



Sociedad Argentina de Pediatría

DOCUMENTO DE POSICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

COMISIÓN DIRECTIVA PERÍODO 2025-2027

Presidente

Dra. Verónica Sabina Giubergia

Vicepresidente 1°

Dra. Elizabeth Patricia Bogdanowicz

Vicepresidente 2°

Dra. Cinthia Victoria Bastianelli

Secretaria General

Dra. Lucrecia Georgina Arpí

Prosecretaria General

Dra. María Florencia Lucion

Tesorero

Dr. Manuel Rocca Rivarola

Secretaria de Educación Continua

Dra. Mariana del Pino

Secretario de Regiones, Filiales y Delegaciones

Dr. Nicolás Molina Favero

Secretario de Relaciones Institucionales

Dr. Gastón Pablo Perez

Secretaria de Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo

Dra. Andrea Mariana Exeni

Secretaria de Medios y Relaciones Comunitarias

Dra. Ángela Silvia Nakab

Secretaria de Actas y Reglamentos

Dra. Natalia Verónica Gamba

Vocal 1°

Dra. Maria Julieta Rosso

Vocal 2°

Dr. José Humberto Cárdenas Cumana

Vocal 3°

Dra. Jimena Dri



COMITÉ NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA

Secretaria

Dra. María del Valle Juárez

Prosecretaria

Dra. María Guadalupe Pérez

Vocales Titulares

Dra. Vivian Susana Bokser

Dra. Tamara Fátima Moncagatta

Dra. Solana Rapaport

Vocales Suplentes

Dr. Juan Ignacio Degiuseppe

Dra. María Eugenia Sevilla

Dra. María Agustina Chaplin

COMITÉ NACIONAL DE INFECTOLOGÍA

Secretaría

Dra. Marianela Borra

Prosecretaria

Dra. Alejandra del Carmen Gaiano

Vocales Titulares

Dra. Verónica Alejandra Higa

Dr. Oscar Herminio López

Dr. Edgar Daniel Piedra

Vocales Suplentes

Dra. María Guadalupe Pérez

Dr. Martín Eduardo Brizuela

Dra. Beatriz Trinidad Lauge

Secretaria Consultora

Dra. Miriam Teresa Calvari



Autores

Borra, Marianela

Bogdanowicz, Elizabeth

Bokser, Vivían

Dvorkin, Julia

Ensinck, Gabriela

Gaiano, Alejandra

Gentile, Ángela

Juárez, María del Valle

Lucion, María Florencia

Perez, Guadalupe

Rojas Mena, María Paz



Contenido

Introducción.....	6
1. Virus sincicial respiratorio (VSR).....	7
a) Características del virus.....	7
b) Presentación clínica.....	7
c) Carga de enfermedad por VSR.....	8
d) Circulación viral y estacionalidad.....	10
e) Estrategias de prevención disponibles en Argentina.....	11
f) Recomendación Integral de la SAP para la prevención de VSR.....	22
2. Virus influenza.....	24
3. Características del virus.....	24
4. Presentación clínica.....	25
5. Carga de enfermedad por Influenza.....	25
6. Circulación viral y estacionalidad.....	27
7. Estrategias de prevención disponibles.....	29
8. Recomendación SAP.....	35
3. SARS-CoV-2.....	35
a) Características del virus.....	35
b) Presentación clínica.....	36
c) Carga de enfermedad por COVID19.....	36
d) Circulación viral y estacionalidad.....	39
e) Estrategias de prevención disponibles.....	40
Recomendaciones SAP:.....	44
Conclusión.....	50
Bibliografía consultada.....	51



PREVENCIÓN DE INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES EN PEDIATRÍA EN ARGENTINA

Resumen ejecutivo 2026 – Sociedad Argentina de Pediatría



LA PREVENCIÓN, NUESTRA MEJOR HERRAMIENTA

Las infecciones respiratorias virales continúan siendo una de las principales causas de enfermedad, hospitalización y mortalidad en la población pediátrica, especialmente en los lactantes menores de 6 meses.

Los virus sincicial respiratorio (VSR), influenza y SARS-CoV-2 presentan circulación dinámica y estacional, con períodos de mayor actividad y co-circulación.

Hoy disponemos de nuevas herramientas que permiten avanzar hacia un modelo integral de prevención, combinando estrategias activas y pasivas para proteger a quienes más lo necesitan.

MEDIDAS GENERALES PARA TODOS LOS VIRUS

- Higiene de manos
- Promover lactancia materna
- Evitar exposición al humo de tabaco y biomasa
- Ventilar ambientes
- Evitar hacinamiento en períodos de alta circulación
- Cumplir controles pediátricos

RECOMENDACIONES DE LA SAP POR VIRUS



1. VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR)

Principal causa de infección respiratoria aguda baja y hospitalización en lactantes. La mayor carga ocurre en los primeros 6 meses de vida.

¿QUÉ RECOMIENDA LA SAP?



VACUNACIÓN MATERNA (32-36 semanas)

Indicación universal. Estrategia fundamental para proteger a los lactantes en los primeros meses de vida.



ANTICUERPO MONOCLONAL NIRSEVIMAB

La SAP recomienda ampliar su uso para garantizar protección efectiva:

- ✓ **Lactantes <6 meses:**
 - hijos de madres no vacunadas
 - nacidos <14 días post-vacunación materna
 - situaciones de posible respuesta inmune subóptima
- ✓ **Lactantes con factores de riesgo:**
 - prematuréz
 - cardiopatías congénitas
 - enfermedad pulmonar crónica
 - inmunocompromiso
- ✓ **Considerar su uso en:**
 - lactantes hasta 12 meses
 - niños <2 años con comorbilidades
 - segunda temporada en grupos vulnerables



OBJETIVO: lograr protección universal del lactante durante la primera temporada de VSR.



2. VIRUS INFLUENZA

Causa importante de enfermedad respiratoria anual. Puede producir complicaciones graves en niños sanos y tiene un rol central en la transmisión comunitaria.

¿QUÉ RECOMIENDA LA SAP?



VACUNACIÓN ANUAL

Estrategia principal para prevenir complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad.



GRUPOS CON INDICACIÓN PRIORITARIA

- Niños de 6 a 24 meses
- Niños con factores de riesgo
- Embarazadas
- Personal de salud



RECOMENDACIÓN AMPLIADA

Extender la vacunación a **TODOS LOS NIÑOS HASTA LOS 5 AÑOS**, independientemente de factores de riesgo.

Justificación:

- ✓ Alta carga de enfermedad en este grupo
- ✓ Reducción de complicaciones
- ✓ Impacto en la transmisión comunitaria



PRIORIDAD PROGRAMÁTICA

Mejorar coberturas de vacunación, actualmente subóptimas.



3. SARS-CoV-2

Patrón de circulación endémico con incrementos periódicos. La mayoría de los casos pediátricos son leves, pero persiste riesgo de enfermedad grave en lactantes y niños con comorbilidades.

¿QUÉ RECOMIENDA LA SAP?



VACUNACIÓN

Indicación según recomendaciones nacionales vigentes.

Prioridad en:

- Lactantes
- Niños con factores de riesgo



ENFOQUE CLÍNICO

- ✓ Integrar COVID-19 dentro del manejo global de infecciones respiratorias agudas.
- ✓ Mantener vigilancia de complicaciones como el síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-C).

MENSAJE FINAL



La prevención de las infecciones respiratorias virales en pediatría requiere un cambio de enfoque hacia modelos integrados que combinen distintas herramientas según edad, riesgo y momento epidemiológico.

La SAP recomienda implementar estrategias complementarias que incluyan:



Vacunación materna



Inmunización pasiva (anticuerpos monoclonales)



Vacunación infantil



Medidas generales de prevención

OBJETIVO COMÚN: REDUCIR DE MANERA SUSTANCIAL LA CARGA DE ENFERMEDAD, LAS HOSPITALIZACIONES Y LA MORTALIDAD INFANTIL EN ARGENTINA.



Introducción

Las infecciones respiratorias virales continúan siendo una de las principales causas de morbimortalidad en la población pediátrica, con un impacto desproporcionado en los lactantes, especialmente en los primeros seis meses de vida. En Argentina, el **virus sincicial respiratorio (VSR)**, el **virus influenza** y el **SARS-CoV-2** configuran un escenario epidemiológico dinámico, caracterizado por patrones de circulación variables, co-circulación viral y diferencias regionales que condicionan la carga de enfermedad y desafían la planificación de estrategias preventivas.

En este contexto, la disponibilidad de nuevas herramientas, particularmente frente al VSR, ha modificado sustancialmente el enfoque tradicional de prevención. A las estrategias clásicas, como la vacunación y las medidas no farmacológicas, se han incorporado intervenciones innovadoras como la inmunización materna y los anticuerpos monoclonales de larga duración, permitiendo avanzar hacia modelos más integrales y efectivos.

La evaluación de estas estrategias requiere distinguir tres conceptos fundamentales. La **eficacia** se refiere a la capacidad de una intervención para reducir la incidencia de enfermedad en condiciones controladas, como en ensayos clínicos. La **efectividad** describe el desempeño de esa intervención en condiciones reales de uso, considerando factores como la adherencia, la oportunidad de aplicación y las características de la población. Finalmente, el **impacto** en salud pública representa el efecto global de la estrategia sobre la carga de enfermedad en una población, incluyendo la reducción de hospitalizaciones, complicaciones y mortalidad, así como sus efectos indirectos sobre la transmisión.

En este nuevo escenario, el objetivo de las estrategias preventivas ya no se limita a la protección individual, sino que se orienta a maximizar el beneficio poblacional, especialmente en los grupos más vulnerables. En particular, la protección temprana del lactante emerge como un eje central, lo que exige integrar distintas herramientas de manera complementaria y oportuna.

El presente documento sintetiza las recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría para la prevención de infecciones respiratorias virales en pediatría, con un enfoque basado en la evidencia, orientado a optimizar la práctica clínica y a fortalecer las estrategias de salud pública en Argentina.



1. Virus sincicial respiratorio (VSR)

a) Características del virus

El VSR es un virus de ARN monocatenario del género *Orthopneumovirus* y su nombre común deriva del resultado de la fusión de las células infectadas del epitelio respiratorio que crean formaciones celulares conocidas como sincicios.

Se describen dos grupos antigénicos mayores A y B, que se diferencian principalmente por la secuencia de la proteína G, que participa en la adhesión a la membrana celular. Se han descrito 9 genotipos diferentes para el subtipo A y 32 para el subtipo B. Los genotipos con mayor predominancia son ON1 (del grupo A) y BA9 (del grupo B) que tienen como característica una gran duplicación de nucleótidos, lo que les otorga una importante ventaja evolutiva frente a otros genotipos.

La proteína F, que participa en la fusión, es una proteína muy conservada estructuralmente y se considera el principal determinante antigénico, presenta dos conformaciones: antes (preF) y después (postF) de la fusión de las membranas entre el virus y la célula huésped, y para las que se han descrito hasta seis epítopes antigénicos (\emptyset , I, II, III, IV y V).

Los seres humanos son el único reservorio conocido de VSR. Es un virus de alta transmisibilidad, a través de las secreciones respiratorias o contacto con superficies u objetos contaminados. Tiene un número reproductivo básico (R_0) de alrededor de 4,5 y un período de incubación de entre 2 y 8 días. Al menos la mitad de los niños experimentan una infección por VSR en el primer año de vida y casi todos la sufrirán antes de los dos años.

b) Presentación clínica

Las personas infectadas experimentan una variedad de síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) como rinitis, tos, dificultad respiratoria, sibilancias, letargo y en ocasiones, fiebre. Las infecciones respiratorias bajas por VSR pueden incluir neumonía en todas las edades y bronquiolitis en menores de 2 años. El VSR también causa crup y otitis media en niños.

La infección grave por VSR en la infancia temprana se asocia de forma consistente con sibilancias recurrentes, hiperreactividad bronquial, asma y descenso de la función pulmonar en la infancia y a veces hasta la adultez.

Los factores de riesgo para enfermedad grave incluyen el antecedente de prematuridad, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía congénita, inmunodeficiencia y comorbilidades neuromusculares.

c) Carga de enfermedad por VSR

La enfermedad causada por el VSR afecta a la población en términos de morbilidad y secuelas a largo plazo, impactando además sobre los sistemas de salud, con un aumento de las consultas ambulatorias, hospitalizaciones y requerimiento de cuidados intensivos, con una mortalidad infantil asociada más alta en los países de bajos y medianos recursos.

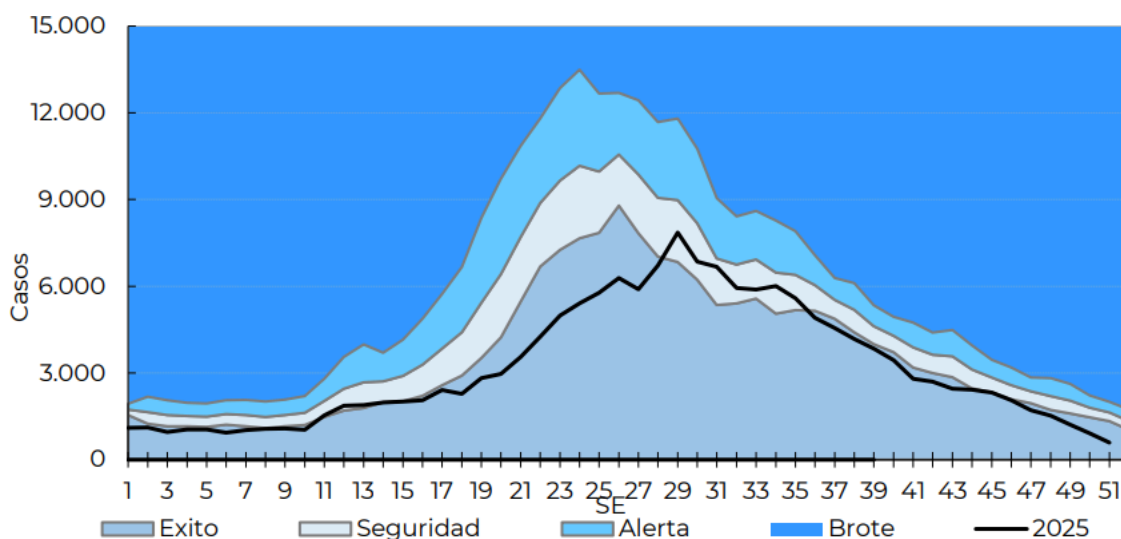
A nivel global, se estima que el VSR provoca cerca de 30 millones de episodios de infección respiratoria aguda baja (IRAB) y más de 50.000 muertes anuales en niños menores de 5 años. Este virus representa un tercio de las muertes en el primer año de vida y más del 97% ocurren en países de bajos o medianos ingresos.

El riesgo de hospitalización por VSR en los 2 primeros años de vida es del 1-4% en lactantes sanos. Sin embargo, determinados grupos de pacientes presentan mayor riesgo de hospitalización, con tasas de incidencia del 4,3% para los lactantes prematuros, el 13,8% para pacientes con displasia broncopulmonar, el 11,5% para cardiopatías congénitas, el 11,7% para enfermedades crónicas complejas y el 6,8% en niños con fibrosis quística.

La IRAB juega un papel importante en la mortalidad extrahospitalaria. La tasa de mortalidad infantil comunitaria por VSR en Argentina es más alta que las reportadas en países desarrollados (0,27 muertes/1000 nacidos vivos). El impacto de la infección de VSR es alto en pacientes con alto riesgo, sobre todo en menores de 1 año (más específicamente en menores de 6 meses), que tienen mayor probabilidad de padecer IRAB grave.

En Argentina, durante el año 2025, se reportaron 161.580 casos de bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11171,8 casos/100.000 en menores de dos años. (Figura 1). En 2025, los casos se mantuvieron por debajo de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

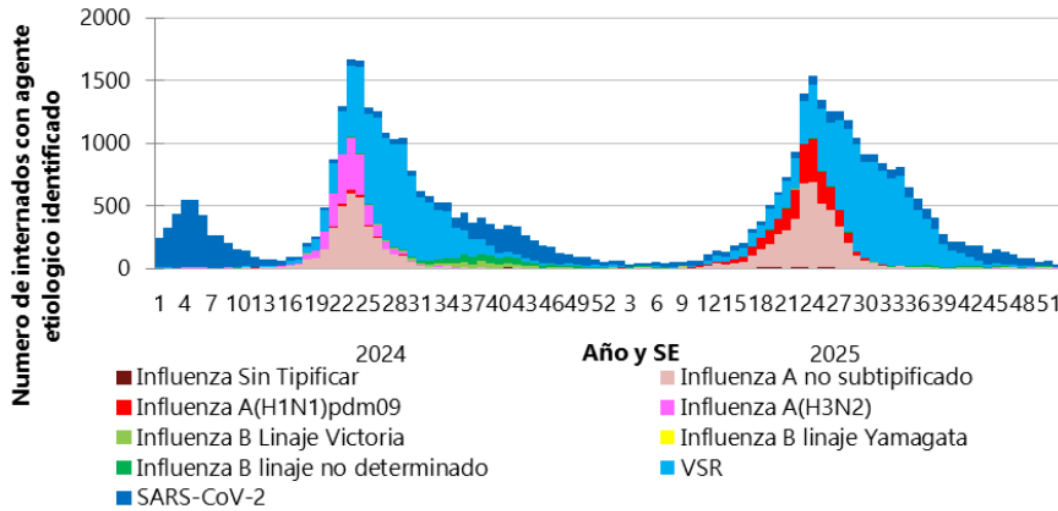
Figura 1. Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 51 de 2025. Argentina.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0. BEN 789 SE 52 Año 2025

En 2025, se notificaron 11.498 casos hospitalizados positivos para VSR en todas las edades, con circulación en la SE (Semana Epidemiológica) 20 y pico en la SE 30.

