertura fue levemente superior (17,7%), 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.

Efectividad en el hemisferio norte ante el subclado K

La temporada 2025–2026 en Europa estuvo dominada por influenza A(H3N2), que representó el 85% de los virus A subtipificados. Del total de H3N2 secuenciados, el 94% correspondió al subclado K, lo que generó preocupación por un posible escape inmune de la vacuna antigripal.

El análisis de EV integró nueve estudios realizados en 19 países europeos, en el marco de la red I-MOVE y estudios nacionales, utilizando diseño test-negative en atención primaria y hospital, entre septiembre de 2025 y enero de 2026.

La EV global frente a influenza A osciló entre 25% y 45%, con resultados consistentes entre ámbitos asistenciales y comparables a temporadas previas. El mejor desempeño se observó en menores de 18 años (47%–72% en general y hasta 82% frente a H3N2). En adultos de 18 a 64 años la VE fue más variable y en general menor, especialmente en prevenir hospitalización. En personas de 65 años y más, la VE global se situó entre 25% y 45%, y frente a H3N2 entre 10% y 33%.

Específicamente para A(H3N2), la EV en todas las edades se ubicó entre 38% y 50%, con protección moderada incluso frente al subclado K (38%–39% en atención primaria y 50% en hospital en algunos análisis), lo que indica que el drift genético no se tradujo en una pérdida sustancial de efectividad. Para A(H1N1)pdm09, la VE global fue de 25%–35%, con estimaciones más altas en algunos estudios hospitalarios y en mayores de 65 años.

En conjunto, los resultados muestran que no se produjo un colapso de efectividad pese al predominio del subclado H3N2 K. La protección fue baja a moderada pero clínicamente relevante, con mejor desempeño en población pediátrica y protección moderada en adultos mayores. El desempeño fue comparable al de temporadas recientes, lo que respalda la continuidad de la recomendación de vacunación como medida central de prevención, complementada con intervenciones no farmacológicas.

Vacuna influenza hemisferio Sur 2026

La vacuna antigripal trivalente recomendada por la OMS para el Hemisferio Sur en 2026 está compuesta por dos cepas de virus A y una cepa de virus B del linaje B/Victoria. Para el componente dirigido a H3N2, esta temporada incluye la cepa A/Singapore/GP20238/2024 en las vacunas producidas en huevo, y la cepa A/Sydney/1359/2024 en las vacunas fabricadas mediante cultivo celular.

Ambas cepas coinciden plenamente, brindando una protección óptima frente a infecciones leves o moderadas debido a su alta capacidad de neutralización y avidéz, así como frente a cuadros severos por pertenecer al clado J.2. De esta forma, se asegura el mayor nivel de protección disponible.

Campaña de vacunación 2026 en Uruguay

Inicio

La campaña de vacunación antigripal 2026 se iniciará a partir del **23 de marzo**. Se basará a partir de una planificación estratégica en conjunto con la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes (CHLA-EP).

Composición de la vacuna

Uruguay contará con vacuna antigripal trivalente para la temporada 2026 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:

- Cepa análoga A/Missouri/11/2025 (**H1N1**)pdm09,
- Cepa análoga a A/Sydney/1359/2024 (**H3N2**) y
- Cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (**linaje B/Victoria**).

Se adquirieron 600.000 dosis de vacuna antigripal en una presentación apta para su administración tanto en población adulta como pediátrica. Como es habitual, la compra se realizó a través del Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La vacuna seleccionada para la temporada es de marca comercial Flucelvax®, del fabricante CSL Seqirus (Argentina), producida mediante cultivo celular. A diferencia de las vacunas utilizadas en campañas previas, esta formulación no se produce a partir de embriones de huevo, sino mediante una plataforma de cultivo celular.

Grupos prioritarios por vacunar

La vacunación antigripal 2026 desde su inicio estará disponible para toda persona que desee vacunarse. No obstante, las estrategias de captación se orientarán prioritariamente a poblaciones con mayor riesgo de desarrollar influenza grave y sus complicaciones. En este sentido, se priorizará la vacunación de los siguientes grupos:

- Adultos mayores de 65 años
- Niños a partir de los 6 meses hasta los 5 años
- Portadores de enfermedades crónicas

- Inmunosuprimidos
- Personas gestantes y puérperas hasta los 6 meses posteriores al parto
- Personal de la salud
- Personal de servicios esenciales (docentes, bomberos, policías, militares)

Además, para este año teniendo en cuenta el contexto epidemiológico de influenza aviar, 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 sistema de registro del acto vacunal

Como se mencionó previamente, 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 que grupos de mayor riesgo de enfermedad grave denominado anteriormente como priorizado, reciban la vacuna lo antes posible, en línea con las estrategias de protección definidas para la campaña. No se requerirá receta médica para recibir la vacuna.

