# Influenza A (H3N2) Subclado K:

## Desafíos Globales, Vigilancia y Respuestas Clínicas en la Temporada 2026

Dres. Steven Tapia Villacís, Julio Medina

Enero 2026

HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

UNIDAD ACADÉMICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
1875

**Influenza A (H3N2) Subclado K:** Desafíos Globales, Vigilancia y Respuestas Clínicas en la Temporada 2026.

Dr. Steven Tapia Villacís[1], Dr. Julio Medina[2]

[1]*Especialista en Enfermedades Infecciosas, Asistente de la UA de Enfermedades Infecciosas, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.*

[2]*Especialista en Medicina Intensiva y Enfermedades Infecciosas, Profesor Titular de la UA de Enfermedades Infecciosas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.*

# Influenza A (H3N2) Subclado K:

## Desafíos Globales, Vigilancia y Respuestas Clínicas en la Temporada 2026

## Puntos clave

- El subclado K (J.2.4.1) de Influenza A (H3N2) forma parte de la evolución esperable del virus influenza estacional y, hasta el momento, no se asocia a mayor gravedad clínica intrínseca ni a cambios sustanciales en los patrones epidemiológicos conocidos.
- Su circulación se ha producido en un contexto de inicio más temprano de la circulación estacional de influenza, previo o al comienzo del período invernal, lo que ha contribuido a un aumento precoz de la demanda asistencial y a episodios de estrés sanitario, especialmente en servicios de urgencia y hospitalización.
- El impacto clínico y epidemiológico continúa concentrándose en adultos mayores, infantes menores de 5 años, personas con comorbilidades e inmunocomprometidos, reproduciendo el patrón clásico de temporadas dominadas por A(H3N2).
- La vacunación antigripal sigue siendo la principal herramienta preventiva, sin evidencia de escape inmunológico completo frente al subclado K; su impacto poblacional dependerá fundamentalmente de la cobertura alcanzada en grupos de riesgo.

## 1. Introducción

La influenza estacional continúa siendo una de las principales causas de enfermedad respiratoria aguda a nivel global. Junto con SARS-CoV-2 y el virus respiratorio sincicial (VRS), Influenza A representa uno de los denominados "tres grandes" virus respiratorios responsables de una elevada carga asistencial en niños, adultos y personas mayores (1).

Dentro de los virus influenza A, el subtipo A(H3N2) se caracteriza por una mayor tasa de evolución genética y por asociarse, históricamente, a temporadas con mayor morbimortalidad, especialmente en adultos mayores y personas con comorbilidades. Durante la vigilancia reciente se ha identificado la circulación de un nuevo subclado dentro de este subtipo, denominado K (J.2.4.1), cuya relevancia radica en su monitoreo virológico y en su inclusión dentro del análisis rutinario que sustenta la selección de cepas vacunales (2,3).

## 2. Panorama epidemiológico global y regional

La circulación del subclado K (J.2.4.1) ha sido documentada en múltiples regiones durante 2024–2025, en el marco de los sistemas globales de vigilancia de influenza (GISRS).

En Europa, fue detectado inicialmente en países del norte y oeste del continente, incluyendo Noruega y el Reino Unido, donde la temporada de influenza comenzó entre 4 y 5 semanas antes de lo habitual. Posteriormente se documentó su expansión a otros países de la Unión Europea. Los informes disponibles no evidencian un aumento desproporcionado de gravedad o letalidad en comparación con otras temporadas dominadas por A (H3N2) (4,5).

En Asia oriental, particularmente en Japón, el subclado K se asoció a un inicio temprano de la temporada, seguido de una meseta y posterior descenso de los casos, sin señales de mayor severidad clínica (2).

En Oceanía, Australia presentó una temporada inusualmente prolongada, con detección de A(H3N2) subclado K hacia el final del invierno austral. En Nueva Zelanda, A(H3N2) fue predominante durante la temporada, coexistiendo con otros subtipos, sin evidencia de un comportamiento clínico diferencial atribuible al subclado (6).

En Latinoamérica, se han confirmado detecciones del subclado K en países como Chile y Argentina, en el contexto de la vigilancia rutinaria (7). En Uruguay, se han identificado casos importados, sin evidencia hasta el momento de transmisión comunitaria sostenida ni de impacto diferencial en términos de gravedad, lo que es consistente con una fase temprana de introducción viral (8).

### Impacto en grupos etarios y en grupos con comorbilidades

El impacto etario asociado a la circulación del subclado K parece alinearse, hasta el momento, con el patrón históricamente descrito en temporadas dominadas por Influenza A (H3N2), aunque resulta de especial importancia el monitorizar su comportamiento a medida que avance la temporada.