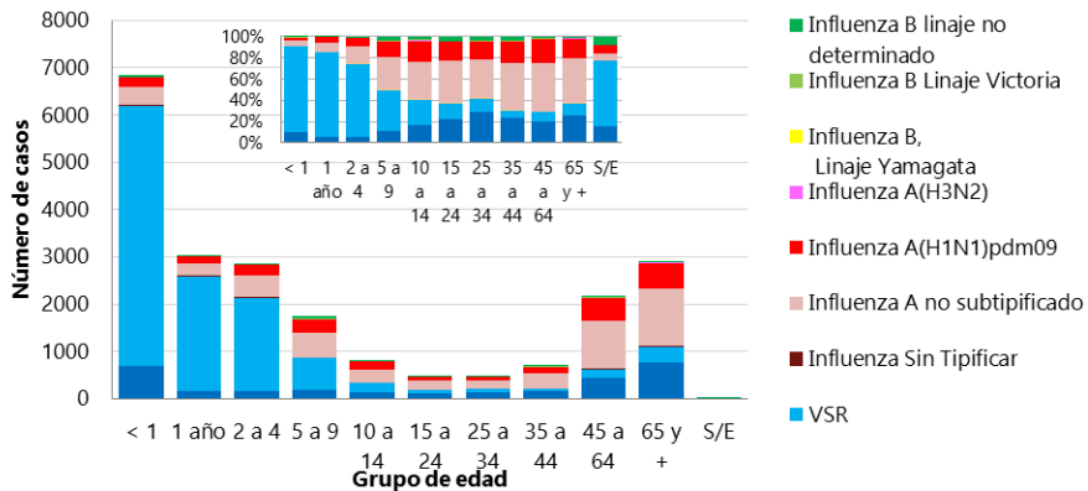
Figura 2. Casos de infección respiratoria aguda hospitalizados con diagnóstico etiológico según agente. Argentina. Años 2024-2025.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0. BEN 789 SE 52 Año 2025

Con respecto a la distribución por grupos de edad de los casos hospitalizados por Infección Respiratoria Aguda (IRA), VSR predomina en menores de 5 años, particularmente en los niños menores de 1 año.

Figura 3. Infección Respiratoria Aguda (IRA). Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad. Argentina. Año 2025.



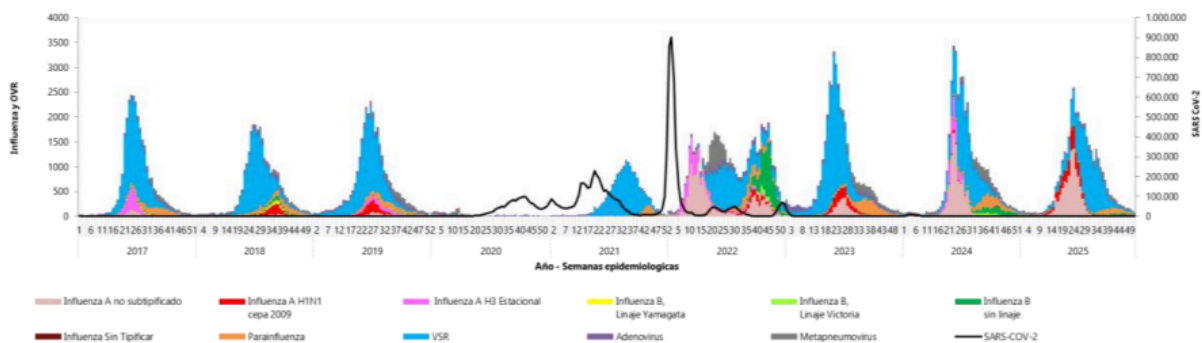
Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0. BEN 789 SE 52 Año 2025

d) Circulación viral y estacionalidad

La curva histórica de casos positivos de virus respiratorios de la vigilancia universal de laboratorio muestra la casi ausencia de circulación de virus respiratorios distintos al SARS-CoV-2 durante 2020. En 2021 se verificó nuevamente la circulación de VSR y en 2022 se observó un comportamiento inusual con una curva bimodal y un brote de metapneumovirus entre las SE 16 y 26. Durante el año 2023, el VSR presentó una actividad estacional adelantada en comparación con la mayoría de los años previos, con ascenso exponencial entre SE 13 y 22, superando las temporadas anteriores (Figura 5).

En 2025 se registró el inicio de la actividad estacional a partir de la SE20 y el pico entre las semanas 29-30.

Figura 4. Distribución de SARS CoV-2, Influenza y otros virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica. Argentina. 2017-2025

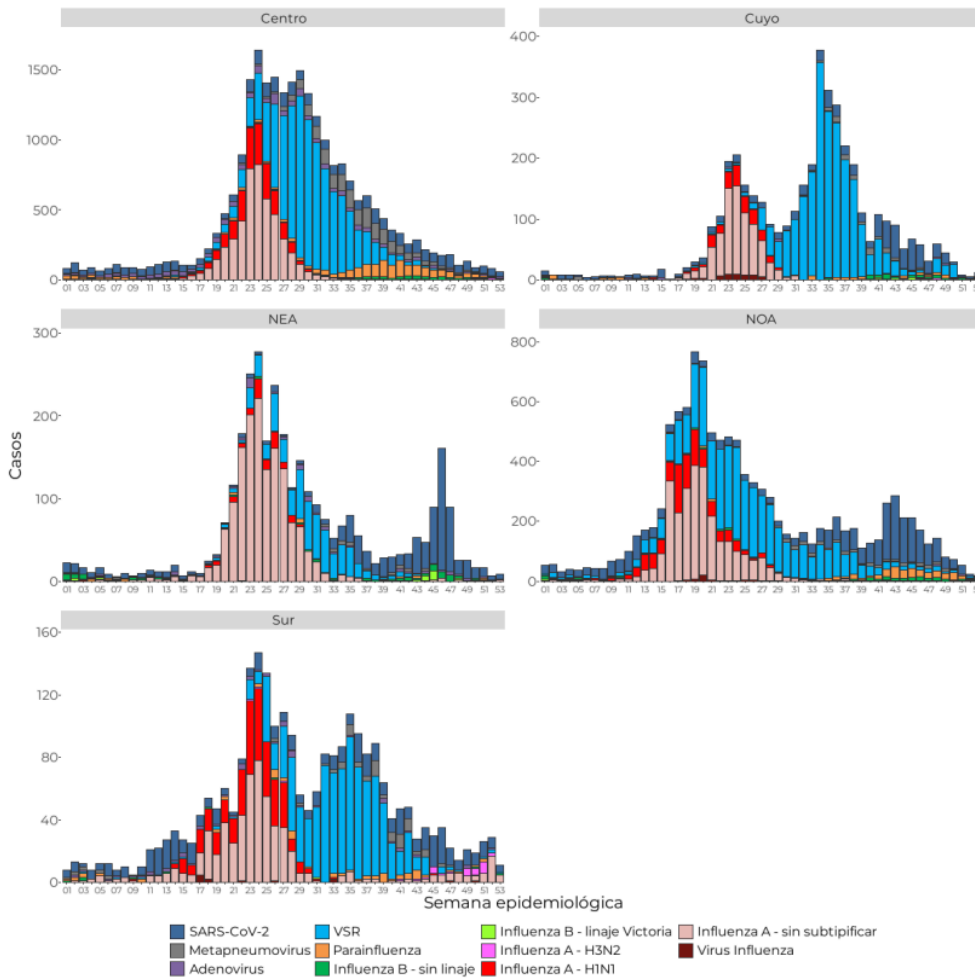


Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0. BEN 789 SE 52 Año 2025

La variación en la estacionalidad del virus sincitial respiratorio (VSR) plantea desafíos para la planificación de la profilaxis contra el VSR. Las políticas de prevención deben considerar la dinámica estacional para proteger a los lactantes de infecciones graves por VSR.

En nuestro país en 2025 se observó un retraso en el inicio de la circulación viral por VSR en las regiones Sur, noreste argentino (NEA) y Cuyo. Mientras tanto la región noroeste argentino (NOA) presentó un inicio más temprano que la región Centro con una finalización simultánea. El inicio más precoz se registró en NOA (SE 16) y el final más tardío en Cuyo en SE 49.

Figura 5. Distribución de influenza por tipo, subtipo y linaje, SARS-CoV-2 y OVR identificados por Semana epidemiológica, por región. SE01 a 51/2025. Argentina.



Fuente: Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0. BEN 789 SE 52 Año 2025

Las variaciones climáticas del VRS subrayan la importancia de la vigilancia para ajustar el momento y el alcance de las campañas anuales. La estacionalidad del VRS orienta la selección de las intervenciones. Las iniciativas de salud pública pueden mejorar la prevención en recién nacidos definiendo los periodos óptimos para la vacunación de lactantes en riesgo.

e) Estrategias de prevención disponibles en Argentina

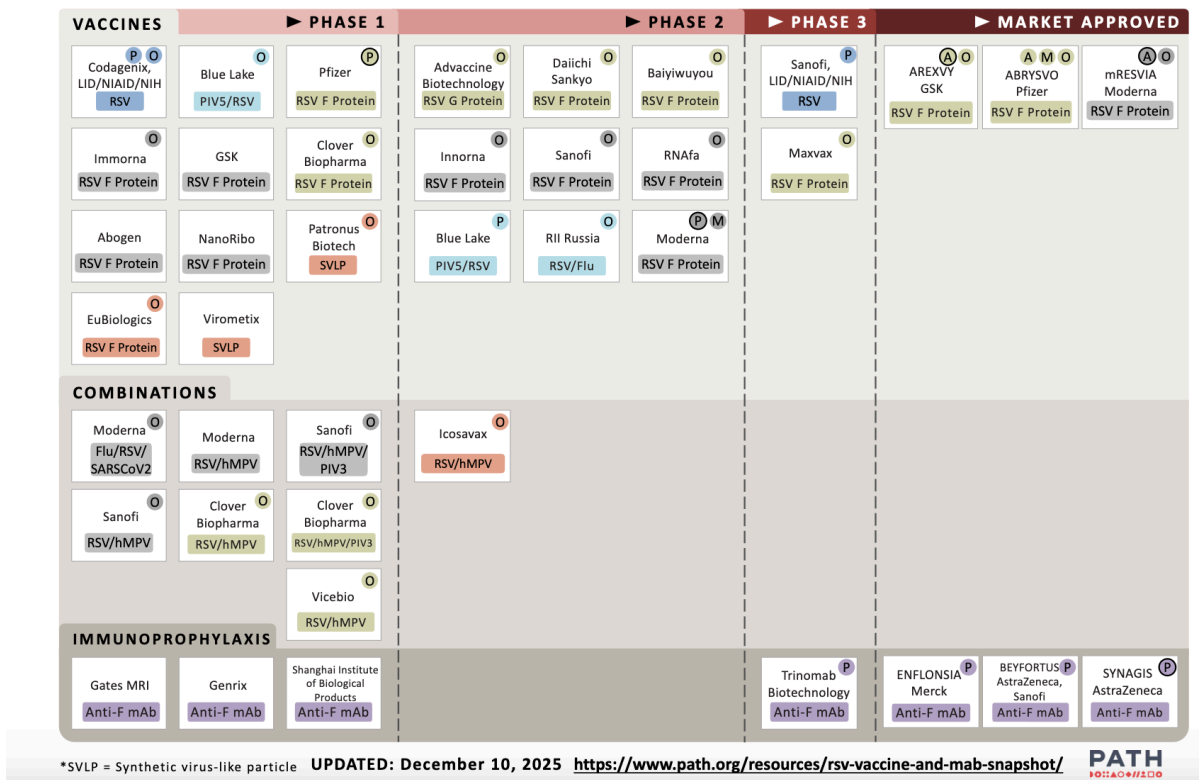
El conocimiento detallado de la estructura de la proteína F en su conformación de pre-fusión, es decir, la forma que adopta antes de que el virus infecte la célula, y el desarrollo de antígenos estables

basados en esta han representado un avance crítico reciente que permitió avanzar en el desarrollo de vacunas candidatas.

Solo los anticuerpos dirigidos contra la proteína F en su estado de pre-fusión, y no aquellos frente a la forma post-fusión, poseen capacidad neutralizante, siendo clave para proteger frente a la infección y reducir su gravedad.

A la fecha, existen más de 30 estrategias en desarrollo frente al VSR, incluyendo vacunas y anticuerpos monoclonales humanizados en distintas fases de investigación clínica (Fases 1 a 3). De ellas, cinco han sido recientemente licenciadas: dos vacunas dirigidas a adultos mayores y poblaciones de riesgo, una vacuna para personas gestantes y dos anticuerpos monoclonales de larga duración, nirsevimab (disponible en Argentina y desarrollado más adelante en este apartado) y clesrovimab, aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos. La aprobación de clesrovimab se basó en los resultados del ensayo pivotal de fase IIb/III CLEVER, en el que demostró una reducción del 60,5% en la incidencia de infecciones respiratorias bajas atendidas médicamente y del 84,3% en las hospitalizaciones, en comparación con placebo, durante un seguimiento de cinco meses. Clesrovimab está indicado en neonatos y lactantes que ingresan a su primera temporada de circulación del VSR, y proporciona protección durante aproximadamente cinco meses tras una única dosis de 105 mg, independientemente del peso corporal. Actualmente, este anticuerpo no se encuentra disponible en Argentina.

Figura 6. Estrategias en desarrollo para la inmunización activa y pasiva contra VSR.



P: vacuna pediátrica; M: vacuna materna; O: vacuna para adultos mayores; A: vacuna para adultos con riesgo aumentado.



Es fundamental para evaluar estas estrategias clarificar los conceptos de eficacia, efectividad e impacto de una vacuna.

Eficacia es el porcentaje de reducción de la incidencia de la enfermedad en los sujetos vacunados respecto a un grupo que no recibe la vacuna en estudio. Ambos grupos son seguidos en el tiempo y se contabiliza el número de casos de enfermedad que aparecen en cada uno de ellos.

Efectividad de una vacuna es la capacidad de proteger contra enfermedades cuando se aplica en condiciones de campo (condiciones reales o habituales de la práctica clínica diaria o de los programas de salud pública)

Se evalúa mediante estudios epidemiológicos observacionales, básicamente de *casos y controles* y de *cohortes*. Los mismos se realizan una vez que la vacuna está comercializada, y forman parte de los estudios de fase IV o estudios post-autorización.

El impacto en salud pública de una vacuna se define como la medida del efecto real que una intervención de vacunación tiene en la carga de enfermedad dentro de una población, tras su implementación en condiciones reales. Va más allá de la eficacia individual (protección personal), evaluando la reducción neta de morbilidad, mortalidad, complicaciones graves y hospitalizaciones a nivel comunitario.

El impacto se cuantifica y evalúa principalmente a través de los siguientes componentes:

- **Diferencia en la carga de enfermedad:** Se calcula restando la carga de enfermedad en el escenario real (con vacunación) de la que habría existido en un escenario hipotético sin ella (o antes de la vacuna).
- **Reducción de casos y hospitalizaciones:** Disminución significativa en el número de contagios, ingresos hospitalarios y muertes prevenibles.
- **Inmunidad de rebaño (colectiva):** Capacidad de la vacuna para interrumpir la circulación de agentes infecciosos, protegiendo indirectamente a personas no vacunadas o vulnerables.
- **Impacto en la calidad de vida y economía:** Reducción de la discapacidad a largo plazo.

Diferencia clave: Mientras la **eficacia** mide la protección en ensayos clínicos controlados, el **impacto/efectividad** evalúa el beneficio real en el mundo real, incluyendo factores como la cobertura de vacunación.

La introducción de una estrategia para enfrentar la enfermedad por VRS tiene como objetivos disminuir la carga grave de enfermedad, la hospitalización y letalidad, y por otra parte disminuir la presión sobre el sistema de salud.

Estas estrategias no permitirán eliminar la enfermedad, pero sí efectuar un activo control en un marco de equidad.



A. Vacunación en personas gestantes (vacuna bivalente VSRpreF)

La estrategia de inmunización pasiva durante la gestación tiene como objetivo generar anticuerpos neutralizantes en gestantes que atraviesen la placenta de forma de brindar protección al lactante durante los primeros 6 meses de vida. En Argentina la vacunación durante la gestación se encuentra incluida en el Calendario Nacional de Vacunación desde el 1º de enero de 2024 (Resolución 4218/2023).

Composición y características de la vacuna VSRpreF

Es una vacuna de subunidad de proteína recombinante bivalente que contiene cantidades iguales de antígenos F (preF) de prefusión estabilizados de los dos principales subtipos de VSR: A y B. Cada dosis de 0,5 ml de solución reconstituida de vacuna recombinante bivalente contra VSR contiene: 60 µg de antígeno de prefusión F estabilizado del VSR del subgrupo A y 60 µg de antígeno de prefusión F estabilizado del VSR del subgrupo B. Utiliza los dos genotipos dominantes: Ontario (VSR A) y Buenos Aires (VSR B).

La glicoproteína F es estabilizada en la conformación de prefusión y producida en células de ovario de hámster chino mediante el uso de tecnología de ADN recombinante. Utiliza como excipientes: clorhidrato de trometamol, sacarosa, manitol, polisorbato 80 y cloruro de sodio.

Se presenta como polvo y disolvente para la suspensión inyectable. Se debe conservar en heladera a temperatura entre 2°C-8°C (no debe ser congelada). Una vez reconstituida se sugiere administrar inmediatamente o dentro de las siguientes 4 horas en caso de conservarse a temperaturas entre 15°C y 30°C.

Eficacia clínica

Se evaluaron los resultados de seguridad y eficacia del estudio de Fase 3 MATISSE (MATernal Immunization Study for Safety and Efficacy). El estudio doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo se desarrolló en 18 países durante cuatro temporadas de VSR (dos en cada hemisferio) entre junio de 2020 y el último trimestre de 2023. Los países que aportaron la mayoría fueron Estados Unidos (45,4%), Sudáfrica (13%), Argentina (12,4%) y Japón (6,3%). Se incluyeron 7392 gestantes con una media de edad de 29 años y la siguiente distribución, según la semana de gestación al momento de la intervención SG 24-28: 25%; SG 28-32: 30%; SG 32-36: 45%. Se incluyeron 7128 lactantes. El estudio fue realizado durante la pandemia de COVID-19 con una positividad global de VSR de 20% y fuera de brotes de VSR. En la tabla 1 se muestra el resumen de los datos de eficacia del estudio de fase 3.



Tabla 1. Eficacia de la vacuna bivalente recombinante PreF para prevención de IRAB por VSR según gravedad.

Eficacia	Vacunación entre 24-36 semanas de gestación				Vacunación entre 32-36 semanas de gestación	
	90 días de vida	120 días de vida	150 días de vida	180 días de vida	90 días de vida	180 días de vida
IRAB Grave VSR+	81,8 % (40,6-96,3)	73,9 % (45,6-88,8)	70,9 % (44,5-85,9)	69,4 % (44,3-84,1)	91,1 % (38,8-99,8)	76,5% (41,3-92,1)
IRAB VSR+	57,1 % (14,7-79,8)	56,8 % (31,2-68,9)	52,5 % (28,7-68,9)	51,3 % (29,4-66,8)	34,7 % (-34,6-69,3)	57,3 % (29,8-74,7)
IRAB VSR+ hospitalizados	67,7 % (15,9-89,5)	59,5 % (8,3-83,7)	56,4 % (5,2-81,5)	56,8 % (10,1-80,7)		

Fuente: Kampmann et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med.* 2023 Apr 20;388(16):1451-1464

Efectividad e impacto en el mundo real

Estudio	Diseño	Muestra	Efectividad contra hospitalización por VSR	Impacto / Hallazgos clave
2024				
Gentile et al. (1)	Caso-control test negativo, prospectivo, multicéntrico (4 hospitales)	187 lactantes (91 casos / 96 controles)	<3m: 78,7% (IC95%: 51,4-90,7) <6m: 68,2% (IC95%: 33,1-84,9)	↓ uso de oxígeno y ↓ duración de internación Sin diferencias en UCI/VM Sin muertes por VSR
Pérez Marc et al. - BERNI (2)	Caso-control test negativo, retrospectivo, multicéntrico (12 hospitales)	505 lactantes (286 casos / 219 controles)	<3m: 78,6% (62,1-87,9) <6m: 71,3% (53,3-82,3) VSR grave <6m: 76,9% (45,0-90,3)	Las 3 muertes ocurrieron en hijos de madres no vacunadas
Razzini et al. (3-4)	Cohorte retrospectiva + caso-control anidado	No especificado	<3m: 80,8% <6m: 66,1% UCI: 87,2% Estancia prolongada: 88,6%	↓ hospitalizaciones: 33,6% NNV: 83,9
2025				
Gentile et al. (1)	Caso-control test negativo, prospectivo, multicéntrico (5 hospitales)	2024: 113 casos / 170 controles 2025: 234 casos / 214 controles	2024 (ajustada) <3m: 95% (70-99) 3-6m: 80,4% <6m: 83,9% 2025 (ajustada) <3m: 72,6% (18-91)	2024: ↓ internación y oxigenoterapia 2025: sin diferencias en severidad ↑ coinfecciones en 2025 Menor efectividad en 2025
Análisis combinado 2024-2025				
Pérez Marc et al. - BERNI (2)	Caso-control test negativo, retrospectivo, multicéntrico (12 hospitales)	1143 lactantes (736 casos / 407 controles)	<3m: 75,5% (64,6-83,1) 3-6m: 42,3% (7,7-63,9) <6m: 62,1% (49,7-71,4) VSR grave <6m: 78,5%	Muertes solo en no vacunados
Caballero et al. (3)	Caso-control test negativo, prospectivo, multicéntrico	2073 lactantes (885 analizados)	<3m: 76,1% (60,9-88,5) <6m: 73,7% (58,3-83,6) UCI <3m: 82,8% UCI <6m: 75,3%	↓ hospitalizaciones vs años previos: -59,7% ↑ vs 2024: +24,8%



Seguridad

La evaluación de seguridad en gestantes se realizó durante 237 días en promedio. Los efectos secundarios más frecuentes fueron dolor en el lugar de la inyección (40,6%), cefaleas (31,0%), mialgia (26,5%) y náuseas (20,0%). En comparación se detectaron 2,7% de eventos adversos de especial interés (AESI) en la rama vacuna y 2,5% en la rama placebo, parto prematuro dentro del mes: 2,1 vs. 1,9 y trabajo de parto prematuro: 5,6% vs. 4,7%, respectivamente.

En infantes, la evaluación se realizó durante 274 días en promedio; el 45% completó su seguimiento de 1 año. Se detectaron desequilibrios en relación con los AESI: 8,4% vs. 7,2%; prematuridad: 5,7% vs. 4,7% y bajo peso al nacer: 5,1% vs. 4,4%.

Se destaca que el porcentaje de nacimientos pretérmino no resultó estadísticamente significativo en el análisis global (5,7% en VSR preF vs. 4,7% en el grupo placebo) pero sí en el estratificado clasificando a los participantes según su país de origen por categorías socioeconómicas. La mayoría de los nacimientos pretérmino ocurrieron más de 30 días después de la vacunación, entre las semanas 34 y 37 de gestación y los nacidos de bajo peso tenían en su mayoría entre 1500 y 2500 gramos.

Entre las personas gestantes que recibieron vacuna, el 1,8% presentó trastorno hipertensivo (preeclampsia), en comparación con el 1,4% de las personas que recibieron placebo. El bajo peso al nacer y la ictericia ocurrieron con mayor frecuencia en las personas vacunadas pero esas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

En 2024, los primeros datos en vida real mostraron en Estados Unidos, a través del Vaccine Safety Datalink (VSD) una incidencia de nacimientos prematuros del 4,1% entre las embarazadas que recibieron la vacuna. Esta señal de seguridad está dentro de lo esperado, ya que la incidencia de nacimientos prematuros en ese país entre las 32 y 36 semanas es de 3,1-6,1 %. Otro estudio realizado en New York por Son y colaboradores, mostró que la vacuna RSVpreF no se asoció con un mayor riesgo de parto prematuro ni resultados perinatales negativos.

Estudios recientes permiten asegurar la seguridad de esta vacuna materna, aunque es fundamental continuar con la vigilancia epidemiológica y de seguridad. (Tablas 2 y 3)



Tabla 2. Resumen de datos reales sobre nacimientos prematuros. Primera temporada de implementación: EE. UU., Argentina, Reino Unido y Francia.

Estudio (ubicación)	Periodo	Ventana de vacunación	Nacimiento prematuro		
			Vacunados	No vacunados	Riesgo (IC95%)
Son M, et al 1 (USA)	2023-2024	32-36 semanas	5.9%	6.7%	aOR: 0.87 (0.62, 1.20)
					HR: 0.93 (0.64, 1.34)
CDC VSD 2 (USA)	2023-2024	32-36 semanas	4.0%	4.5%	aRR: 0.90 (0.8, 1.0)
Blauvelt CA, et al 3 (USA)	2023-2024	32-36 semanas	8.5%	18.5%	aOR: 1.03 (0.55, 1.93)
Hsieh TYJ, et al 4 (USA)	2023-2024	32-36 semanas	7.0%	7.0%	RR: 1.01 (0.89, 1.15)
Solsman AM, et al 5 (USA)	2023-2024	32-36 semanas	5.5%	6.8%	aOR: 0.80 (0.67, 0.95)
Scruzzi GF, et al 6 (Argentina)	2024	32-36 semanas	5.8%	10.6%	RR: 0.56 (0.51, 0.62)
Gabet A, et al 7 (Francia)	2024-2025	32-36 semanas	4.1%	4.3%	wIRR: 0.97 (0.89, 1.06)
Razai MS, et al 8 (UK)	2024	28-36 semanas	10%	9.6%	P=0.980

a, ajustado; CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; IC, intervalo de confianza; HR, razón de riesgo; OR, razón de probabilidades; RR, razón de riesgo; UK, Reino Unido; UKHSA, Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido; USA., Estados Unidos; VSD, Enlace de Datos de Seguridad de Vacunas; wIRR, razón de tasas de incidencia ponderada por ponderación de probabilidad inversa del tratamiento.

El análisis preliminar de seguridad realizado por UKHSA no observó ninguna señal de asociación con el parto prematuro.



Tabla 3. Resumen de datos reales sobre trastornos hipertensivos del embarazo. Primera temporada de implementación: EE. UU., Argentina, Reino Unido y Francia.

Estudio (ubicación)	Periodo	Ventana de vacunación (semanas de gestación)	Trastornos hipertensivos del embarazo		
			Vacunados	No vacunados	Riesgo (95% IC)
Son M, et al ¹ (USA)	2023-2024	32-36	20.1%	18.1%	aOR: 1.10 (0.90, 1.35) HR: 1.43 (1.16, 1.77)
CDC VSD ² (USA)	2023-2024	32-36	17.4%	15.3%	aRR: 1.09 (1.03, 1.15)
Blauvelt CA, et al ³ (USA)	2023-2024	32-36	23.9%	30.5%	P=0.08
Hsieh TYJ, et al ⁴ (USA)	2023-2024	32-36	21.6%	22.3%	RR: 0.97 (0.91, 1.04)
Solsman AM, et al ⁵ (USA)	2023-2024	32-36	9.8%	9.1%	aOR: 1.03 (0.90, 1.19)
Scruzzi GF, et al ⁶ (Argentina)	2024	32-36	No evaluado		
Gabet A, et al ⁷ (Francia)	2024-2025	32-36	1.1%	1.0%	wIRR: 1.02 (0.85,1.22)*
Razai MS, et al ⁸ (UK)	2024	28-36	7.5%	6.1%	aOR: 1.29 (0.63, 2.53; P=0.469)

*Solo preeclampsia; a, ajustado; CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; IC, intervalo de confianza; HR, razón de riesgo; OR, razón de probabilidades; RR, razón de riesgo; Reino Unido, Reino Unido; EE. UU., Estados Unidos; VSD, Enlace de Datos de Seguridad de Vacunas; wIRR, razón de tasas de incidencia ponderada por ponderación de probabilidad inversa del tratamiento.

Un estudio observacional realizado en la provincia de Córdoba en 2024, que incluyó más de 21.000 días madre-hijo, aportó evidencia relevante sobre la seguridad de la vacunación materna contra el VSR. Los resultados mostraron que las gestantes vacunadas presentaron un menor riesgo de parto prematuro y de recién nacidos con bajo peso en comparación con las no vacunadas, con reducciones del riesgo del 44 % y 42 %, respectivamente. Asimismo, no se observó asociación entre la vacunación



y un aumento de estos eventos adversos, lo que refuerza su perfil de seguridad. Otros factores, como el parto múltiple, la mayor edad materna y la ausencia de cobertura de salud, se asociaron de manera significativa con mayor riesgo de prematuridad y bajo peso al nacer. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la vacunación contra el VSR durante el embarazo no solo es segura, sino que podría estar asociada a mejores resultados perinatales, aunque los autores señalan la necesidad de continuar generando evidencia en este campo.

Indicación del Ministerio de Salud de Argentina:

El Ministerio de Salud de Argentina, como estrategia incluida en el CNV indica la vacunación materna entre las semanas 32 y 36.6 en cada de embarazo, durante el periodo definido según la información sobre circulación de VSR obtenida a través de la vigilancia epidemiológica nacional

La campaña 2024 se extendió entre marzo y septiembre, logrando una cobertura de 67.8% con más de 147.000 dosis administradas. Los datos preliminares de 2025, con una campaña de 10 meses de duración, entre enero y octubre, mostraron 68,1% de cobertura y más de 194.000 dosis administradas.

La vacuna contra VSR puede administrarse en forma simultánea con todas las vacunas indicadas durante la gestación (vacuna contra Influenza, COVID-19 y dTpa). En el caso de no ser recibidas en forma simultánea no es necesario aguardar ningún tipo de intervalo.

B. Anticuerpos monoclonales de larga duración (Nirsevimab)

Composición y características de nirsevimab

Nirsevimab es un anticuerpo monoclonal humano de inmunoglobulina G1 kappa (IgG1K) producido en células de ovario de hámster chino (CHO) mediante tecnología de ADN recombinante. Está dirigido contra el epítipo θ de la configuración prefusión de la proteína F, con constantes de disociación $KD = 0,12$ nM y $KD = 1,22$ nM para las cepas del subtipo A y B del VSR, respectivamente. Nirsevimab inhibe el paso esencial de fusión de membrana en el proceso de entrada viral, neutralizando el virus y bloqueando la fusión célula-célula.

Es 50 veces más potente que el palivizumab y con una sola inyección mantiene niveles protectores, al menos, durante 150 días, es decir que brindaría protección durante toda la temporada del VSR.

Nirsevimab se presenta en dos formatos: jeringa precargada con 50 mg en 0,5 mL (100 mg/mL) y jeringa precargada con 100 mg en 1 mL (100 mg/mL). Debe conservarse en heladera (entre 2 °C y 8 °C). Sin congelar, ni agitar y evitar la exposición al calor directo. Debe mantenerse la jeringa precargada en su embalaje exterior para protegerla de la luz. Puede mantenerse a temperatura ambiente 20-25° hasta por 8 horas.



La dosis recomendada es una dosis única de 0.5ml (50 mg/0.5 ml) administrados vía intramuscular para lactantes con peso inferior a 5 kg y una dosis única de 1 ml (100 mg/1 ml) administrados vía intramuscular para lactantes con peso igual o superior a 5 kg.

Para los niños que siguen siendo vulnerables a complicaciones a la enfermedad grave por VSR al entrar en su segunda temporada de VSR, se aconseja la administración de 200 mg (2 x 100 mg/1 ml), dividido entre dos sitios de inyección.

La dosificación en lactantes con un peso corporal de 1,0 kg a 1,6 kg se basa en la extrapolación, pues no se dispone de datos clínicos. Se deben considerar cuidadosamente los beneficios y los riesgos del uso de Nirsevimab en lactantes con peso menor a 1,0 kg. Se dispone de datos limitados en lactantes extremadamente prematuros (edad gestacional [EG] < 29 semanas) de menos de 8 semanas de edad.

Eficacia clínica y efectividad

El estudio Hospitalized VSR Monoclonal Antibody Prevention (HARMONIE) es un estudio clínico de intervención multicéntrico, realizado en tres países de Europa, cuyo objetivo fue determinar la eficacia y seguridad de una sola dosis intramuscular de Nirsevimab, con datos obtenidos en un entorno de vida real durante la temporada de VSR 2022-2023. El estudio reclutó más de 8000 niños sanos ≥ 29 de edad gestacional ingresando o durante su primera temporada de VSR y se llevó a cabo en 250 sitios en Francia, Alemania y el Reino Unido. Los resultados de eficacia resultaron favorables para los distintos objetivos planteados (Tabla 2).

Tabla 4. Eficacia de Nirsevimab (HARMONIE).

Criterio de valoración	Nirsevimab (N=4.037)	No intervención (N=4.021)	Eficacia	Valor p
Hospitalización por IRAB VSR	11 (0.3)	60 (1.5)	83,21 % (67,77-92,04)	<0.0001
Hospitalización por IRAB VSR de mayor gravedad	5 (0.1)	19 (0.5)	75,71% (32,75-92,91)	0.0036
IRAB por cualquier causa	45 (1.1)	98 (2.4)	58,04% (39,69- 71,19)	<0.0001

La eficacia se mantuvo por lo menos durante 150 días y se presume que podría impactar sobre las IRAB por todas las causas. El Grupo Estratégico Consultivo de Expertos en Inmunización (SAGE) de la OMS ha concluido que una única dosis de Nirsevimab administrada a lactantes muestra una alta eficacia, superior al 75%, durante un periodo de 5 meses en la prevención de infecciones asociadas al VSR. Además, ha demostrado ser altamente efectiva en la prevención de infecciones graves y en la reducción de hospitalizaciones.



Efectividad e impacto en el mundo real

Nirsevimab ha demostrado ser una herramienta efectiva en la prevención de hospitalizaciones contra el VSR en diferentes contextos clínicos y geográficos (Tabla 3).

Tabla 5. Datos de Experiencia en vida real de uso de Nirsevimab.

Variable de resultado	Nº estudios	Efectividad (VE)	OR (IC95%)	Eventos Nirsevimab	Eventos Control	Heterogeneidad	Interpretación
Hospitalización por VSR	16	83%	0,17 (0,12–0,23)	1.585 / 85.242	3.978 / 51.893	$I^2=85,8%$ (alta)	Reducción consistente del riesgo de hospitalización
Internación en UCI por VSR	9	81%	0,19 (0,12–0,29)	176 / 79.545	618 / 48.023	$I^2=55,6%$ (moderada)	Fuerte reducción de formas graves
Incidencia de IRAB baja (LRTI) por VSR	7	75%	0,25 (0,19–0,33)	392 / 48.303	1.049 / 9.569	$I^2=35,1%$ (baja)	Reducción significativa de la incidencia

Seguridad

Las tasas generales de eventos adversos fueron comparables entre Nirsevimab y placebo y la mayoría fueron de gravedad leve o moderada. La reacción adversa más frecuente fue la erupción (0,7%) que se produjo en los 14 días posteriores a la dosis. La mayoría de los casos fueron de intensidad leve a moderada. Además, se notificaron pirexia y reacciones en el lugar de la inyección en una tasa de 0,5% y 0,3% dentro de los 7 días posteriores a la dosis, respectivamente. Las reacciones en el lugar de la inyección no fueron graves.

Está contraindicado su uso en caso de hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (L-histidina, hidrocloreuro de L-histidina, hidrocloreuro de L-arginina, sacarosa, polisorbato 80, agua para preparaciones inyectables). Se han notificado reacciones graves de hipersensibilidad, incluida la anafilaxia, con anticuerpos monoclonales.

Al igual que con otras inyecciones intramusculares, Nirsevimab se debe administrar con precaución en lactantes con trombocitopenia o cualquier trastorno de la coagulación. No hay datos de seguridad y eficacia disponibles en dosis repetidas. Tampoco se ha establecido la seguridad y eficacia de Nirsevimab en niños de 2 a 18 años a la fecha.

Indicación del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) de Argentina: A partir de 2026, se establecen como población objetivo para la inmunización pasiva con nirsevimab los siguientes grupos de riesgo:

- Prematuros con edad gestacional menor o igual a 32 semanas o peso de nacimiento menor de 1.500 gramos, hasta los 6 meses de edad cronológica al inicio de la temporada de administración del anticuerpo. Se incluyen aquellos nacidos a partir del 1º de noviembre del año previo al de la campaña en curso.
- Prematuros con edad gestacional menor a 29 semanas y peso de nacimiento menor de 1.000 gramos, que cumplan ambos criterios (edad gestacional y peso), hasta los 12 meses de vida al inicio de la temporada de administración del anticuerpo. Se incluyen aquellos nacidos a partir del 1º de mayo del año previo al de la campaña en curso.



- Niños de hasta 12 meses de edad, con cardiopatías congénitas asociadas a hiperflujo pulmonar, al inicio de la temporada de administración del anticuerpo.
- Niños de hasta 12 meses de edad al inicio de la temporada de administración del anticuerpo que requieran oxígeno domiciliario, independientemente de la edad gestacional y del peso de nacimiento.

El cronograma de administración se compone de una única dosis del anticuerpo, que podrá ser administrada durante los meses de mayo, junio, julio o agosto.

Dado que Nirsevimab es un anticuerpo monoclonal, no se espera que una inmunización pasiva específica del VSR interfiera en la respuesta inmunitaria activa de las vacunas co-administradas. La experiencia en la coadministración con vacunas es limitada. En ensayos clínicos, cuando Nirsevimab se administró con vacunas infantiles habituales, el perfil de seguridad y reactogenicidad del régimen co-administrado fue similar al de las vacunas infantiles administradas de forma aislada.

f) Recomendación Integral de la SAP para la prevención de VSR

1. Implementación de recomendaciones generales de prevención de infecciones respiratorias:
 - a. Promover la lactancia materna.
 - b. Explicar la importancia de la higiene de manos
 - c. Evitar la contaminación ambiental con humo
 - d. Realizar los controles pediátricos periódicos
2. La SAP apoya la estrategia de prevención de VSR a través de la vacunación materna contra VSR, incluida en el CNI en forma obligatoria y gratuita para prevenir morbi-mortalidad por VSR en lactantes menores de 6 meses.
3. Teniendo en cuenta la carga de enfermedad y el riesgo aumentado de enfermedad grave durante el primer año de vida en lactantes sin factores de riesgo, la SAP recomienda que la estrategia de vacunación materna debe integrarse con el uso de anticuerpos monoclonales de larga duración ampliando la indicación de uso a las personas no alcanzadas incluyendo a:
 - Todos los recién nacidos o lactantes menores de 6 meses:
 - hijos de madres que no hayan recibido vacunación contra VSR durante el embarazo,
 - cuyo nacimiento se haya producido antes de transcurridos 14 días desde la vacunación materna,
 - cuya madre haya sido vacunada, pero tenga una posible respuesta inmune subóptima a la vacunación, como aquellas con condiciones de inmunocompromiso.
 - Todos los recién nacidos o lactantes menores de 12 meses con antecedente de nacimiento prematuro menor a 32 semanas. *
 - Todos los lactantes entre 6-12 meses independientemente del antecedente de vacunación materna o la presencia de factores de riesgo. *
 - Pacientes menores de 2 años con alguna de las siguientes enfermedades de base*:
 - cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa
 - inmunocompromiso
 - enfermedad pulmonar crónica
 - síndrome de Down



- anomalía de la vía aérea
- fibrosis quística
- enfermedad neuromuscular
- hernia diafragmática
- metabolopatía

*Estas poblaciones podrían estar en su primera o segunda temporada

4. Se requiere una vigilancia epidemiológica oportuna y de calidad, siendo necesarios estudios de impacto para evaluar la estrategia de inmunización materna.
5. Estas recomendaciones son dinámicas y podrán ser modificadas según la nueva evidencia disponible y la situación epidemiológica.
6. El Nirsevimab puede ser aplicado en los servicios de neonatología, servicios de internación pediátrica o consultorio ambulatorio o vacunatorios dependiendo de la situación clínica del niño o niña.



2. Virus influenza

3. Características del virus

Los virus de la influenza pertenecen a la familia Orthomyxoviridae y se clasifican en tres géneros o tipos: A, B y C. Las epidemias anuales son causadas principalmente por los virus de influenza tipos A y B, cuyos antígenos están incluidos en las vacunas estacionales contra la influenza. Por su parte, los virus de influenza tipo C pueden provocar cuadros esporádicos leves similares a la influenza, especialmente en niños, y sus antígenos no forman parte de las vacunas disponibles.

Los virus de influenza A se subdividen en subtipos según las características de sus antígenos de superficie: la hemaglutinina (HA) y la neuraminidasa (NA). Ejemplos de estos subtipos incluyen los virus influenza A (H1N1) y A (H3N2). La respuesta inmune, en particular la producción de anticuerpos específicos contra estos antígenos, especialmente contra la hemaglutinina, constituye un determinante clave de la inmunidad frente a la infección.

Las variaciones antigénicas menores que producen cambios en las proteínas de superficie HA o NA de los virus de influenza A o B se denominan deriva antigénica (antigenic drift). Este fenómeno ocurre de manera continua y da lugar a la aparición de nuevas cepas, lo que explica la ocurrencia de epidemias estacionales.

En contraste, las variaciones antigénicas mayores que generan nuevos subtipos virales con una HA y/o NA diferentes se denominan cambio antigénico (antigenic shift). Cuando un nuevo subtipo viral adquiere la capacidad de infectar a humanos y transmitirse eficientemente de persona a persona de forma sostenida, puede desencadenar una pandemia, debido a la escasa o nula inmunidad preexistente en la población. Este fenómeno se presenta exclusivamente en los virus de influenza A y ha sido responsable de cuatro pandemias en los siglos XX y XXI, siendo la más reciente la de 2009. En ese evento, la cepa pandémica A (H1N1pdm09) reemplazó a la cepa estacional previamente circulante A (H1N1) en las temporadas subsiguientes.

Los seres humanos de todas las edades pueden infectarse de manera esporádica con virus de influenza A emergentes de origen porcino o aviar. Entre los virus de influenza aviar más relevantes se encuentran A (H5N1), identificado en 1997 en Hong Kong, y A (H7N9), detectado por primera vez en 2013 en China, ambos asociados a enfermedad grave y elevadas tasas de letalidad. Desde 2017, el subtipo asiático A (H7N9) es considerado el virus de influenza con mayor potencial de riesgo pandémico. En los últimos años, se observó un incremento en la detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos de las Américas, tanto silvestres como domésticos, incluido ganado bovino en Estados Unidos. Si bien las infecciones humanas son infrecuentes, se asocian principalmente al contacto directo con animales infectados o con ambientes contaminados. El cuadro clínico puede variar desde formas leves, con fiebre, tos y mialgias, hasta neumonía grave y compromiso multiorgánico. No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos.



4. Presentación clínica

La infección por influenza suele iniciarse de forma súbita con fiebre, frecuentemente acompañada de tos no productiva, escalofríos, mialgias difusas, cefalea y malestar general. Posteriormente, los síntomas del tracto respiratorio superior como odinofagia, congestión nasal, rinitis y tos, se vuelven más prominentes. Con menor frecuencia, pueden presentarse síntomas gastrointestinales como dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea.

En algunos niños, la influenza puede manifestarse como una infección de vías respiratorias superiores o como un cuadro febril con escasos síntomas respiratorios. En lactantes, puede presentarse como una enfermedad específica similar a sepsis, mientras que en lactantes y niños pequeños puede asociarse a otitis media, crup, cuadros similares a tos ferina, bronquiolitis o neumonía. La miositis aguda secundaria a influenza puede manifestarse con dolor en las pantorrillas y rechazo a la deambulación.

Aunque la mayoría de los niños con influenza se recuperan completamente en un período de 3 a 7 días, pueden presentarse complicaciones incluso en pacientes previamente sanos. Las complicaciones neurológicas asociadas a la influenza abarcan desde convulsiones febriles hasta encefalopatía y encefalitis graves con estatus epiléptico o encefalitis necrotizante pudiendo generar secuelas neurológicas permanentes o incluso la muerte.

Los pacientes con mayor riesgo de progresión a formas graves son los lactantes menores de 2 años, los pacientes bajo tratamiento inmunosupresor, con cardiopatías congénitas, enfermedades crónicas como las enfermedades pulmonares o renales crónicas, neurológicas, diabetes y trastornos metabólicos. Estos pacientes presentan mayor riesgo de ingreso a UCI y mortalidad por Influenza.

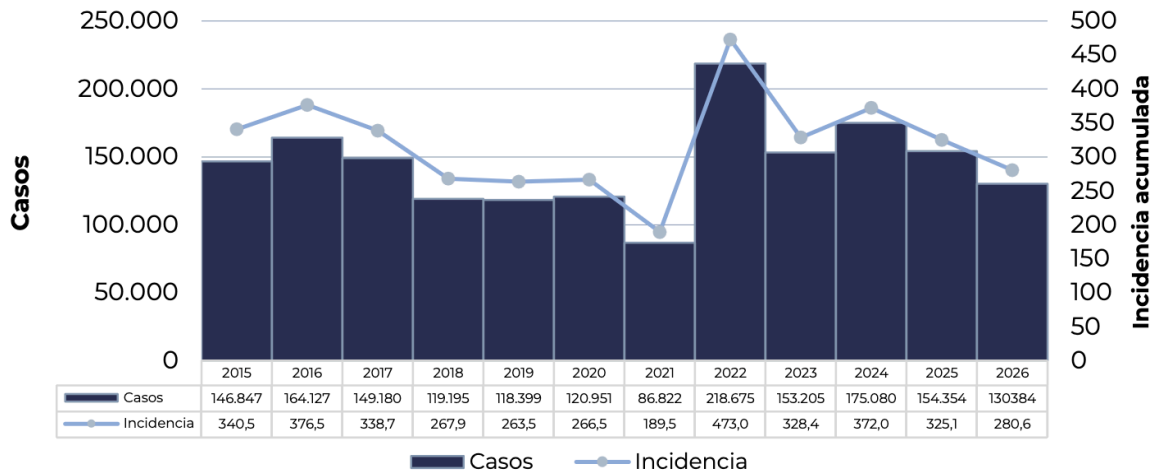
El síndrome de Reye, actualmente muy infrecuente, se ha asociado a la infección por influenza y al uso de ácido acetilsalicílico durante la enfermedad. Por este motivo, no se debe administrar aspirina a niños con influenza o sospecha de influenza. Asimismo, los niños que requieren tratamiento crónico con aspirina o salicilatos como aquellos con artritis idiopática juvenil o enfermedad de Kawasaki deben considerarse en mayor riesgo de complicaciones.

Además, Influenza es un factor de riesgo independiente de infecciones bacterianas graves, como la enfermedad neumocócica invasiva o las infecciones graves por *Staphylococcus aureus*. En los pacientes con esta coinfección, se reporta mayor morbi-mortalidad asociada.

5. Carga de enfermedad por Influenza

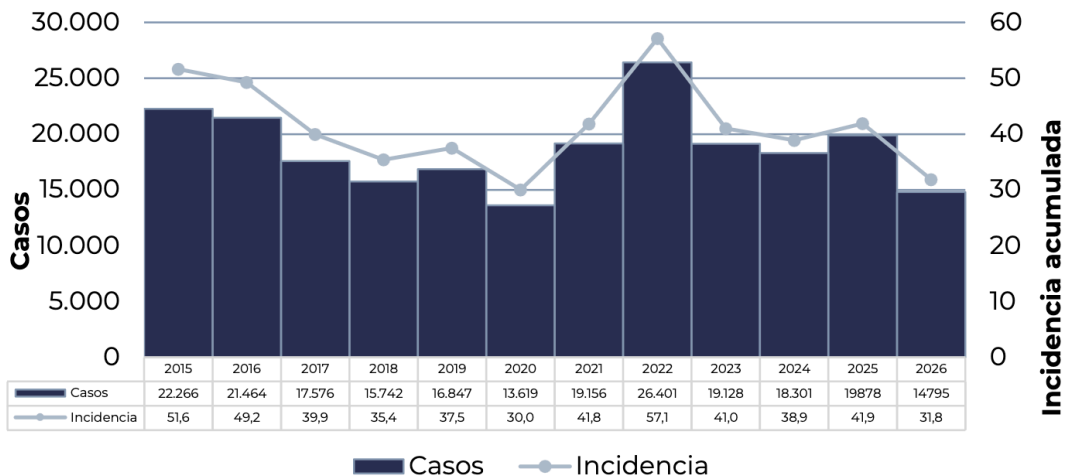
En relación con la carga de enfermedad por infecciones respiratorias en 2026, los datos de vigilancia evidencian una actividad moderada en las primeras semanas del año. Hasta la semana epidemiológica (SE) 10 se notificaron 97.094 casos de enfermedad tipo influenza (ETI) y 14.795 casos de neumonía. (Figuras 7 y 8)

Figura 7. Casos e Incidencia Acumulada de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE10. Argentina



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

Figura 8. Casos e Incidencia Acumulada de Neumonía por 100.000 habitantes. Años 2015-2026. SE10. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En relación a los casos ambulatorios, a través de la vigilancia centinela en Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA), se identificó un leve incremento de influenza hacia finales de 2025, con predominio de influenza B, mientras que en 2026 las detecciones se mantienen bajas.

Por otro lado, en cuanto a las personas hospitalizadas en el país, se notificaron durante 2026 hasta SE11 un total de 203 detecciones de influenza, con predominio de influenza A (n = 137), y un menor número de casos de influenza B (n = 48). Entre los casos de influenza A, 66 cuentan con subtipificación: 8 corresponden a influenza A (H1N1)pdm09 y 58 a influenza A (H3N2). En cuanto a

influenza B, 18 casos corresponden al linaje Victoria, mientras que el resto no presenta identificación de linaje.

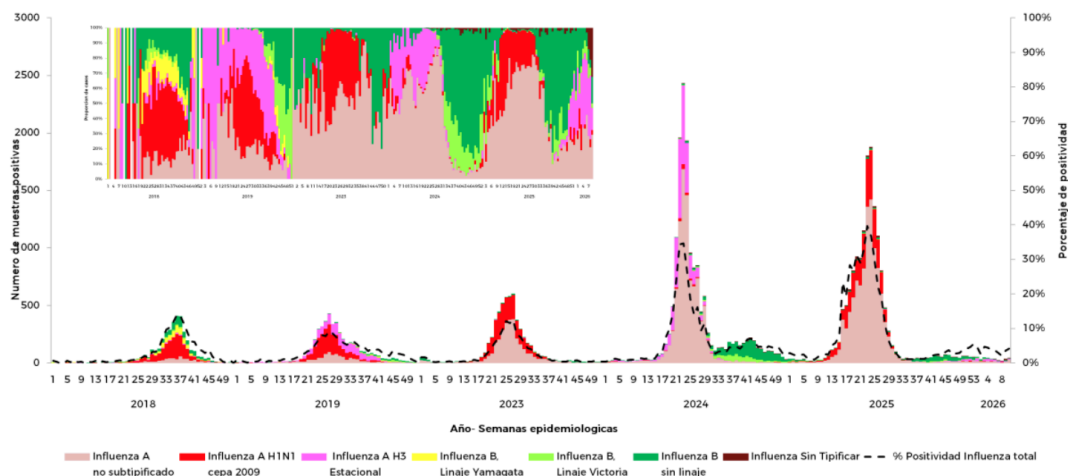
En relación con la distribución por grupos etarios de las detecciones acumuladas en personas hospitalizadas, entre la semana epidemiológica (SE) 1 de 2025 y la SE 11 de 2026, se observa que los casos positivos para influenza predominaron en adultos mayores y en el grupo de 45 a 64 años, seguidos por los niños de 5 a 9 años.

6. Circulación viral y estacionalidad

Durante 2025 se registraron casos de influenza de manera continua a lo largo de todas las semanas epidemiológicas. A partir de la semana epidemiológica (SE) 11 se evidenció un incremento sostenido en las detecciones, con predominio de influenza A sin subtipificar y del subtipo A (H1N1). El pico de notificaciones semanales se alcanzó entre las SE 22 y 26, tras lo cual se observó una tendencia descendente. Hacia las últimas semanas del año, se verificó un leve aumento en las detecciones, con predominio de influenza B a partir de la SE 36, acompañado por la circulación de influenza A, incluyendo el subtipo A (H3N2).

Según los datos de la Vigilancia Universal de Virus Respiratorios de la Red de Laboratorios, durante las primeras 10 semanas epidemiológicas (SE) de 2026 el número de casos de influenza se ha mantenido relativamente estable, aunque con un leve incremento en el porcentaje de positividad.

Figura 9. Distribución de notificaciones de virus influenza según tipos, subtipos y linajes y porcentaje de positividad, por Semana epidemiológica. SE01/2018- SE10/2026. Argentina.



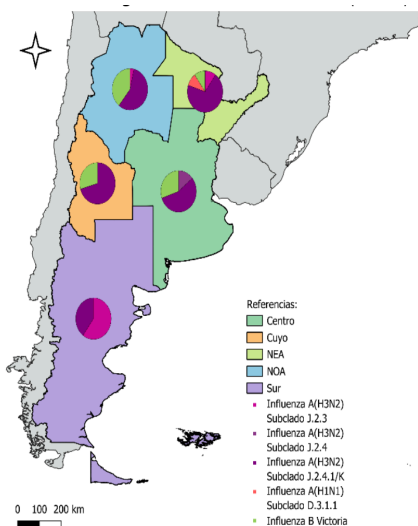
Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En el análisis regional, se observa que durante la temporada 2025 los casos de influenza iniciaron su ascenso en las regiones del Noroeste (NOA) y Sur. En las semanas subsiguientes, se evidenció una tendencia creciente en las detecciones en el resto de las regiones del país. En la actualidad, los casos se mantienen en niveles bajos en todas las regiones. (Ver Figura 5)

El subclado K (también nombrado en reportes como J.2.4.1) es una variante reciente que se está expandiendo en Argentina. Entre las SE 1/2025 y la SE 11/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia recibió muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones. De ellas pudo realizarse la secuenciación genómica de 132 casos, de los cuales el **84%** (94) correspondieron al subclado **J.2.4.1 (K)**, 28 al subclado J.2.3, 6 al subclado J.2.4, 3 al subclado J.2 y 1 al subclado J.2.2.

El subclado J.2.4.1 (K) ha sido el predominante en todos los grupos etarios, con mayor número de casos secuenciados han sido los menores de 10 años (26 casos) y los mayores de 60 años (17 casos). También predominó en la mayoría de las regiones del país a excepción de la región Sur donde el mayor número de casos secuenciados correspondió al subclado J.2.3 de Influenza A (H3N2), con un número limitado de detecciones. El único caso secuenciado de Influenza A (H1N1) subclado D.3.1.1 se identificó en la región del NEA, específicamente en Formosa. Por su parte, Influenza B linaje Victoria fue detectada en todas las regiones, con excepción de la región Sur.

Figura 10. Distribución de casos de Influenza estudiados por el LNR por tipo, subtipo y caracterización genómica, según la Región de residencia. Argentina. SE 1 a SE 11, Año 2026 (n = 103).



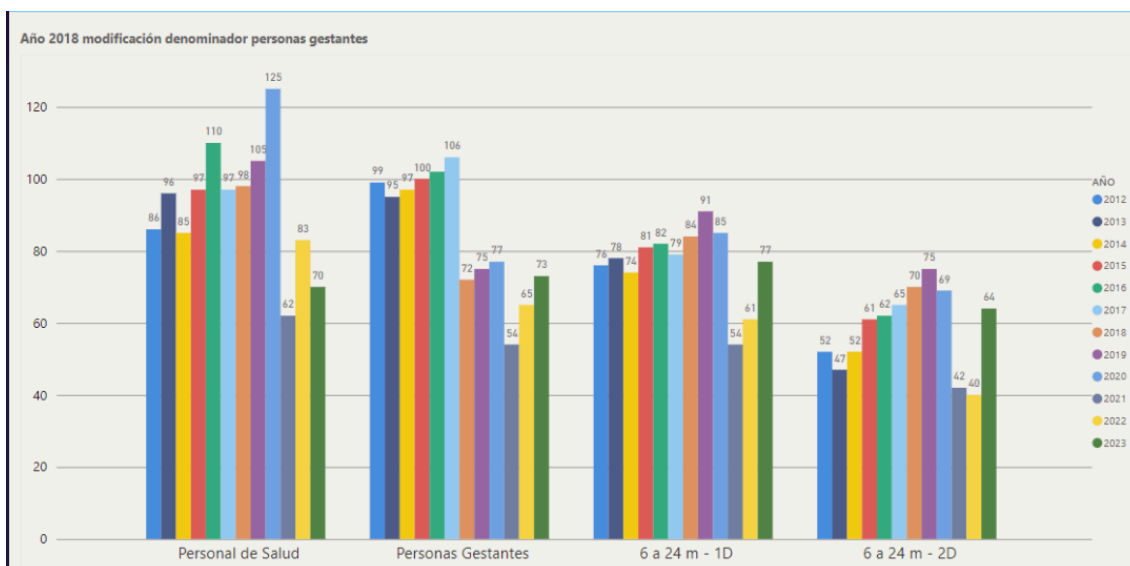
Fuente: elaboración del Servicio Virosis Respiratorias y el Departamento de Epidemiología del INEI-ANLIS en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0. y del LNR.

En relación a la influenza aviar, entre la SE 2 de 2022 y la SE 9 de 2026, 21 países y territorios de las Américas notificaron 5.744 brotes en distintas especies de aves y mamíferos. En Argentina, durante 2026, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó hasta el momento 21 brotes de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) en Buenos Aires, CABA, Córdoba y Río Negro, con identificación de IAAP H5 clado 2.3.4.4b. Al 30 de marzo de 2026 no se confirmaron casos en humanos en el país.

7. Estrategias de prevención disponibles

Las principales estrategias para limitar la transmisión y así reducir complicaciones, hospitalizaciones, secuelas y muertes en la población con mayor riesgo, continúan siendo la vacunación y las medidas preventivas personales como el lavado de manos, cubrirse al toser o estornudar, evitar el hacinamiento, ventilación de los ambientes, etc. Además asegurar el diagnóstico oportuno y el manejo clínico de los casos, la adecuada aplicación de las medidas de aislamiento al atender a pacientes con infección respiratoria y la vacunación estacional. En Argentina la vacuna antigripal se incorporó al Calendario Nacional de Vacunas en el año 2011 con el objetivo de reducir las complicaciones graves, hospitalizaciones, secuelas y mortalidad asociadas al virus de la influenza, especialmente en grupos de riesgo logrando coberturas mayores o iguales al 95% en cada subgrupo de la población objetivo. En los últimos años no se ha alcanzado óptimas coberturas para ninguna de las vacunas del calendario y la vacuna antigripal no escapa de esta problemática.

Figura 11. Porcentaje de coberturas. Vacuna Antigripal 2012-2023.



Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI). Noviembre 2024

La vacuna antigripal incluye diferentes cepas del virus Influenza que pueden ser modificadas año a año según las variantes circulantes. El Programa Mundial de la Gripe de la OMS coordina la vigilancia global, monitorea la evolución de los virus (incluidas cepas pandémicas) y actualiza la composición de las vacunas. El comité asesor sobre la composición de la vacuna contra influenza de la OMS recomendó en septiembre del 2025 la composición trivalente actualizada de la vacuna para el hemisferio sur 2026, tanto para plataformas basadas en huevo como para aquellas de cultivo celular, proteína recombinante o ácido nucleico. Debido a la ausencia continua de detección de virus del linaje B/Yamagata desde marzo de 2020 a nivel global, se recomienda desde el 2023 la exclusión de este antígeno de la composición de la vacuna

Las vacunas disponibles en los subsistemas público y privado la temporada 2026 se detallan en las Tablas 6 y 7.



Tabla 6. Vacunas disponibles en el subsistema público la temporada 2026.

Vacuna	Dosis	Dosis y población	Ingredientes activos	Cepas
Trivalente inactivada	7,5 µg hemaglutinina viral en 0,25 mL (AGRIPPAL® S1 Junior)	6 meses a 35 meses	Antígenos de superficie de virus influenza (H y N) inactivados cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas	A/Missouri (H1N1)pdm09 A/Singapur/ (H3N2)
	15 µg hemaglutinina viral en 0,5 mL (AGRIPPAL® S1)	entre 3 y 64 años		
	15 µg hemaglutinina viral en 0,5 mL (INFLUVAC®)			
Trivalente inactivada adyuvada	15 µg hemaglutinina viral con adyuvante MF59C1 en 0,5 mL (FLUAD®)	65 años y más	Antígenos de superficie de virus influenza (H y N) inactivados cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas con adyuvante MF59C.1	B/Austria (linaje Victoria)

De 6 meses a 8 años (inclusive) de edad: 2 dosis (de 0.25 o 0.5 ml de vacuna inactivada según edad) separadas por 4 semanas. Excepto aquellos quienes han recibido dos dosis de vacuna antigripal anteriormente deberán recibir solo una dosis.



Tabla 7. Vacunas disponibles en el subsistema privado la temporada 2026.

Vacuna	Dosis	Población	Ingredientes activos	Cepas
Trivalente cultivo celular	15 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (FLUCELVAX®)	a partir de los 6 meses	Antígenos de superficie (H y N) cultivados en líneas celulares	A/Missouri (H1N1)pdm09 A/Sidney (H3N2) B/Austria (linaje Victoria).
Trivalente inactivada	15 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (INFLUVAC TRIVALENTE®)	a partir de los 6 meses	Antígenos de superficie de virus influenza (H y N) inactivados cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas	A/Missouri (H1N1)pdm09 A/Singapur(H3N2) B/Austria (linaje Victoria).
Tetraivalente inactivada	15 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (INFLUVAC TETRA®)			A/Missouri (H1N1)pdm09, A/Singapur(H3N2) B/Austria (linaje Victoria) B/Phuket (linaje Yamagata)
	15 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (ISTIVAC 4®)			
Tetraivalente inactivada adyuvantada	15 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (FLUAD TETRA®)	a partir de los 50 años	Antígenos de superficie de virus influenza (H y N) inactivados cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas con adyuvante MF59C.1	A/Singapur(H3N2) B/Austria (linaje Victoria) B/Phuket (linaje Yamagata)
Tetraivalente inactivada altas dosis	60 µg hemaglutinina viral 0,5 mL (EFLUELDA®)	a partir de los 60 años	Antígenos de superficie de virus influenza (H y N) inactivados cultivados en huevos fertilizados de gallinas sanas	

Como se mencionó anteriormente la composición de vacunas recomendada para esta temporada es trivalente, sin embargo, si se dispone de vacunas cuadrivalentes, las mismas pueden ser administradas sin inconvenientes.

Si bien las vacunas incluida para esta temporada no contiene el nuevo subclado, los resultados preliminares de efectividad de la vacuna durante la temporada 2025-2026 en el hemisferio norte indican que la vacunación ofrece una protección similar a la de años previos frente a enfermedad asociada a influenza, incluida la hospitalización.



Efectividad de la vacuna antigripal

Históricamente, la protección general suele oscilar entre el 40 % y el 60 % cuando los virus circulantes coinciden bien con las cepas de la vacuna. Según los informes preliminares de la red de vigilancia del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) publicados en marzo de 2026, informan que si bien la eficacia de la vacuna contra la gripe de la temporada 2025-2026 fue menor que en temporadas anteriores, confirió protección contra la hospitalización en la mayoría de los grupos de edad. Los datos clave son:

- La vacuna ha reducido el riesgo de visitas a urgencias y consultas médicas externas entre un 38 % y 41 %.

-Se ha registrado una efectividad del 41 % para prevenir ingresos hospitalarios relacionados con la gripe en pediatría.

-Protección según el tipo de virus (Temporada 2025-26) La efectividad varía dependiendo de la cepa que esté circulando predominantemente: Influenza A (H3N2): Reducción del riesgo de visitas ambulatorias en un 35 % y de hospitalizaciones en un 38 %. Influenza B: La protección es notablemente más alta, oscilando entre el 45 % y el 71 % para casos ambulatorios.

La seroprotección se obtiene generalmente en 2 a 3 semanas posterior a la vacunación. La duración de la inmunidad después de la vacunación a las cepas homólogas o a cepas estrechamente relacionadas a las contenidas en la vacuna varía, usualmente es de 6 a 12 meses. La respuesta a la vacuna puede ser menor a la esperada en personas con inmunocompromiso.

Vacuna adyuvantada: la respuesta de anticuerpos a Flud® es mayor cuando se compara con la de otras vacunas que carecen de adyuvante. Esto es más marcado por los antígenos de la influenza B y A/H3N2. Esta respuesta aumentada se ha observado particularmente en adultos mayores con títulos pre-vacunación bajos y/o con enfermedades subyacentes (diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias) quienes tienen mayor riesgo de complicaciones por la influenza. La vacuna puede aplicarse en personas a partir de los 50 años de edad. Flud® no está indicado para su uso en niños. No se dispone de datos sobre el uso de Flud® en embarazadas

Población objetivo

- Niños de 6 a 24 meses de edad.
- Personas de 65 años o más.
- Embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre.
- Personal de salud.
- Personas entre 24 meses y 64 años inclusive con factores de riesgo (ver tabla 5).
- Personal estratégico: cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales como Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad.
- Puérperas: hasta 10 días posparto, que no hayan recibido la vacuna durante el embarazo.



Tabla 8. Factores de riesgo: grupo de 24 meses a 64 años.

Enfermedades respiratorias	a) Crónica: hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomía crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, etc. b) Asma moderada y grave.
Enfermedades cardíacas	a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatías. b) Cardiopatías congénitas.
Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica)	a) Infección por VIH/sida. b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días). c) Inmunodeficiencia congénita. d) Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica). e) Desnutrición grave.
Enfermedad oncohematológica y trasplante	a) Tumor de órgano sólido en tratamiento. b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa. c) Trasplante de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos.
Otros	a) Obesidad b) Diabetes. c) Insuficiencia renal crónica en diálisis o expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses. d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años. e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves. f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años. g) Convivientes de personas con enfermedad oncohematológica. h) Convivientes de personas recién nacidas prematuras menores de 1.500g.

Coadministración con otras vacunas

Las vacunas antigripales pueden coadministrarse junto con otras vacunas. En estos casos deben aplicarse con una distancia mínima de 2,5 cm entre una y otra vacuna.



Seguridad de la vacuna antigripal

Las vacunas son seguras, pueden presentar efectos adversos que suelen ser leves. El beneficio de la vacunación es mayor que los posibles riesgos.

Las posibles reacciones adversas pueden ser:

Tabla 9: Reacciones adversas de las vacunas antigripales disponibles temporada 2026.

	Reacciones adversas observadas en los ensayos clínicos	Reacciones adversas post-comercialización
Agrippal®S1 Junior Agrippal® S1e Influvac®	Frecuentes: cefalea, sudoración, mialgias y artralgias, fiebre, malestar, escalofríos, fatiga, temblor, reacciones locales como enrojecimiento, tumefacción, dolor, equimosis e induración. Estas reacciones habitualmente desaparecen tras uno o dos días, sin necesidad de tratamiento.	Debido a que estos eventos fueron reportados voluntariamente por una población de tamaño incierto, no es posible estimar su frecuencia o establecer, para todos los eventos, una relación causal con la vacuna. Trombocitopenia, linfadenopatía, reacción similar a la celulitis en el sitio de inyección, reacciones alérgicas que en raros casos desencadenan en shock, neuralgia, parestesias, convulsiones febriles, trastornos neurológicos como encefalomiелitis, neuritis y síndrome de Guillain Barré, síncope, presíncope, prurito, urticaria, rash inespecífico, angioedema, y vasculitis raramente asociada a compromiso renal transitorio
Fluad®	Dolor en el sitio de inyección, sensibilidad local, eritema, induración e hinchazón, fatiga, dolor de cabeza, escalofríos, artralgia y mialgia.	Trombocitopenia, tumefacción extensa en el miembro inyectado, astenia, reacciones alérgicas que en raros casos desencadenan en shock, debilidad muscular, dolor en la extremidad, encefalomiелitis, síndrome de Guillain-Barré, convulsiones, neuritis, neuralgia, parestesia, síncope, presíncope, mareos, eritema multiforme, urticaria, prurito, rash inespecífico, angioedema y vasculitis

Contraindicaciones Absolutas

- Antecedente de reacción anafiláctica a una dosis previa de la vacuna contra la influenza.
- Reacción anafiláctica o alérgica grave a alguno de los componentes de la vacuna (excepto el huevo).



Precauciones

- Enfermedad febril o infección aguda moderada a severa: esperar y citar para vacunar a corto plazo.
- Los pacientes con alergia grave al huevo pueden ser vacunados en establecimientos de salud con personal capacitado en el reconocimiento y tratamiento de reacciones alérgicas graves.
- Antecedentes de Síndrome de Guillain-Barré ocurrido dentro de las seis semanas de haber recibido una dosis de vacuna antigripal en el caso de haberse descartado otras causas.

8. Recomendación SAP

- La vacunación antigripal es la mejor estrategia para la prevención de complicaciones y muertes por gripe. Debe ser efectuada en forma oportuna.
- Las coberturas óptimas deben alcanzar el 95 % para lograr los objetivos principales de la vacunación: evitar complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad por virus influenza. Se debe reforzar la indicación de vacunas en todos los grupos de población objetivo. Se aconseja brindar información clara para la población sobre seguridad y efectividad de las vacunas para mejorar la adherencia a la aplicación de estas.
- **Se recomienda extender la edad de vacunación anual en todos los niños hasta los 5 años ya que es un grupo etario frecuentemente afectado**, que muchas veces presenta complicaciones con necesidad de internación. Además, la vacunación en la población pediátrica presenta beneficios adicionales porque más allá de evitar el contagio, la vacuna es altamente efectiva para prevenir complicaciones graves como sepsis, sinusitis e infecciones del oído medio. También, como efecto indirecto, la vacunación infantil ayuda a reducir la transmisión comunitaria, protegiendo indirectamente a familiares y personas vulnerables.

3. SARS-CoV-2

a) Características del virus

Los coronavirus (CoV) son virus envueltos, no segmentados, con genoma de ARN monocatenario. Los coronavirus poseen una elevada capacidad de mutación y recombinación genética, lo que favorece la emergencia de nuevas variantes con potencial de transmitirse entre especies. Este fenómeno, conocido como *spillover*, ha sido clave en la aparición de coronavirus con capacidad de infectar al ser humano.

Las partículas virales son predominantemente esféricas y su envoltura contiene las principales proteínas estructurales: la proteína S (espiga o *spike*), la proteína E (envoltura) y la proteína M (membrana). La entrada del virus a la célula huésped se produce mediante la interacción entre la glicoproteína S de la superficie viral y la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2), presente en células del epitelio respiratorio y en enterocitos.



b) Presentación clínica

La COVID-19 cursa de forma asintomática en más del 30 % de los niños infectados. Entre los casos sintomáticos, las manifestaciones más frecuentes son leves, principalmente fiebre y tos. Si bien la mayoría de los cuadros pediátricos presenta una evolución clínica benigna, una pequeña proporción puede desarrollar enfermedad grave, incluyendo insuficiencia respiratoria. Sin embargo, pueden presentarse manifestaciones extrapulmonares potencialmente graves, que incluyen compromiso cardiovascular, neurológico, hematológico y gastrointestinal. Las formas respiratorias más severas se observan con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades subyacentes.

El síndrome inflamatorio multisistémico asociado temporalmente a la COVID-19 (SIM-C) presenta dos formas de presentación: uno con manifestaciones inespecíficas que puede progresar a shock, y otro con características similares a la enfermedad de Kawasaki.

SIM-C se caracteriza por una respuesta inflamatoria sistémica, compromiso cardiovascular y manifestaciones clínicas que pueden superponerse con las del síndrome de Kawasaki (KL-C). Con una incidencia menor al 0,01 % de los casos de COVID-19, suele presentarse entre 2 y 6 semanas posteriores a la infección. Las formas más graves cursan con compromiso multisistémico significativo, pudiendo manifestarse como miocardiopatía, shock cardiogénico y arritmias.

Se destaca el compromiso cardiovascular como la principal causa de morbimortalidad relacionada a SIM-C y KL-C, ambos cuadros tanto en la fase aguda como a largo plazo pueden causar secuelas irreversibles. Por este motivo su reconocimiento e intervención inmediata son fundamentales. La frecuencia de SIM-C disminuyó después de 2021, probablemente relacionado con los cambios antigénicos en el virus y la vacunación.

Los factores de riesgo de progresión a formas graves son edad menor a un año, sobre todo menor de tres meses, la prematuridad y la presencia de enfermedades crónicas como el asma, las enfermedades neurológicas, la diabetes y la obesidad se asociaron a mayor riesgo de formas graves.

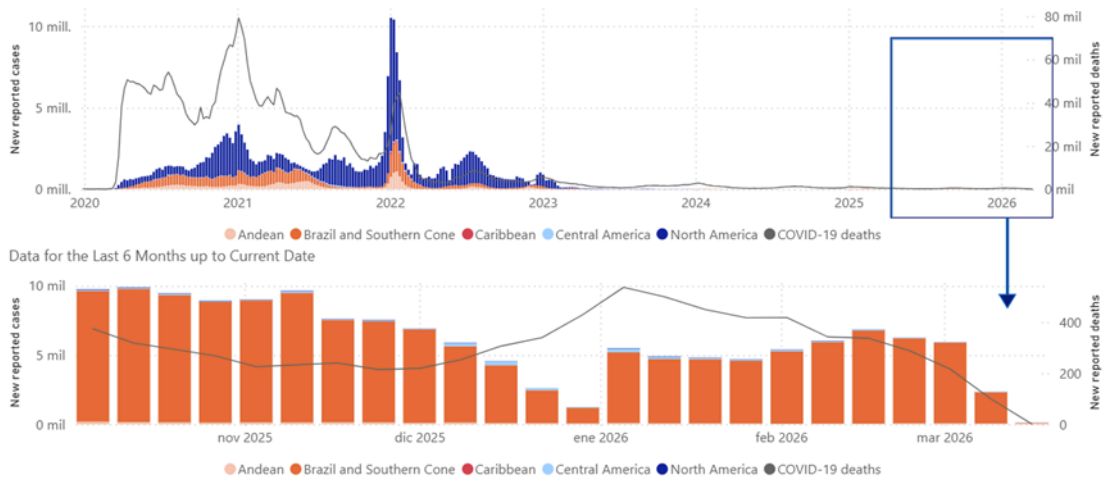
COVID prolongado o Long-COVID se ha notificado en pacientes pediátricos. El COVID prolongado consiste en la persistencia de síntomas posteriores a la infección, comprende un heterogéneo grupo de condiciones e incluso puede ocurrir después de una infección asintomática.

Cuando se presenta durante el embarazo, la infección por SARS-CoV-2 se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, retardo en el crecimiento intrauterino y otras complicaciones perinatales.

c) Carga de enfermedad por COVID19

En la Región de las Américas hasta marzo de 2026, se registraron más de 193 millones de casos y 3 millones de fallecimientos. Si bien en los últimos años se observó una reducción en el número de casos respecto de temporadas previas, el virus continúa ocasionando incrementos periódicos en casos, hospitalizaciones y fallecimientos.

Figura 12. COVID-19: Casos reportados y fallecimientos en la Región de las Américas. Desde el 1 de enero de 2020 a la actualidad

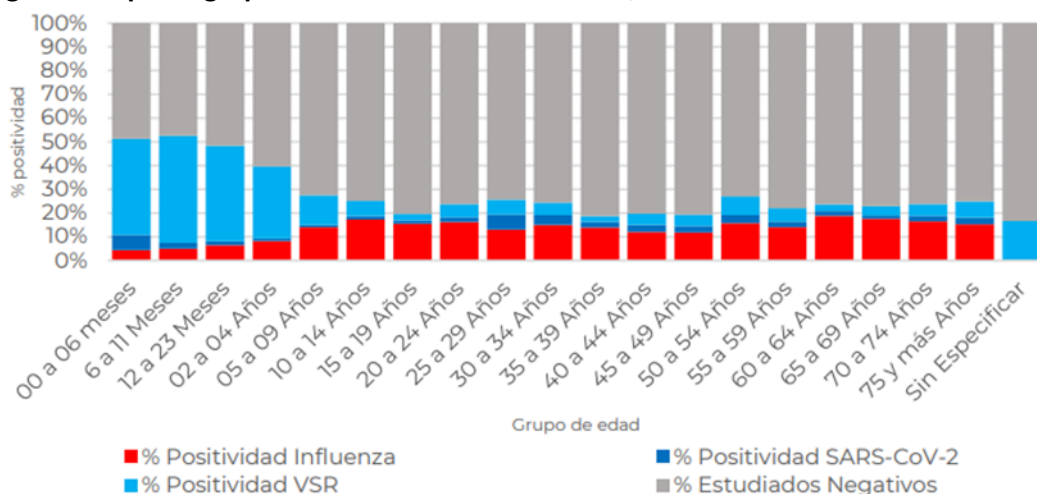


Fuente: Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 weekly updates: Region of the Americas. Disponible en: <https://www.paho.org/en/covid-19-weekly-updates-region-americas>

En relación con la situación en Argentina, de acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, durante 2025 y en las primeras semanas de 2026 las detecciones de SARS-CoV-2 se mantienen en niveles bajos en relación con lo registrado en años anteriores.

En 2025 se notificaron más de 3.000 casos en personas internadas. Asimismo, en relación con los grupos de edad más afectados, la vigilancia centinela de casos internados por infección respiratoria aguda grave (IRAG) mostró que, entre la SE18/2024 y la SE53/2025, el porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 fue mayor en los menores de 6 meses, seguido por los adultos y los niños menores de 2 años.

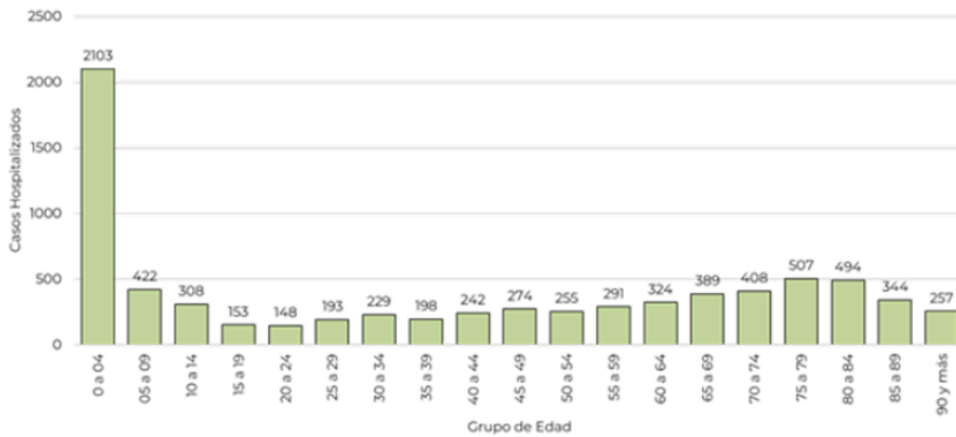
Figura 13. Porcentaje de positividad de virus SARS-CoV-2, influenza y VSR y porcentaje de muestras negativas por grupos de edad acumulados, en casos de IRAG. SE18/2024 a



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional N.º 790, SE 53/2025.

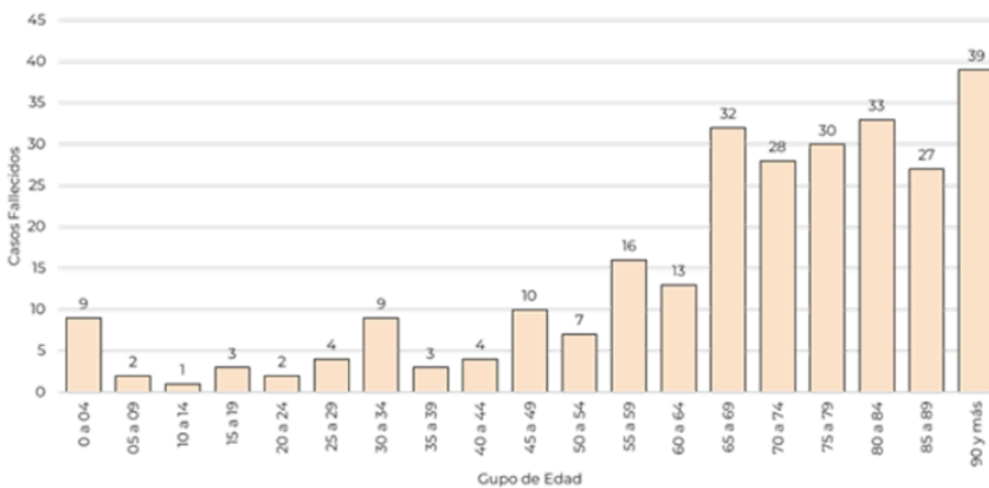
Además, según un informe que analizó el período comprendido entre la SE1 de 2024 y la SE24 de 2025, los menores de 5 años concentraron el mayor número de casos hospitalizados.

Figura 14. Casos confirmados de SARS-COV-2 hospitalizados por grupos de edad (n=7.539*). SE1/2024 a SE 24/2025. *



*Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Se excluyen 10 casos sin datos de edad. **Casos de acuerdo a Fecha Mínima. La información se actualiza periódicamente de acuerdo a los registros en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.

Figura 15. Casos confirmados de SARS-COV-2 fallecidos por grupos de edad (n=272*). SE1/2024 a SE 24/2025.*



*Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. * 6.088 (80,6%) casos hospitalizados sin datos de evolución o edad. **Casos de acuerdo a Fecha Mínima

Los casos más severos en términos de hospitalización y fallecimientos, se concentran en niños, adultos mayores y huéspedes con condiciones crónicas.

d) Circulación viral y estacionalidad

En Argentina, al igual que en otros países del mundo, aún no es posible establecer con precisión un patrón estacional definido para la circulación de SARS-CoV-2. Sin embargo, en el período post pandémico se han observado ascensos periódicos de casos.

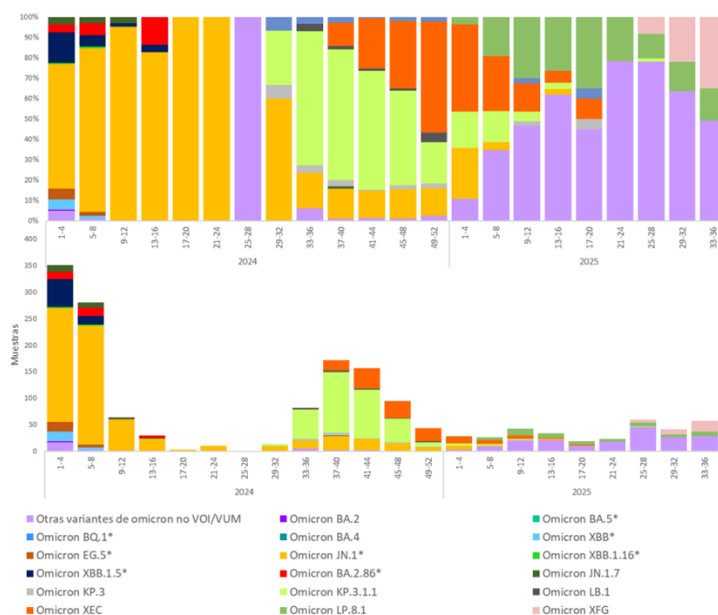
Durante 2025, se observó un ligero incremento en el número de casos y en el porcentaje de positividad con un ascenso marcado entre las SE 41 y SE 45. En este período se alcanzaron los valores más elevados de positividad, con un máximo en la SE 45 (26,4%). Este aumento se registró en todas las regiones del país, fue más pronunciado en NEA y NOA. (Fig.6)

Si bien múltiples factores contribuirían al incremento de los casos de COVID-19, cambios en el virus SARS-CoV-2 podrían modificar propiedades vinculadas tanto a su transmisibilidad como a la gravedad de la enfermedad. En este sentido, la vigilancia genómica resulta una herramienta clave para el seguimiento y la detección de variantes de interés (VOI) y variantes bajo monitoreo (VUM).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación, en Argentina, la situación de variantes de SARS-CoV-2 se caracteriza por una circulación exclusiva de la variante Ómicron, con predominio de las variantes de Ómicron no VOI/VUM en las últimas semanas analizadas y detecciones de casos de variantes XFG y LP.8.1 en las semanas 25 a 36 de 2025.

En conjunto, la persistencia de la circulación de SARS-CoV-2, la ocurrencia de casos graves y fallecimientos en los grupos más vulnerables, y la dinámica evolutiva del virus, refuerzan la importancia de sostener la estrategia integrada de vigilancia epidemiológica y vacunación.

Figura 16. Distribución absoluta y relativa de variantes identificadas según fecha de toma de muestra por cuatrisesmanas. SE01/2024- SE36/2025. Total país.



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional N.º 781, SE 44/2025



e) Estrategias de prevención disponibles

La protección contra COVID-19 tiene como objetivo principal lograr una respuesta inmune contra la glicoproteína S (espiga). En la tabla 7 se describen las plataformas y la denominación de las vacunas utilizadas en Argentina. Las vacunas disponibles actualmente están basadas en la estimulación del sistema inmunológico mediante la administración de ARN mensajero o proteínas recombinantes.

Tabla 10. Plataformas de elaboración y denominación de las vacunas utilizadas actualmente en Argentina.

NOMBRE TÉCNICO	LABORATORIO PRODUCTOR	NOMBRE COMERCIAL	TÉRMINO UTILIZADO EN ESTE CONSENSO
ÁCIDOS NUCLEICOS			
Se basan en la administración de ARN mensajero autoamplificante, que utiliza como vectores de entrada sistemas no virales como nanopartículas lipídicas sintéticas, nanoemulsiones catiónicas o mecanismos de electroporación. El ARNm sin ingresar al núcleo celular produce la proteína que contiene en su código.			
Ómicron JN.1 Moderna	Moderna TX	Spikevax™	MODERNA JN.1
BNT JN.1	Pfizer-BioNTech	COMIRNATY	PFIZER JN.1
SUBUNIDADES PROTEICAS			
Se basan en la producción, mediante ingeniería genética, de componentes específicos del virus que estimulan una respuesta inmune.			
Ómicron JN.1	Cassará	ARVAC	ARVAC JN.1

Fuente: Prospectos oficiales de las vacunas COVID-19 autorizadas en Argentina por ANMAT (Spikevax JN.1, Comirnaty, ARVAC), consultados agosto 2025.

En la Tabla 8 se describen la composición y los excipientes de las vacunas contra la COVID-19 disponibles en la Argentina.



Tabla 11. Composición y excipientes de las vacunas contra la COVID-19 disponibles en la Argentina (datos actualizados en agosto de 2025)

COMPOSICION	EXCIPIENTES
MODERNA MONOVARIANTE	
50 microgramos de ARNm monocatenario que codifica la proteína de la espícula (S) del SARS-CoV-2, variante Ómicron JN.1	Nanopartículas lipídicas: lípido SM-102, colesterol, polietilenglicol 2000 dimiristoil glicerol (PEG2000-DMG), colesterol, 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC). Estabilizantes y amortiguadores: trometamol, clorhidrato de trometamol, ácido acético, acetato de sodio trihidrato, sacarosa.
PFIZER MONOVARIANTE	
Bretovamerán: 30 microgramos de ARNm monocatenario que codifica la proteína de la espícula (S) del SARS-CoV-2, variante Ómicron JN.1.	Nanopartículas lipídicas: ((4-hidroxibutil)azanediil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato) (ALC-0315), 2-[[polietilenglicol]-2000]-N,N-ditetradecylacetamida (ALC-0159), 1,2-diestearoil-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC), colesterol. Estabilizantes y amortiguadores: trometamina, clorhidrato de trometamina, sacarosa.
ARVAC	
50 microgramos de antígeno de superficie recombinante del virus SARS-CoV-2 (dominio de unión al receptor de la proteína de superficie espiga variante JN.1)	Gel de hidróxido de aluminio, fosfato monosódico anhidro, fosfato disódico anhidro, cloruro de sodio, L-Histidina, manitol.

Fuente: Prospectos oficiales de las vacunas COVID-19 autorizadas en Argentina por ANMAT (Spikevax JN.1, Comirnaty, ARVAC), consultados en agosto de 2025. ARNm: ácido ribonucleico mensajero; EDTA: ácido etilendiaminotetraacético.

Eficacia clínica y efectividad

La efectividad de las diferentes vacunas desarrolladas desde 2020 para disminuir el riesgo de internación y formas sintomáticas de COVID-19 es alta. Sin embargo, la efectividad varía según la variante viral y el tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna recibida.

En una revisión sistemática del 2023, Yang y col. analizan 28 ensayos controlados aleatorizados (ECA) y reportan una eficacia combinada del 95,4 % (IC95%: 88,0-98,7) para prevenir hospitalización, del 90,8 % (IC95%: 85,5-95,1) para prevenir infección grave y del 85,8 % (IC95%: 68,7-94,6) para prevenir la muerte. La eficacia de la vacuna disminuye con el tiempo, pero se incrementa rápidamente con el refuerzo.

En el caso de la vacuna ARVAC, desarrollada en Argentina a partir de subunidades proteicas recombinantes, los estudios demostraron buena inmunogenicidad en mayores de 18 años contra las diferentes variantes del SARS-CoV-2 (ancestral, gamma, ómicron, XBB y JN.1).

Se evaluó la efectividad en niños, niñas y adolescentes, y se observó que la efectividad de la vacuna contra la muerte relacionada con la infección por SARS-CoV-2 durante el predominio de ómicron fue del 66,9 % (6,4 % a 89,8 %) en niños y del 97,6 % (81,0 % a 99,7 %) en adolescentes.



Específicamente en niños entre 5 y 11 años, dos dosis de vacuna ARNm redujeron un 90 % la infección por COVID-19, luego de los primeros meses de la aplicación. Además, entre todos los menores de 18 años, la eficacia global para evitar hospitalizaciones por COVID-19 fue de 93 % cuando predominaba la variante delta.

Las vacunas demostraron eficacia para disminuir la persistencia de los síntomas luego de la enfermedad aguda. Se informa una reducción del 60-70 % de la incidencia del post-COVID en menores de 17 años vacunados. Esta protección disminuye luego de los 6 meses de aplicada la última dosis.

Las vacunas fueron efectivas en la prevención de la infección por SARS-CoV-2 a corto plazo después de la vacunación; fueron más bajas cuando predominaba la variante ómicron y disminuyeron bruscamente luego de transcurridos meses de la vacunación. Los esquemas de ARNm heterólogos mostraron una eficacia de la vacuna comparable a superior en comparación con los homólogos.

Las estimaciones de la efectividad de las diferentes vacunas son complejas, dadas la interacción de las variantes del virus, los tipos de vacunas, los grupos poblacionales y el tiempo transcurrido desde la inmunización.

Riesgos y Reacciones adversas

Los eventos adversos (EA) son principalmente leves o moderados, y pueden desarrollarse en el transcurso del primero o segundo día después de la vacunación; se resuelven dentro de los 3 días posteriores.

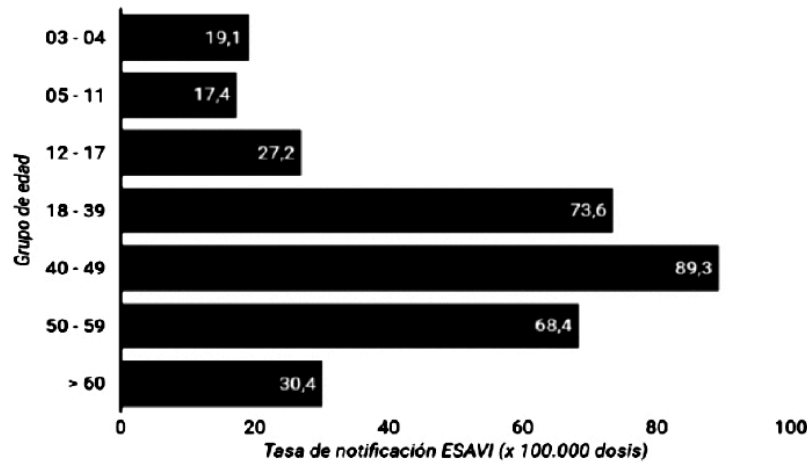
En pacientes con fiebre, mialgias o dolor local, se puede indicar tratamiento sintomático si es necesario: antihistamínicos y/o antitérmicos. El uso de estos medicamentos en estudios clínicos no ha demostrado interacciones farmacológicas.

En adultos, los eventos más frecuentes relacionados con la vacunación fueron los síntomas de tipo gripal, el malestar general y la inflamación localizada aguda. Se han notificado eventos graves muy raramente, como síndrome de Guillain-Barré (0,003-0,053/100 000 dosis), miocarditis (0,004/100 000 dosis) con todas las vacunas, y síndrome de trombosis con trombocitopenia (0,01-0,05) con vacunas de vector viral. Estos eventos fueron clasificados como indeterminados.

Los datos de la vigilancia muestran un buen perfil de seguridad para las vacunas utilizadas en la Argentina, y se corresponde con los datos de los estudios de desarrollo y los resultados de los sistemas de vigilancia de otros países.



Figura 17. Tasas de notificación de ESAVI totales según grupo etario cada 100000 dosis aplicadas. (29-12-2020 al 31-10-2022).



Fuente: Área de Seguridad en Vacunas. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Todas las vacunas se aplican por vía intramuscular. El intervalo mínimo entre dosis es de 4 semanas.

Tabla 12. Dosis de vacunas contra COVID-19 según edad

VACUNA	DOSIS SEGÚN EDAD
Spikevax® MONOVARIANTE (MODERNA) 0,10 mg/ml (a partir de los 6 meses)	6 meses a 11 años: 25 µgr (0,25 ml) 12 años y más: 50 µgr (0,5 ml)
Comirnaty® MONOVARIANTE (Pfizer-BioNTech) (a partir de los 12 años)	12 años y más: 30 µgr (0,3 ml)
Cecilia Grierson ARVAC® MONOVARIANTE (Cassará) 0,10 mg/ml (a partir de los 18 años)	18 años y más: 50 µgr (0,5 ml)

Es importante recordar que:

- No se reiniciará esquemas en ningún caso, independientemente del tiempo que haya transcurrido desde la aplicación de la primera dosis.
- Se recomienda la observación de la persona vacunada durante un período de 15 a 30 minutos posteriores a la aplicación de la dosis correspondiente.



Indicaciones de Vacunación COVID19 2026

La Comisión Nacional de Inmunizaciones (CONAIN) recomendó la incorporación de la vacuna al CNV para grupos de riesgo a partir de 2025, con el objetivo de disminuir complicaciones y muertes asociadas a la enfermedad. Además, se consideró la inclusión de la vacuna ARVAC Cecilia Grierson, desarrollada en Argentina.

Recomendaciones SAP:

En relación con la vacunación contra COVID-19, se han presentado diversos desafíos, tales como la reticencia a la vacunación (incluso en el personal de salud), la baja percepción de riesgo en pediatría, la heterogeneidad de recomendaciones a nivel internacional, la dinámica cambiante de la situación epidemiológica y la circulación de variantes antigénicas, así como dificultades en el acceso y la utilización de múltiples esquemas y plataformas en nuestro país, en un contexto de evidencia científica en evolución. No obstante, es importante destacar que todas las vacunas COVID-19 utilizadas en Argentina han demostrado un muy buen perfil de efectividad y seguridad.

En este contexto, consideramos que los niños y niñas tienen derecho a ser vacunados como parte de la inmunidad colectiva. Resulta imprescindible fortalecer las estrategias destinadas a mejorar las coberturas de vacunación, tanto para COVID-19 como para todas las vacunas del Calendario Nacional de Vacunación, promoviendo además una mayor percepción de riesgo en la comunidad y en los equipos de salud. En este sentido, sería de gran importancia evaluar la incorporación de la vacuna contra COVID-19 al Calendario Nacional, así como avanzar hacia la unificación de indicaciones junto con la vacuna antigripal, estableciendo refuerzos anuales para niños y niñas de 6 meses a 5 años inclusive, personas de 6 a 64 años con factores de riesgo o inmunocompromiso, gestantes, mayores de 65 años y personal de salud, considerando que la enfermedad puede ocasionar complicaciones, hospitalizaciones y letalidad en población pediátrica y grupos de riesgo.

Asimismo, desde la SAP hemos manifestado nuestra especial preocupación por la falta de disponibilidad en Argentina de vacunas pediátricas contra COVID-19, lo que impide que la población menor de 12 años acceda a la protección frente a esta enfermedad. Esta situación resulta particularmente crítica si se considera que los menores de 1 año constituyen el grupo con mayor incidencia de hospitalización por esta causa.

Tabla 13. Indicaciones y esquemas según edad y condición clínicas.

POBLACIÓN		ESQUEMA PRIMARIO	REFUERZO
Inmunocompetente	6 meses a 5 años inclusive	2 dosis	ANUAL
	6 años a 64 años con FACTORES DE RIESGO (1)	1 dosis	ANUAL
	Mayor a 65 años	1 dosis	ANUAL
	Gestantes	1 dosis	TODOS LOS EMBARAZOS
	Personal de Salud	1 dosis	ANUAL
Inmunocomprometidos (2)	6 meses a 5 años inclusive	3 dosis	ANUAL
	6 años a 64 años	2 o 3 dosis*	ANUAL

*Evaluar indicación particular con médico infectólogo.

Fuente: Diseño propio en base a recomendaciones CONAIN 2025, revisión bibliográfica y consenso expertos 9 de abril 2026, Comité Infectología. Comité Epidemiología. Comité de Neumonología. Sociedad Argentina Pediatría

(1) Factores de riesgo

- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad pulmonar crónica (enfermedad pulmonar intersticial, embolia pulmonar, hipertensión pulmonar, bronquiectasia, EPOC)
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, esteatosis hepática asociada a disfunción metabólica, enfermedad hepática etilica, hepatitis autoinmune)
- Fibrosis quística
- Diabetes mellitus tipo I y tipo 2
- Enfermedad cardiovascular (p. ej, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, miocardiopatías, cardiopatía congénita)
- Hemofilia
- Enfermedad neurológica (parálisis cerebral, demencia, epilepsia, enfermedad de Parkinson, lesiones de la médula espinal)
- Obesidad IMC ≥ 30 kg/m².
- Anemia drepanocítica



- Tuberculosis

(2) Inmunocomprometidos

- Personas bajo tratamiento oncológico para tumores sólidos y oncohematológicos.
- Personas receptoras de trasplante de órgano sólido en tratamiento inmunosupresor
- Personas receptoras de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCMH) en los últimos 2 años o en tratamiento Inmunosupresor
- Personas con inmunodeficiencia primaria moderada o grave
- VIH independientemente del recuento de CD4 y niveles de carga viral
- Personas bajo tratamiento activo con corticosteroides en dosis altas, otros inmunosupresores, inmunomoduladores o biológicos que causan deterioro de la respuesta inmunitaria
- Personas con enfermedades autoinmunes
- Personas con enfermedad renal crónica bajo tratamiento de hemodiálisis

Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a cualquier componente de una vacuna o a una vacuna que contenga componentes similares.
- Contraindicación temporal: enfermedades agudas graves (infecciosas y no infecciosas) o exacerbación de enfermedades crónicas, que impliquen compromiso del estado general (p. ej., asma grave no controlada).

Precauciones

- Enfermedad febril aguda grave o crónica no controlada, que implique compromiso del estado general.
- Trastornos de la coagulación o trombocitopenia como con cualquier vacuna de aplicación por vía intramuscular (IM) por el riesgo de generar hemorragias o hematomas post aplicación.



Consideraciones especiales según la vacuna

- *Pacientes con enfermedades oncológicas u oncohematológicas*

Para los pacientes que requieran o realicen tratamiento quimioterápico se recomienda indicar el esquema completo de vacunación (2 dosis) al menos 14 días antes de iniciar el tratamiento. De no ser posible, se sugiere demorar la vacunación hasta el momento en el cual exista una recuperación medular estable o se encuentren en fase de consolidación. Se administrará cualquier vacuna disponible en el vacunatorio al momento de presentarse para la vacunación. No existe contraindicación, en estos casos, para recibir ninguna de las vacunas que se encuentran disponibles en la Argentina.

- *Personas con diagnóstico de enfermedad autoinmunitaria, con tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador o sin él*

Se recomienda recibir el esquema completo de vacunación (2 dosis) contra la COVID-19. Se administrará la vacuna disponible en el vacunatorio al momento de presentarse para la vacunación. No existe contraindicación, en estos casos,

para recibir ninguna de las vacunas que se encuentran disponibles en nuestro país. En caso de encontrarse bajo tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador, se sugiere, además, respetar un intervalo con la vacunación que variará según los fármacos utilizados (Tabla 6).

Tabla 14. Intervalos entre tratamientos inmunosupresores y vacunación contra la COVID-19

TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR	INDICACIONES E INTERVALOS
Hidroxiclороquina, gammaglobulina intravenosa, corticosteroides (dosis equivalente a prednisona <20 mg/día) sulfazalina, leflunomida, micofenolato, azatioprina, anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab, golimumab), tocilizumab, antiinterleucinas 1, 17, 12 y 23 (secukinumab, ustekinumab), ciclofosfamida por vía oral	Sin modificación del tratamiento ni la vacuna.
Metotrexato, tofacitinib y baricitinib	Administrar al menos 1 semana luego de la vacunación.
Ciclofosfamida por vía intravenosa (IV)	Administrar el fármaco al menos 1 semana después de la vacuna (de ser posible).
Abatacept por vía subcutánea	Intervalo de 1 semana antes y/o después de la primera dosis de la vacuna. No se requiere ningún intervalo con la segunda dosis.
Abatacept por vía IV	Intervalo de 4 semanas antes y/o 1 semana después de la primera dosis. No se requiere ningún intervalo con la segunda dosis.
Rituximab	Intervalo de 4 semanas antes y/o 2 a 4 semanas después de la vacunación.

Fuente: Adaptada de: COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Summary for Patients with Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. Developed by the ACR COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Task Force. Disponible en:

<https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/COVID-19-Vaccine-Clinical-Guidance-Rheumatic-Diseases-Summary.pdf>



- *Vacunación de personas con historia previa de síndrome de Guillain-Barré (SGB)*

Tabla 15. Indicaciones de vacunación en personas con antecedente de síndrome de Guillain-Barré

Antecedente	Definición	Conducta
Personas con antecedentes de SGB no relacionado a vacunas	Casos en los que se haya identificado otra causa o no existiera el antecedente de aplicación de una vacuna potencialmente relacionada al SGB en las 6 semanas previas a la aparición del cuadro.	Puede administrarse la vacuna contra la COVID-19.
Personas con antecedentes de SGB relacionado a vacunas	Cuando existiera el antecedente de aplicación de una vacuna potencialmente relacionada al SGB en las 6 semanas previas a la aparición del cuadro.	Deberá evaluarse el riesgo beneficio de la administración de la vacuna (nivel de exposición, riesgo de complicaciones, etc.).
Personas con antecedentes de SGB después de recibir una vacuna contra la COVID-19	Por ej. post primera dosis de una vacuna contra la COVID-19.	Contraindicación para recibir otra dosis de vacuna contra la COVID-19

Fuente: Ministerio de Salud. Informe especial de CONASEVA. Disponible en:

<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/informe-especialcomision-nacional-de-seguridad-en-vacunas-abril-2021>

- *Vacunación de personas con historia de alergias*

Todas las vacunas pueden producir diversos efectos adversos con frecuencias variables. Las reacciones alérgicas inducidas por vacunas son raras y suelen suceder por el contacto de un individuo susceptible con diversos componentes o excipientes vacunales que inducen una respuesta inmunitaria. En la tabla 8, se detallan las conductas ante distintas condiciones alérgicas. En todos los casos mencionados en la tabla, se recomienda consultar con el especialista en alergia. Se debe guardar un período de observación de 15 a 30 minutos luego de la vacunación.



Tabla 16. Indicaciones de conducta en personas con historia previa de alergias

CONDICIÓN CLÍNICA	CONDUCTA
Alergia previa a alguno de los componentes de la vacuna contra la COVID-19 Anafilaxia a otras vacunas	Las personas que hayan presentado alergia grave o reacción anafiláctica posterior a: Vacuna ARNm (Pfizer-BioNTech/Comirnaty o Spikevax/Moderna): pueden recibir un esquema completo de la vacuna inactivada Sinopharm en un ambiente controlado, previa consulta a su alergista de cabecera. Vacuna inactivada (Sinopharm): pueden completar esquema con vacuna de ARNm si esta vacuna se encuentra aprobada para dicho grupo etario.
Exacerbación de enfermedad crónica, que implique compromiso del estado general (p. ej., asma grave no controlada). Presencia de crisis alérgica aguda al momento de concurrir a vacunarse. Episodio agudo de asma leve o moderada al momento de concurrir a vacunarse.	Contraindicación temporal (vacunación en ambiente controlado* solo al finalizar el episodio agudo)
Anafilaxia y reacciones alérgicas graves inmediatas a la primera dosis de vacuna contra la COVID-19.	Contraindicación para la segunda dosis
Antecedentes de anafilaxia a medicamentos, alimentos, polvo, animales, polen, veneno de insectos e idiopática, entre otros.	Precaución (vacunación en ambiente controlado y uso de premedicación)
Reacciones alérgicas no inmediatas (posterior a las 4 horas) a la primera dosis de vacuna contra la COVID-19.	Precaución para la segunda dosis (vacunación en ambiente controlado y uso de premedicación)
Antecedentes de reacciones alérgicas inmediatas y/o no graves a otra vacuna o tratamiento inyectable.	Precaución (vacunación en ambiente controlado y uso de premedicación)

*Se denomina “ambiente controlado” a una institución de salud con servicio de emergencia y/o cuidados críticos que cuenta con personal médico y de enfermería entrenado para el manejo de anafilaxia y reacciones alérgicas graves. Fuente: Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación.

Administración simultánea con otras vacunas

Todas las vacunas contra COVID-19 utilizadas en la Argentina pueden coadministrarse o aplicarse con cualquier intervalo de tiempo con las vacunas incluidas en el Calendario Nacional.



Conclusión

Hacia un modelo integral de prevención en pediatría

El abordaje de las infecciones respiratorias virales en la infancia se encuentra en un punto de inflexión. La evidencia acumulada y la disponibilidad de nuevas herramientas permiten avanzar desde un modelo centrado en intervenciones aisladas hacia un enfoque integral, que combine estrategias activas y pasivas en función de la edad, el riesgo individual y el contexto epidemiológico.

En particular, la prevención del VSR en los primeros meses de vida constituye hoy una oportunidad concreta de reducir de manera sustancial la carga de enfermedad grave, a través de la implementación complementaria de la vacunación materna y el uso de anticuerpos monoclonales de larga duración. Este enfoque, basado en la protección precoz del lactante, redefine los objetivos tradicionales de la prevención en pediatría.

De manera simultánea, la vacunación antigripal continúa siendo una herramienta fundamental para disminuir complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad, requiriendo un fortalecimiento sostenido de las coberturas y una ampliación de su alcance en la población pediátrica. El SARS-CoV-2, por su parte, se integra al escenario de virus respiratorios circulantes, manteniendo la necesidad de estrategias focalizadas en grupos de mayor riesgo.

En este marco, la Sociedad Argentina de Pediatría propone adoptar un enfoque basado en la **complementariedad de estrategias, la oportunidad de intervención y la equidad en el acceso**, con el objetivo de maximizar el impacto en salud pública.

Avanzar hacia este modelo implica no solo incorporar nuevas tecnologías, sino también fortalecer la vigilancia epidemiológica, mejorar las coberturas de vacunación y garantizar la implementación efectiva de las recomendaciones en todos los niveles del sistema de salud.

El desafío actual no es únicamente prevenir infecciones, sino **reducir de manera sostenida la carga de enfermedad, las hospitalizaciones y la mortalidad infantil**, consolidando un modelo de prevención más amplio, equitativo y basado en evidencia para la población pediátrica en Argentina.