Al igual que en 2025, 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 (SIV), 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 vacunación

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 y vía de administración

- A diferencia de las vacunas anti-influenza administradas en campaña de años previos, la vacuna a utilizar en la campaña 2026 requiere una dosis estándar para toda persona mayor a 6 meses. En niños menores de 1 año, la dosis no se fracciona.
- **Dosis para niños a partir de 6 meses:** 0,5 mL/dosis.
- **Vía de administración:** intramuscular preferentemente en área deltoidea. El sitio sugerido para vacunar a bebés y niños pequeños con masa muscular deltoidea insuficiente es la región anterolateral del muslo.

Presentación:

- Vial multidosis x 10 de 0,5 mL

Almacenamiento:

- Condiciones de almacenamiento estándar entre +2°C y +8°C.
- No congelar y no utilizar si la vacuna ha sido congelada. En caso de congelación, el producto debe descartarse.
- Mantener el vial en su envase original para protegerlo de la luz.
- Entre cada extracción de dosis, el vial debe ser devuelto inmediatamente a refrigeración dentro del rango de temperatura recomendado.

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 en gestantes (RSVpreF) 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

La presencia de síntomas respiratorios como rinorrea, sensación de malestar general o fiebre no es contraindicación de la vacunación. En casos moderados-severos, 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 a fin de solventar cualquier duda relacionada con la administración de la vacuna.

Vigilancia de efectos adversos

Tras la administración de la vacuna se recomienda mantener unos minutos en observación a la persona vacunada.

Se continuará con la farmacovigilancia pasiva, **instando a notificar todos los eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización (ESAVI)** a la Unidad de Farmacovigilancia a través de las siguiente vía:

Formulario web: <https://vigiflow-eforms.who-umc.org/uy/reportefvuy>

El manual para la descarga, con manual de usuario, instructivo y el envío de notificaciones está accesible en la página web ministerial a través de los siguiente enlaces:



- <https://www.gub.uy/tramites/notificacion-eventos-supuestamente-atribuidos-vacunacion-inmunizacion-esavi>
- <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/unidad-farmaco-vigilancia>

La investigación, evaluación y seguimiento de los ESAVI se llevará a cabo de manera conjunta entre la unidad de inmunizaciones y de farmacovigilancia, asegurando un abordaje integral que priorice la seguridad de la población y la efectividad de la campaña de vacunación.

Recomendaciones para difusión de la campaña influenza 2026.

Se insta a todas las instituciones prestadoras de salud a difundir los beneficios de la vacunación contra el virus de la gripe.

Se sugiere utilizar: recordatorios por mensajes, cartelería, banners, difusión en pantallas en salas de espera, promoción en página web institucional y redes sociales. Toda otra vía de acercamiento de información a la población al alcance de las instituciones se sugiere sea utilizada.

Recomendaciones para el abordaje de la reticencia y mitos sobre la vacuna antigripal

La reticencia a la vacunación puede influir negativamente en las coberturas alcanzadas durante la campaña y en la confianza general al Programa Nacional de Inmunizaciones. El personal de salud cumple un rol central en la comunicación clara y basada en evidencia, orientada a facilitar decisiones informadas. A continuación, se presentan recomendaciones prácticas para el abordaje de dudas y mitos frecuentes vinculados a la vacunación contra la influenza:

Recomendaciones generales para el personal de salud

- **Escuchar activamente** sin juzgar las preocupaciones de la persona antes de brindar información.
- **Responder de forma clara, breve y basada en evidencia**, evitando tecnicismos innecesarios.
- **Reconocer la incertidumbre cuando corresponda**, pero enfatizar el consenso científico y la experiencia acumulada con vacunas antigripales.
- **Enfatizar los beneficios individuales y colectivos** de la vacunación, especialmente en personas con mayor riesgo de complicaciones.



- **Utilizar comparaciones simples de riesgo**, destacando que la enfermedad representa un riesgo significativamente mayor que la vacunación.
- **Aprovechar el contacto asistencial** para recomendar activamente la vacunación, ya que la recomendación del personal de salud es uno de los factores que más influye en la aceptación.

Mitos frecuentes y respuestas sugeridas

“No me vacuno porque la vacuna me da gripe.”