- Adultos mayores (≥65 años): concentran las mayores tasas de hospitalización, ingreso a UCI y mortalidad, en asociación con inmunosenescencia y alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y respiratorias (4,5, 6).
- Niños pequeños, especialmente menores de 2 años, presentan altas tasas de consulta y hospitalización, con complicaciones frecuentes como otitis media y deshidratación, aunque con baja letalidad. Por su parte, los niños en edad escolar y adolescentes suelen cursar cuadros no complicados, pero desempeñan un rol clave en la transmisión comunitaria; en este grupo los estudios observacionales observan mayor efectividad vacunal (4, 5, 6, 10).
- Adultos jóvenes y de mediana edad: generalmente presentan enfermedad leve, salvo en presencia de comorbilidades asociadas a mayor riesgo de formas graves de influenza (**ver Tabla 1**) (1, 5, 10).
- Personas inmunocomprometidas: independientemente de la edad, tienen mayor riesgo de enfermedad prolongada, excreción viral persistente y complicaciones asociadas (9,11).

## 3. Presentación clínica y complicaciones asociadas al subclado K

Es importante resaltar que la presentación clínica es indistinguible de otras infecciones por influenza estacional. La presentación clínica asociada a la infección por Influenza A (H3N2) subclado K (J.2.4.1) no difiere sustancialmente de la observada en otras temporadas dominadas por A(H3N2), ni se han identificado hasta el momento signos clínicos específicos atribuibles al subclado. El cuadro típico corresponde a una influenza estacional, con inicio abrupto de síntomas respiratorios y sistémicos (4,5).

En los casos no complicados, el inicio suele caracterizarse por fiebre de comienzo súbito, tos seca y compromiso del estado general, acompañados de mialgias, cefalea, malestar general, odinofagia y rinorrea. En adultos, los síntomas gastrointestinales son menos frecuentes, aunque pueden observarse náuseas, vómitos o dolor abdominal, particularmente al inicio del cuadro. En niños, cuando están incluidos en la vigilancia, se describen con mayor frecuencia otitis media y síntomas gastrointestinales, sin que esto implique mayor letalidad (1,9).

Las formas graves se manifiestan por empeoramiento respiratorio progresivo, disnea, hipoxemia y, en algunos casos, alteración del sensorio. En adultos mayores y personas con comorbilidades, la infección puede precipitar descompensaciones de enfermedades crónicas preexistentes, incluyendo insuficiencia cardíaca, exacerbaciones de EPOC o asma, y descontrol metabólico en personas con diabetes (9,11).

Las complicaciones bacterianas continúan siendo un componente relevante de la gravedad clínica, destacándose la neumonía bacteriana secundaria, principalmente por *Streptococcus pneumoniae y Staphylococcus aureus*, incluyendo cepas meticilino resistentes, especialmente en cuadros rápidamente progresivos (11).

Desde el punto de vista de transmisibilidad, la eliminación viral ocurre habitualmente desde 24 horas antes del inicio de los síntomas hasta aproximadamente 7 días en adultos, pudiendo extenderse más allá en niños pequeños e inmunocomprometidos. En estos últimos, se ha documentado excreción viral prolongada durante semanas, lo que tiene implicancias clínicas y epidemiológicas relevantes (1,9,11).

## 4. Implicaciones dentro del diagnóstico

Las manifestaciones clínicas de la influenza estacional, incluida la infección por el subclado K, se superponen ampliamente con otras infecciones respiratorias virales, en particular SARS-CoV-2 y virus respiratorio sincicial (VRS), lo que limita la especificidad del diagnóstico clínico aislado, especialmente en contextos de cocirculación viral (1,7,9). No hay evidencia de compromiso en el rendimiento de los diferentes test disponibles para el diagnóstico de influenza en el contexto de subclado K (7).

El método diagnóstico de referencia es la detección molecular mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT), dentro de las cuales la RT-PCR constituye el estándar por su alta sensibilidad y especificidad. Estas técnicas permiten la diferenciación entre influenza A y B y, en muchos casos, se integran en paneles moleculares respiratorios multiplex, especialmente en el ámbito hospitalario y de cuidados críticos (9).

Las pruebas moleculares rápidas (NAAT en punto de atención) ofrecen tiempos de respuesta cortos (15–30 minutos) con sensibilidades elevadas, generalmente en el rango del 90–95%, y representan una herramienta útil en servicios de urgencia para la toma de decisiones clínicas oportunas (9, 12).

Las pruebas rápidas de detección de antígeno (*Rapid Diagnostic Tests* o RDTs) presentan menor sensibilidad (aproximada-

mente 50–70%), aunque mantienen alta especificidad. En este contexto, un resultado positivo es clínicamente útil, pero un resultado negativo no excluye la infección por influenza y debe interpretarse con cautela, particularmente en pacientes de alto riesgo o con enfermedad grave (12).

Durante períodos de circulación confirmada de influenza, el diagnóstico clínico basado en fiebre de inicio súbito, mialgias y tos puede ser razonablemente sensible; sin embargo, pierde especificidad en escenarios con alta circulación de SARS-CoV-2, por lo que se recomienda confirmar mediante pruebas moleculares en pacientes hospitalizados, inmunocomprometidos o con cuadros graves o progresivos (1,7,9).

## 5. Vacunación antigripal: consideraciones y evidencias actuales

La actualización de la composición de la vacuna antigripal constituye un proceso rutinario anual, basado en la vigilancia virológica y antigénica global. En este contexto, la identificación de variantes de Influenza A (H3N2) con deriva antigénica forma parte de la evolución esperable del virus y coincidió, durante la temporada 2025/26 en el hemisferio norte con un inicio más temprano de la circulación estacional (4, 5) y en el caso de zonas del hemisferio sur con temporadas de influenza prolongadas (6,14). Este escenario planteó razonablemente la necesidad de evaluar de forma temprana el desempeño de las vacunas disponibles, ante la posibilidad de una reducción de su efectividad inicial. No obstante, las estimaciones preliminares disponibles correspondientes al período temprano posvacunación indican que las vacunas antigripales actualmente utilizadas mantienen una efectividad clínicamente relevante frente a enfermedad que requiere atención médica (5, 10, 14).

Ante la pregunta recurrente acerca de si la vacuna "funcionaría" durante esta temporada, la respuesta breve es afirmativa. Los datos provenientes de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido muestran que la vacuna antigripal 2025/26 formulada para el hemisferio norte alcanzaría una efectividad aproximada del 73% en la prevención de hospitalización en niños y del 35% en adultos (5). Si bien esta protección no es completa, resulta muy elevada en la población pediátrica y clínicamente relevante en adultos, incluso en un contexto de circulación predominante de este subclado emergente.

Para el hemisferio sur, los análisis antigénicos y serológicos disponibles indican que, aunque el subclado K presenta divergencias genéticas respecto a cepas H3N2 previas, permanece antigénicamente relacionado con los virus A(H3N2) incluidos en la formulación vacunal recomendada para la temporada 2026 (3,14). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de optimizar la cobertura vacunal en niños y adolescentes, no solo por su beneficio directo, sino también por su potencial efecto protector indirecto sobre otros grupos etarios, contribuyendo a reducir la carga de enfermedad grave y la presión sobre el sistema de salud (10).

Es particularmente relevante destacar que, en temporadas con circulación predominante de Influenza A (H3N2), el principal determinante del impacto poblacional no suele ser la divergencia antigénica aislada, sino la cobertura vacunal alcanzada, espe-

cialmente en adultos mayores, personas con comorbilidades y personal de salud (9,10). En este contexto, la emergencia del subclado K no debilita la indicación de vacunación antigripal; por el contrario, refuerza su rol como herramienta central para la reducción de enfermedad grave y de la presión asistencial, aun cuando la efectividad frente a infección leve pueda ser variable.

## 6. Consideraciones terapéuticas ante el subclado K: impacto en el tratamiento antiviral

La evidencia obtenida a través de la vigilancia efectuada durante la temporada en curso en el hemisferio norte no sugiere que la emergencia de este subclado de modifique la eficacia de los antivirales actualmente disponibles, ni que requiera cambios en las recomendaciones terapéuticas vigentes (4,7).

Los estudios genéticos y de vigilancia virológica realizados hasta el momento no han identificado mutaciones asociadas a resistencia a inhibidores de la neuraminidasa en el subclado K. En particular, no se han descrito sustituciones relevantes en el gen de la neuraminidasa que comprometan la actividad de oseltamivir, zanamivir o peramivir, ni señales de resistencia emergente a baloxavir a nivel poblacional (7). En la actualidad, en Uruguay se dispone exclusivamente de oseltamivir.

### Tratamiento antiviral con oseltamivir (adolescentes y adultos)

Se recomienda iniciar tratamiento antiviral empírico en pacientes hospitalizados, con enfermedad grave o progresiva, o con alto riesgo de complicaciones, independientemente del tiempo de evolución. En pacientes ambulatorios sin factores de riesgo, el tratamiento puede considerarse si los síntomas comenzaron dentro de las primeras 48 horas (9, 11).