Bibliografía consultada

1. American Academy of Pediatrics. Recommendations for the Prevention of VSR Disease in Infants and Children February 21, 2024.
2. American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Management of Bronchiolitis Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Organizational Principles to Guide and Define the Child Health Care System and/or Improve the Health of All Children Downloaded from <http://pediatrics.aappublications.org/>
3. American Academy of Pediatrics. Respiratory Syncytial Virus. En: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH (eds). Red Book: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021. pp. 629-36.
4. Ares-Gómez S, Narmeen M, Santiago-Perez MI et al. Effectiveness and impact of universal prophylaxis with Nirsevimab in infants against hospitalization for respiratory syncytial virus in Galicia , Spain:initial results of a population – based longitudinal study- Lancet Infect Dis. 2024 Aug;24(8):817-828.
5. Asociación Española de Pediatría. Manual de Inmunizaciones en línea de AEP: Virus Respiratorio Sincitial : Sección IV –Cap 43 <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-43>
6. Bardach A, Rey-Ares L, Cafferata ML, Cormick G, Romano M, Ruvinsky S, Savy v.Systematic review and meta-analysis of respiratory syncytial virus infection epidemiology in Latin America
7. Baumeister E, Duque J, Varela T, et al. Timing of respiratory syncytial virus and influenza epidemic activity in five regions of Argentina, 2007-2016. Influenza Other Respi Viruses. 2019; 13: 10–17.
8. Canadian Immunization Guidelines: Respiratory Syncytial Virus –may 17, 2024 <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci.html>
9. Carvalho T. mRNA vaccine effective against VSR respiratory disease. Nature Medicine explores the latest translational and clinical research news, with Moderna's clinical trial of a vaccine against respiratory syncytial virus in older adults. Nat Med 2023; 29:755-6.
10. CAV-AEP, 24 de Julio de 2024. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de uso de nirsevimab contra el VSR en la temporada 2024-2025.
11. Dietz E, Pritchard E, Pouwels K et al. SARS-CoV-2, influenza A/B and respiratory syncytial virus positivity and association with influenza-like illness and self-reported symptoms, over the 2022/23 winter season in the UK: a longitudinal surveillance cohort. BMC Medicine 2024;22 (1): 143.
12. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos Técnicos de Vacunación | Virus sincitial respiratorio en personas gestantes. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/lineamientos-tecnicos-de-vacunacion-virus-sincitial-respiratorio-en-personas-gestantes>
13. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Guía operativa 2024. Vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf>
14. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Unidades de Monitoreo de SARS COV-2 y OVR Normativa de vigilancia e Instructivo de Notificación al SNVS 2.0. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-04/Instructivo_UMAs_19_04_22.pdf
15. Drysdale S. A Phase 3 randomized open-label study of nirsevimab (versus no intervention) in preventing hospitalizations due to respiratory syncytial virus (VSR) in infants (HARMONIE) [Oral presentation]. ESPID 2023: Lisbon, Portugal.
16. European Medicine Agency. Beyfortus (Nirsevimab). Consultado el 21/05/2023. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/beyfortus>
17. FDA. Advisory Committee Meeting June 8, 2023: Meeting of the Antimicrobial Drugs Advisory Committee Meeting Announcement. Disponible en: <https://www.fda.gov/advisory-committees/advisory-committee-calendar/june-8-2023-meeting-antimicrobial-drugs-advisory-committee-meeting-announcement-06082023>



18. Francisco L, Cruz-Cañete M, Pérez C, Couceiro JA, Otheo E, Launes C, Rodrigo C, et al. Nirsevimab para la prevención de la enfermedad por virus respiratorio sincitial en niños. Posicionamiento de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. *Anales de Pediatría* 2023; 99(4), 257-263.
19. Gentile A, Lucion MF, Juárez MV, Castellano V, et al. Virus sincitial respiratorio en niños nacidos prematuros: 19 años de vigilancia epidemiológica activa en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2020;118(6):386-92.
20. Gentile A, Lucion MF, Juárez MV, et al. Burden of Respiratory Syncytial Virus Disease and Mortality Risk Factors in Argentina: 18 Years of Active Surveillance in a Children's Hospital. *Pediatr Infect Dis J* 2019;38:589-94.
21. Graham B. Vaccine development for respiratory syncytial virus. *Curr Opin Virol* 2017; 23: 107-12.
22. Griffin MP, Yuan Y, Takas T, et al. Single-dose nirsevimab for prevention of VSR in preterm infants. *N Engl J Med* 2020;383(5):415-25.
23. Hammitt L, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi S, et al. Nirsevimab for prevention of VSR in healthy late-preterm and term infants. *New Engl J Med* 2022; 386:837-46.
24. Harcourt J, Álvarez R, Jones LP, et al. Respiratory syncytial virus G protein and G protein CX3C motif adversely affect CX3CR1+ T cell responses. *J Immuno* 2006; 176:1600-8.
25. Jewett C. F.D.A. Panel Recommends R.S.V. Vaccine to Protect Young Infants. A committee of experts voted in favor of a new shot administered to pregnant women, one in a series of new ways to arm the very young against a life-threatening virus. *The New York Times*, 18 de mayo de 2023.
26. Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). Respiratory syncytial virus (VSR) immunisation programme: JCVI advice, 7 June 2023 [Internet]. 2023 [citado 18 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/VSR-immunisation-programme-jcvi-13-advice-7-june-2023/respiratory-syncytial-virus-VSR-immunisation-programme-jcviadvice-7-june-2023>
27. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent VSR Illness in Infants. *N Engl J Med* 2023; 388(16):1451-64.
28. Kumar P, et al. Etiology of Acute Respiratory Infections in Infants: A Prospective Birth Cohort Study. *Pediatr Infect Dis J* 2017;36:25-30.
29. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, Madhi SA et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022 May 28;399(10340):2047-2064.
30. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016;388:3027-35.
31. López-Lacort M, Muñoz- Quiles C, Mira-Iglesias A y col. Early estimates of nirsevimab immunoprophylaxis effectiveness against hospital admission for respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection in infants, Spain, October 2023 to January 2024. *Euro Surveill*.2024; 29(6).
32. Martín-Torres F, Rusch S, Huntjens D, et al. Pharmacokinetics, Safety, and Antiviral Effects of Multiple Doses of the Respiratory Syncytial Virus (VSR) Fusion Protein Inhibitor, JNJ-53718678, in Infants Hospitalized with VSR Infection: A Randomized Phase 1b Study. *Clin Infect Dis* 2020;71(10):e594-e603. doi:10.1093/cid/ciaa283
33. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Inmunizaciones. 23 de abril de 2024.
34. Ministerio de Salud de la Nación. Aplicación de Palivizumab para la prevención de IRA en población vulnerable. Propósitos, nuevos criterios de inclusión y recomendaciones para su administración 2017. [Consultado: 30 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/aplicacion-de-palvizumab-para-la-prevencion-de-irab-en-poblacion-vulnerable>
35. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín integrado de vigilancia N656 SE22 2023. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-epidemiologico-nacional-656-se-22>



36. Modjarrad K, Giersing B, Kaslow DC, et al. WHO consultation on Respiratory Syncytial Virus Vaccine Development Report from a World Health Organization Meeting held on 23-24 March 2015. *Vaccine* 2015; 34(2):190-7.
37. Moreno C, Bardach A, Palermo MC, Sandoval MM, Baumeister E, Ruvinsky S, et al. Economic burden of respiratory syncytial virus disease in Latin America: A systematic review *Hum Vaccin Immunother.* 2024; 20(1): 2381298
38. Muller WJ, Madhi SA, Seoane Núñez B, et al. Nirsevimab for Prevention of VSR in Term and Late-Preterm Infants. *N Engl J Med* 2023;388(16):1533-4.
39. Nair H, Nokes DJ, Gessner BD, et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375:1545-55.
40. Openshaw PJM, Chiu C, Culley FJ, Johansson C. Protective and Harmful Immunity to VSR Infection. *Annu Rev Immunol* 2017;35:501-32.
41. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Influenza, virus respiratorio sincitial y SARS-CoV-2. 6 de junio de 2023, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/alerta-epidemiologica-influenza-virus-respiratorio-sincitial-sars-cov-2-6-junio-2023>
42. Papi A, Ison MG, Langley JM, Lee DG, Leroux-Roels I, Martinon-Torres F, et al.; AReSVI-006 Study Group. Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med* 2023; 388(7):595-608. doi: 10.1056/NEJMoa2209604. PMID: 36791160.
43. PATH. VSR Vaccine and mAb Snapshot. Última actualización: 02 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.path.org/resources/VSR-vaccine-and-mab-snapshot/>
44. Polack FP, Teng MN, Collins PL, et al. A role for immune complexes in enhanced respiratory syncytial virus disease. *J Exp Med* 2002;196:859-65.
45. Reis J, Shaman J. Simulation of four respiratory viruses and inference of epidemiological parameters. *Infect Dis Model* 2018; 3: 23-34.
46. Robinson E, Smyth RL. Preventing respiratory syncytial virus bronchiolitis in infants. *BMJ* 2023; 381:1023.
47. SAGE: Meeting of Strategic Advisory Group of Experts -March 2024 : WER N 22, 2024,99:285-306. <https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization>
48. Scheltema NM, Gentile A, Lucion F, et al. Global respiratory syncytial virus-associated mortality in young children (VSR GOLD): a retrospective case series. *Lancet Glob Health* 2017; 5 (10):e984-e91.
49. Schnirring L. FDA approves Pfizer's VSR vaccine for older adults. FDA approves Pfizer's VSR vaccine for older adults. June 1, 2023. DOI: <https://www.cidrap.umn.edu/respiratory-syncytial-virus-VSR/fda-approves-pfizers-VSR-vaccine-older-adults>
50. Shang Z, Tan S, Ma D. Respiratory syncytial virus: from pathogenesis to potential therapeutic strategies. *Int J Biol Sci.* 2021 Sep 27;17(14):4073-4091.
51. Shi T, McAllister DA, O'Brien KL, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: a systematic review and modelling study. *Lancet* 2017; 390(10098):946-58.
52. Simões EAF, Madhi SA, Muller WJ, Atanasiu V, Bosheva M, Cabañas F et al. Efficacy of nirsevimab against respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in preterm and term infants, and pharmacokinetic extrapolation to infants with congenital heart disease and chronic lung disease: a pooled analysis of randomised controlled trials. *Lancet Child Adolesc Health.* 2023 Mar;7(3):180-189.
53. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de Neumonología, Comité de Infectología, Comité de Medicina Interna Pediátrica, Comité de Pediatría Ambulatoria y Colaboradores. Recomendaciones para el manejo de las infecciones respiratorias agudas bajas en menores de 2 años. Actualización 2021. *Arch Argent Pediatr* 2021; 119(4):S171-S197. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/2021/v119n4a38s>



54. Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE). Rol de nirsevimab en la prevención de la infección por el Virus Sincitial Respiratorio en Pediatría. 01 de Julio de 2024.
55. Son M, Riley L, Staniczenko AP, Cron J, Yen S, Thomas C, et al. Non adjuvanted Bivalent Respiratory Syncytial Virus Vaccination and Perinatal Outcomes. Observational Study JAMA Netw Open 2024 Jul 1;7(7):e2419268.doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.19268.
56. Tripp RA, Jones LP, Haynes LM, et al. CX3C chemokine. mimicry by respiratory syncytial virus G glycoprotein. Nat Immunol 2001; 2:732-8.
57. UK: Joint Committee on Vaccination and Immunization: Respiratory syncytial virus(VSR) immunization programme for infants and older adults : JCVI full statement-june 8 2023-update sep 11,2023.
58. Valero M. 'A good day': FDA approves world's first VSR vaccine. Nature 2023; 617(7960):234-5.
59. Viegas M, Barrero PR, Maffey AF, Mistchenko AS. Respiratory viruses seasonality in children under five years of age in Buenos Aires, Argentina: a five-year analysis. J Infect 2004; 49(3):222-8.
60. Walsh EE, et al. Efficacy and Safety of a Bivalent VSR Prefusion F Vaccine in Older Adults. N Engl J Med 2023; 388:1465-77.
61. Yu JM, Fu YH, Peng XL, Zheng YP, He JS. Genetic diversity and molecular evolution of human respiratory syncytial virus A and B. Sci Rep. 2021;11(1):12941
62. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus disease (COVID-19) fact sheet [Internet]. Ginebra: WHO. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19)) [consultado el 2 de abril de 2026].
63. Centers for Disease Control and Prevention. How CDC estimates the burden of COVID-19 in the US [Internet]. Atlanta: CDC; 2026. Disponible en: <https://www.cdc.gov/covid/php/surveillance/about-burden-estimates.html> [consultado el 2 de abril de 2026].
64. Organización Panamericana de la Salud. COVID-19 weekly updates: Region of the Americas [Internet]. Washington, DC: PAHO. Disponible en: <https://www.paho.org/en/covid-19-weekly-updates-region-americas> [consultado el 2 de abril de 2026].
65. Organización Panamericana de la Salud. Seminario web: análisis de la temporada 2025 y circulación de virus respiratorios en el hemisferio sur, Región de las Américas [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2025-12/seminario-web-analisis-temporada-2025-circulacion-virus-respiratorios-hemisferio-sur-region-americas.pdf> [consultado el 2 de abril de 2026].
66. Organización Mundial de la Salud. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. Ginebra: WHO. Disponible en: <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> [consultado el 2 de abril de 2026].
67. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional N.º 791, SE 1 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2026. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben-791-se-1-vf-19012026.pdf> [consultado el 2 de abril de 2026].
68. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Lineamientos técnicos COVID-19 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/31-10-lt-covid19.pdf> [consultado el 2 de abril de 2026].



69. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaln). Acta de la reunión del 8 de agosto de 2024 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/03/acta_conain_8_de_agosto_2024_2282024.pdf [consultado el 2 de abril de 2026]
70. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional N.º 790, SE 53 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2026. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2026/01/ben_790_se_53_vf.pdf [consultado el 2 de abril de 2026].
71. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía operativa: vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia-uc-irag-vff.pdf> [consultado el 2 de abril de 2026].
72. Rose EB, Paden CR, Cook PW, Ma KC, Winn A, Castro J, Panagiotakopoulos L, Silk BJ. Estimated COVID-19 Periodicity and Correlation with SARS-CoV-2 Spike Protein S1 Antigenic Diversity, United States. *Emerg Infect Dis.* 2025 Aug;31(8):1573-1579. doi: 10.3201/eid3108.250451. PMID: 40705028; PMCID: PMC12309744. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12309744/> [consultado el 2 de abril de 2026].
73. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Guía para la vigilancia, prevención y control de las infecciones respiratorias agudas [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2024. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevencion_y_control_ira-2024.pdf [consultado el 2 de abril de 2026].
74. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Boletín Epidemiológico Nacional N.º 781, SE 44 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben-781-se-44-101125.pdf> [consultado el 2 de abril de 2026].
75. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Lineamientos Técnicos de Vacunación VACUNACIÓN ANTIGRIPAL 2026. 4 de marzo de 2026.
76. Actualización en Vacunas: Recomendaciones y desafíos. 2025. Comité Nacional de Infectología. Capítulo 7. Gripe 2025. A. Ellis, A. Cancellara, M. Palma, S. Hernandez
77. Maloney P, Reeves EL, Wielgosz K, et al. Estimaciones provisionales de la efectividad de la vacuna contra la influenza estacional 2025-26 — Estados Unidos, septiembre de 2025-febrero de 2026. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2026;75:116-123. DOI:<http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7509a2>
78. OMS/OPS. Alerta Epidemiológica Influenza estacional en la Región de las Américas: cierre de temporada 2025 hemisferio sur inicio de temporada 2025-26 hemisferio norte. 4 de diciembre del 2025
79. Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
80. Duarte-Salles T, Vizcaya D, Pistillo A, Casajust P, Sena AG, Hui Lai LY, et al. Thirty-day outcomes of children and adolescents with COVID-19: An international experience. *Pediatrics.* 2021;148
81. Snowden J, Patwardhan A. Association Between Age and Ethnicity with Pediatric Clinical Outcomes in COVID-2019. *Glob Pediatr Health.* 2021 Aug 10;8:2333794X211033451. doi: 10.1177/2333794X211033451. PMID: 34395818; PMCID: PMC8361541.
82. Flores-Cisneros L, Gutiérrez-Vargas R, Escondrillas-Maya C, Zaragoza-Jiménez C, Rodríguez GG, López-Gatell H, González-Islas D. Risk factors for severe disease and mortality in children with COVID-19. *Heliyon.* 2023 Dec 13;10(1):e23629. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e23629. PMID: 38192840; PMCID: PMC10772093.



83. Gentile Á, Juárez MDV, Romero Bollón L, Cancellara AD et al. ; Red de Pediatría COVID-19. A multicenter study of confirmed COVID-19 cases: preliminary data on 2690 pediatric patients in Argentina during the first year of the pandemic. Arch Argent Pediatr. 2022;120(2):80-88.
84. Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: Lancet. 2015 May 2;385(9979):1728.
85. Venkatesan S, et al. Impact of Outpatient Neuraminidase Inhibitor Treatment in Patients Infected With Influenza A(H1N1)pdm09 at High Risk of Hospitalization: An Individual Participant Data Metaanalysis. Clin Infect Dis. 2017 May 15;64(10):1328-1334.
86. Muthuri SG, Venkatesan S, Myles PR, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in reducing mortality in patients admitted to hospital with influenza A H1N1pdm09 virus infection: a meta-analysis of individual participant data. Lancet Respir Med. 2014 May;2(5):395-404.
87. Sharma Y, Horwood C, Hakendorf P, Thompson C. Effectiveness of Oseltamivir in reducing 30-day readmissions and mortality among patients with severe seasonal influenza in Australian hospitalized patients. Int J Infect Dis. 2021 Mar;104:232-238. doi: 10.1016/j.ijid.2021.01.011. Epub 2021 Jan 9. PMID: 33434667.
88. Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología. BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL N° 802. Semana epidemiológica 12 AÑO 2026 Desde 22/03 al 28/03 Fecha de publicación 07/04/2026
89. Chen RT, Orenstein WA. Epidemiologic Methods in Immunization Programs. Epidemiologic Reviews, 1996;18(2):99-117.
90. Basch PF. Vaccines and the world health. Science policy and practice. New York: Oxford University Press; 1994:95-122