La vacuna **no puede producir gripe**. Las vacunas antigripales utilizadas en las campañas contienen virus **inactivados**, por lo que **no tienen capacidad de replicarse ni de causar la enfermedad**.

Algunas personas pueden presentar **síntomas leves y transitorios** luego de la vacunación, como dolor en el sitio de inyección, febrícula o malestar general. Estos síntomas corresponden a la **respuesta del sistema inmune** y suelen resolverse en 24–48 horas.

También puede ocurrir que una persona se infecte con el virus de influenza **antes de que la vacuna genere protección (aprox. 10–14 días)** o que adquiera **otros virus respiratorios** que producen síntomas similares.

Asimismo, no es una vacuna 100% efectiva. Una persona vacunada igual puede contraer influenza, pero la vacuna disminuye la probabilidad de presentaciones graves y complicaciones.

“La vacuna no es segura.”

Las vacunas antigripales tienen **un perfil de seguridad ampliamente estudiado y monitoreado**. Los eventos adversos graves son muy poco frecuentes. Los eventos adversos mayoritariamente son leves e incluyen dolor local y enrojecimiento que habitualmente desaparecen dentro de 48-72 hs.

“No me vacuno porque ya me vacuné el año pasado.”

La vacunación antigripal **debe realizarse todos los años** por dos motivos principales:

1. **La inmunidad disminuye con el tiempo** luego de la vacunación.
2. **Las cepas del virus influenza cambian cada temporada**, por lo que la composición de la vacuna se actualiza anualmente para proteger frente a los virus que se espera que circulen.

Referencias

1. Juliano AD, Roguski KM, Chang HH, et al. Estimates of global seasonal influenza-associated respiratory mortality: a modeling study. *Lancet*. 2018;391:1285–300.
2. Palekar RS, Rolfes MA, Arriola CS, et al. Burden of influenza-associated respiratory hospitalizations in the Americas, 2010–2015. *PLoS One*. 2019;14(9):e0221479.
3. Descalzo MA, de Paula Júnior FJ, Vergara Mallegas N, et al. Annual Estimation of Seasonal Influenza Burden in 6 South American Countries: A Retrospective Analysis of SARI-net Surveillance Data to Inform Policies. *J Infect Dis*. 2025;231(Supplement_2):S123-S132. doi:10.1093/infdis/jiaf037
4. An operational tool to estimate influenza disease burden averted through vaccination. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://doi.org/10.2471/B09385>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Cheng PY, Palekar R, Azziz-Baumgartner E, et al. Burden of influenza-associated deaths in the Americas, 2002-2008. *Influenza Other Respir Viruses*. 2015;9 Suppl 1(Suppl 1)13-21.
6. Medina J, Tapia S. Influenza A (H3N2) Subclado K: Desafíos Globales, Vigilancia y Respuestas Clínicas en la Temporada 2026. Disponible en: <https://www.infectologia.edu.uy/divulgacion-medica/novedades-y-avances/influenza-a-h3n2-subclado-k-desafios-globales-vigilancia-y-respuestas-clinicas-en-la-temporada-2026>
7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Nota Informativa: Influenza A(H3N2) subclado K (J.2.4.1), consideraciones para la Región de las Américas - 11 de diciembre del 2025. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2025.
8. OPS (2026). Actualización regional: influenza y otros virus respiratorios. Semana epidemiológica 3 (30 de enero de 2026). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/70536>.
9. MSP. Boletín epidemiológico: semana epidemiológica 3 año 2026. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/boletin-epidemiologico-2026>
10. MSP. Comunicación: detección de influenza A(H3N2) en Uruguay. Enero de 2026. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/se-detecto-h3n2-pais>
11. MGAP. Comunicación: MGAP declara emergencia sanitaria nacional por Influenza Aviar H5. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-ganaderia-agricultura-pesca/comunicacion/noticias/mgap-declara-emergencia-sanitaria-nacional-influenza-aviar-h5>



12. Russ S, Nogareda F, Regan AK, 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7436a3>
13. Lucaccioni H, Marques D, Kirsebom F, et al. Influenza vaccine effectiveness from nine studies during drifted A(H3N2) subclade K predominance, Europe, September 2025 to January 2026. *Euro Surveill.* 2026;31(7):pii=2600109. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2026.31.7.2600109>.
14. Alerta Epidemiológica-clínica Diciembre 2025 La variante actual de la Influenza H3N2. <https://slipe.org/web/wp-content/uploads/2025/12/25-Alerta-influenza.pdf>



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy