



Recomendaciones de Vacunación Antigripal en Adultos y Niños

Actualización 2026

Hebe Vázquez, Gabriela Vidal, Miriam Rozenek, Pablo Bonvehí, Francisco Nacinovich, Florencia Cahn, Cecilia Magneres.

Las presentes recomendaciones se emiten en función de la mejor evidencia disponible con un enfoque individual de prevención de la influenza y sus complicaciones, en comparación con las recomendaciones que se efectúan desde el punto de vista de la salud pública (que toman en consideración variables adicionales como prioridades en salud, asignación de presupuestos, logística, entre otros) que no forman parte del enfoque de este documento.

Influenza A(H3N2) subclado K: implicancias para la vacunación antigripal

Desde mayo de 2025, datos de GISAID identificaron la expansión del subclado K (J.2.4.1) de influenza A(H3N2) que predominó durante la temporada 2025–2026 del hemisferio norte y se extendió a distintas regiones del planeta, donde continúa su circulación. Este virus mostró divergencia antigénica respecto a la cepa incluida en la vacuna, lo que generó discordancia parcial y un adelanto de la actividad gripal respecto de temporadas previas.

Aunque la vacuna antigripal 2025-2026 utilizada en el hemisferio norte no presentó concordancia con el subclado K de influenza A H3N2, continuó confiriendo protección contra enfermedad grave y hospitalización tanto en niños como en adultos.

Como lo hace todos los años, la Organización Mundial de la Salud actualizó los componentes de la vacuna para el hemisferio Sur para la temporada 2025 incluyendo el virus A(H3N2). Si bien el subclado K no está incluido específicamente en la vacuna, de acuerdo a diversos datos de laboratorio, se espera que la composición del hemisferio sur ofrezca mayor cobertura para el mismo.

Este escenario refuerza la importancia de la vigilancia virológica global, de la actualización periódica de la composición de la vacuna para mantener la protección frente a las variantes circulantes y la vacunación oportuna especialmente en personas que tienen mayor riesgo de gripe y sus complicaciones

Recomendaciones 2026 para la vacunación:

Desde el año 2020 no se ha detectado circulación del virus de la gripe linaje B/Yamagata, por lo que la OMS recomienda incluir sólo el linaje B/Victoria. De esta manera las vacunas recomendadas son trivalentes. Dado que 2026 es un año de transición puede haber disponibilidad de vacunas cuadrivalentes inactivadas desarrolladas en huevos embrionados que pueden administrarse sin inconvenientes ni beneficio adicional.

A. Grupos de personas a vacunar

Consideramos prioritario vacunar a aquellos grupos con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad o a aquellos que pueden transmitir la enfermedad a estos individuos especialmente vulnerables

a. **Grupos con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad**

- Todas las personas a partir de los 60 años*
- Residentes en geriátricos o instituciones de cuidados prolongados
- Todos los niños de 6 a 59 meses inclusive
- Niños ≥ 5 años y adultos < 60 años con factores de riesgo u otras condiciones que incrementan la posibilidad de complicaciones de influenza tales como:
 - . Afecciones respiratorias crónicas como asma, enfermedad fibroquística, EPOC, entre otras
 - . Afecciones cardíacas crónicas como insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y cualquier otra afección vascular (ej. Enfermedad cerebrovascular, tromboembolismo pulmonar, mesentérico, etc.), reemplazo valvular, valvulopatías, cardiopatías congénitas, entre otras (la HTA aislada no es una indicación usual de vacuna, a pesar que representa una de las principales causas de ACV y enfermedad coronaria. Estudios poblacionales recientes durante 9 temporadas de influenza sugieren que los pacientes con HTA se beneficiarían con la vacunación antigripal).
 - . Patología renal, hepática, hematológica, diabetes y otras enfermedades metabólicas crónicas
 - . Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (enfermedades oncohematológicas, tumores sólidos, infección por VIH, asplenia funcional u orgánica, trasplantados) Tratamientos inmunosupresores (quimioterápicos, corticoi-

des, biológicos) o cualquier otra causa que produzca déficit de inmunidad

. Trastornos neuromusculares que impidan el adecuado manejo de secreciones respiratorias

. Obesidad: IMC ≥ 30

. Niños y adolescentes menores de 18 años de edad que reciben aspirina (salicilatos), por el mayor riesgo de Síndrome de Reye después de la infección por el virus

. Embarazadas en cualquier trimestre del embarazo y puérperas (hasta los 6 meses desde el parto) que no hayan recibido la vacuna durante el embarazo

*Las personas de edad entre 60 a 64 años han demostrado mayor riesgo de neumonía o pueden tener comorbilidades y desconocerlas, teniendo mayor riesgo de desarrollar complicaciones por influenza. Por otra parte, se unifica de este modo la vacunación para neumococo y SARS-CoV2 (ver guías respectivas) facilitando la estrategia operativa.

b. Grupos que pueden transmitir influenza a personas de alto riesgo

- Personal de Salud
- Empleados de hogares de ancianos o instituciones de atención prolongada
- Convivientes y cuidadores de personas con alto riesgo de complicaciones.

c. Fuera de los grupos antes mencionados la vacuna puede ser también administrada en las siguientes situaciones:

- Viajeros de acuerdo a la época del año y del destino
- Personal estratégico**
- Personal docente***
- Trabajadores de la industria avícola y de la salud de las aves****
- Cualquier persona que desee evitar padecer la gripe o sus complicaciones a partir de los 6 meses de vida

** Se considera personal estratégico al personal cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (fuerzas de seguridad, bomberos, entre otros.)

*** Países como Chile y Países Bajos incluyen la vacunación del personal docente de nivel inicial y primario con la finalidad de disminuir ausentismo laboral y disminuir la transmisión a niños y adulto

**** Tienen riesgo potencial de contraer gripe aviar y ser el punto de partida del origen de mutaciones del virus de influenza por la co-infección. Recordar que la vacuna de influenza no es útil para la prevención de gripe aviar

B. Recomendaciones por tipos de vacunas Antigripales acorde a grupo etario y riesgo (por orden de prioridad)

Adultos a partir de los 60 años:

- a) Vacuna trivalente inactivada con adyuvante MF59 (TIVa) o Vacuna trivalente de alta dosis de antígeno (TIV-HD)
- b) Vacuna trivalente inactivada desarrollada en línea celular MDCK (TIVc)
- c) Vacuna trivalente o cuadrivalente en huevos embrionados (TIVe o QIVe)

Personas entre 6 meses y 59 años en riesgo, incluyendo embarazadas, lactantes, puérperas y niños (en orden de preferencia)

- a) Vacuna trivalente adyuvantada (solo en ≥ 50 años como primera opción) (TIVa)
- b) Vacuna trivalente inactivada desarrollada en línea celular MDCK (TIVc)
- c) Vacuna trivalente o cuadrivalente en huevos embrionados (TIVe o QIVe).

Otros individuos no incluidos en los mencionados anteriormente:

Pueden recibir cualquiera de las vacunas antigripales disponibles

Notas:

- **Primo vacunación** Entre los 6 meses y los 8 años inclusive aplicar 2 dosis separadas por al menos 4 semanas.

- Administración simultánea con otras vacunas Puede administrarse con cualquier otra vacuna.
- Si bien las indicaciones por tipo de vacuna antes mencionadas son las ideales, considerar siempre cualquier vacuna contra influenza que esté disponible para no perder oportunidades de vacunación (de acuerdo a las aprobaciones regulatorias), especialmente para los grupos de personas con mayor riesgo de complicaciones y muerte.

Bibliografía:

- Huiberts A, van Cleef B, Tjon-A-Tsien A et al. (2022). Influenza vaccination of school teachers: A scoping review and an impact estimation. PLoS ONE 17 (8): e0272332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272332>
- Johansen ND, Modin D, Nealon J, et al. A Pragmatic Randomized Feasibility Trial of Influenza Vaccines. NEJM Evid 2023; 2 (2) DOI: 10.1056/EVIDoa2200206.
- Johansen ND, Modin D, Pardo-Seco J, et al DANFLU-2 Study Group; GALFLU Trial Team. Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults (FLUNITY-HD): an individual-level pooled analysis. Lancet. 2025 Nov 22;406(10518):2425-2434. doi: 10.1016/S0140-6736(25)01742-8. Epub 2025 Oct 17. PMID: 41115437.
- Koutsakos M, Wheatley AK, Laurie K et al. Influenza lineage extinction during the COVID-19 pandemic?. Nat Rev Microbiol 19, 741–742 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00642-4>.
- Lee JKH, Lam JKL, Shin T, et al. Efficacy and effectiveness of high-dose versus standard-dose influenza vaccination for older adults: a systematic review and meta-analysis. Expert Rev Vaccines 2018; 17:435-44.
- Lineamientos Técnicos de Vacunación. Vacunación Antigripal 2026. Ministerio de Salud República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vacuna_antigripal_-_2026.pdf
- Mannino S, Villa M, Apolone G, et al. Effectiveness of adjuvanted influenza vaccination in elderly subjects in northern Italy. Am J Epidemiol. 2012; 176:527-533.
- McNeil M. Vaccine-Associated Anaphylaxis. Curr Treat Options Allergy. 2019 September; 6(3):297–308. doi:10.1007/s40521-019-00215-0.

- Modin D, Claggett B, Jørgensen ME, et al. Flu Vaccine and Mortality in Hypertension: A Nationwide Cohort Study. *Journal of the American Heart Association*. 2022;11:e021715. doi:10.1161/JAHA.121.021715
- Monto AS, Whitley RJ. Seasonal And Pandemic Influenza: a 2007 update on challenges and solutions. *Clin Infect Dis* 2008; 46:1024-31.
- Nichol KL. The Efficacy, effectiveness and cost-effectiveness of inactivated influenza virus vaccines. *Vaccine* 2003; 21:1769-75.
- Neuzil KM, Jackson LA, Nelson J, et al. Immunogenicity and reactogenicity of 1 versus 2 doses of trivalent inactivated influenza vaccine in vaccine-naive 5-8-year-old children. *J Infect Dis* 2006; 194:1032-9.
- Nguyen VH, Vizzotti C, Uruena A et al. Cost-effectiveness of introducing an MF59-adjuvanted trivalent influenza vaccine for older adults in Argentina. *Vaccine* 2020;38:3682–3689.
- Ohmit SE, Victor JC, Rotthoff JR, et al. Prevention of antigenically drifted influenza inactivated and live attenuated vaccines. *N Engl J Med* 2006;355:2513-22. https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/2025-dic-11-phe-notaepi-h3n2-esfinal_0.pdf.
- Pastori LJ, Silvestrini Viola C, Alconada t, et al. Cost-Effectiveness and Budget Impact Analysis of the Trivalent Adjuvanted Influenza Vaccine in People over 50 Years of Age for Argentina. *Vaccines* 2026, 14(3), 227. <https://doi.org/10.3390/vaccines14030227>
- Pepin S, Szymanski H, Rochín Kobashi IA, et al. Safety and immunogenicity of an intramuscular quadrivalent influenza vaccine in children 3 to 8 y of age: A phase III randomized controlled study. *Hum Vaccine Immunother* 2016;12(12):3072.
- Pérez-Rubio A, San Román JA, Eiros Bouza JM. The impact of influenza vaccination on cardiovascular disease. *Medicina Clínica* 2021; 157:22–32.
- Poder A, Oberije J, Meyer J, et al. Immunogenicity and Safety of MF59-Adjuvanted Quadrivalent Influenza Vaccine Compared with a Nonadjuvanted, Quadrivalent Influenza Vaccine in Adults 50-64 Years of Age. *Vaccines*, 11(10), 1528.
- Rajaram S, Boikos C, Gelone DK, et al. Influenza vaccines: the potential benefits of cell-culture isolation and manufacturing. *Ther Adv Vaccin Immunother*. 2020 Feb 22;8:1-10
- Reichert TA, Sugaya N, Fedson DS, et al. The Japanese experience with vaccinating school-children against influenza. *N Engl J M* 2001; 344:889-96.
- Ritzwoller DP, Bridges CB, Shetterly S, et al. Effectiveness of the 2003-2004 influenza vaccine among children 6 months to 8 years of age, with 1 vs 2 doses. *Pediatrics* 2005;116:153-9.
- Seki Y, Onose A, Sugaya N. Influenza vaccine effectiveness in adults based on the rapid influenza diagnostic test results, during the 2015/16 season. *J Infect Chemother* 2017; 23:615-20.
- Sesay S, Brzostek J, Meyer I, et al. Safety, immunogenicity, and lot-to-lot consistency of a split-virion quadrivalent influenza vaccine in younger and older adults: A phase III randomi-

zed, double-blind clinical trial. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2018; 14:596-608.

- Stamboulian D, Bonvehí P, Nacinovich F, et al. *Infect Dis Clin North Am.* 2000;14:141-166.
- Tisa V, Barberis I, Faccio V, et al. Quadrivalent influenza vaccine: a new opportunity to reduce the influenza burden.
- Treanor JJ, Campbell JD, Zangwill KM, et al. Safety and immunogenicity of an inactivated subvirion influenza A (H5N1) vaccine. *N Engl J Med* 2006; 354:1343-51.
- Treanor JJ, El Sahly H, King J, et al. Protective efficacy of a trivalent recombinant hemagglutinin protein vaccine (Flu Blok®) against influenza in healthy adults: randomized, placebo-controlled trial. *Vaccine.* 2011 Oct 13;29(44):7733-9.
- Vesikari T, Knuf M, Wutzler P, et al. Oil in water emulsion adjuvant with Influenza Vaccine in Young Children. *N Engl J Med* 2011; 365:1406-16.
- WHO. Weekly epidemiological record. Vaccines against influenza: WHO position paper—May 2022. 2022, N° 19;97:195-208.
- Weycker D, Edelsberg J, Halloran ME, et al. Population-wide benefits of routine vaccination of children against influenza. *Vaccine* 2005; 23:1284-93.
- Yedlapati SH, Khan SU, Talluri S, et al. Effects of Influenza Vaccine on Mortality and Cardiovascular Outcomes in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc.* 2021;10: e019636. DOI:10.1161/JAHA.120.019636.
- Zangwill KM, Belshe RB. Safety and efficacy of trivalent inactivated influenza vaccine in young children: a summary for the newer a of routine vaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:189–197.
- Zbinden D, Manuel O. Influenza vaccination in immunocompromised patients :efficacy and safety. *Immunotherapy* 2014;6(2):131-9.