- **Dosis estándar:** 75 mg VO cada 12 horas
- **Duración habitual:** 5 días

No obstante, **se recomienda iniciar tratamiento aun después de 48 horas** en los siguientes escenarios:

- Pacientes hospitalizados
- Enfermedad grave, complicada o progresiva
- Pacientes con alto riesgo de complicaciones

En estos contextos, aunque la evidencia de reducción de síntomas cuando la evolución supera las 72 horas es menos consistente, **el beneficio en reducción de complicaciones y mortalidad respalda su uso** (9,11).

No existen datos robustos que respalden:

- el uso de **dosis superiores a las estándar** en enfermedad grave,
- ni un beneficio adicional en influenza aviar o en infecciones severas por influenza estacional.

En **pacientes inmunosuprimidos**, puede considerarse una **duración extendida del tratamiento (hasta 10 días)**, dada la posibilidad de replicación viral prolongada y excreción persistente (9).

**Tabla 1. Comorbilidades y condiciones que justifican inicio de tratamiento antiviral (9)**

- Edad <2 años o ≥65 años.
- Enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, bronquiectasias).
- Enfermedad cardiovascular (excepto hipertensión aislada).
- Enfermedad renal, hepática o hematológica crónica.
- Diabetes mellitus u otros trastornos metabólicos.
- Enfermedades neurológicas o del neurodesarrollo.
- Inmunosupresión (VIH avanzado sin TARV, neoplasias activas, quimioterapia, trasplante de órgano solido/progenitores hematopoyéticos, usuarios de terapias de células T quiméricas, tratamientos inmunosupresores).
- Embarazo y puerperio.
- Obesidad mórbida (IMC ≥40).
- Tratamiento crónico con aspirina en menores de 19 años.
- Residentes en instituciones de cuidados prolongados.

**Tabla 2. Esquema de dosificación de Oseltamivir en adultos**

| Escenario | Función renal | Tratamiento | Quimioprofilaxis |
|---|---|---|---|
| **Adolescentes y adultos >40 kg** | **Función renal normal (ClCr ≥61 mL/min)** | 75 mg VO c/12 h | 75 mg VO c/24 h |
| | **ClCr 30–60 mL/min** | 75 mg VO c/24 h o 30 mg VO c/12 h | 75 mg VO c/48 h o 30 mg VO c/24 h |
| | **ClCr 10–30 mL/min** | 30 mg VO c/24 h | 30 mg VO c/48 h |
| | **Hemodiálisis** | 30 mg VO post-diálisis [13] | 30 mg VO cada 2 sesiones |
| | **Diálisis peritoneal** | 30 mg VO dosis única post recambio [13] | 30 mg VO semanal post recambio |
| | **Terapia de reemplazo renal continua (TRRC)*** | 75 mg VO c/12–24 h [13] | Individualizar en consulta con infectología |

VO: vía oral / *Evidencia limitada; ajustar según modalidad y evolución clínica.

## Quimioprofilaxis antiviral

La indicación de quimioprofilaxis debe individualizarse según riesgo clínico, estado vacunal y contexto epidemiológico. Puede considerarse tras contacto estrecho (<48 h) con un caso confirmado o sospechoso de influenza en personas con riesgo muy elevado de complicaciones que no estén adecuadamente inmunizadas o no puedan generar una respuesta inmune adecuada a la vacunación (usuarios de inhibidores de linfocitos T, anti-CD20, etc) (9).

**Tabla 3. Quimioprofilaxis antiviral con oseltamivir en adolescentes y adultos**

| Escenario | Duración | Observaciones |
|---|---|---|
| **Contacto estrecho con un caso confirmado o sospechoso** | **10 días tras contacto** | **Dosis estándar** 75 mg VO cada 24 horas. Ajuste renal (ver tabla 2) |
| **Brote comunitario** | **Inmunocompetentes:** Hasta 6 semanas **Inmunocomprometidos:** Hasta 12 semanas | |

## 8. Medidas no farmacológicas

En ausencia de señales que indiquen un cambio sustancial en los mecanismos de transmisión asociados al subclado K, es razonable asumir que las medidas no farmacológicas clásicas mantienen su relevancia como herramientas complementarias para reducir la transmisión de influenza estacional, particularmente en escenarios de alta circulación viral o en ámbitos asistenciales.

Las medidas generales recomendadas son:

- Aislamiento domiciliario durante el período de mayor contagiosidad.
- Higiene de manos.
- Ventilación de ambientes cerrados.
- Uso de mascarilla común en personas sintomáticas o en ámbitos asistenciales.
- Uso de respiradores tipo N95 en procedimientos generadores de aerosoles.

## 9. Contexto nacional y respuesta sanitaria ante Influenza A (H3N2) subclado K en Uruguay

En Uruguay, el Ministerio de Salud Pública emitió un plan de contingencia ante la circulación de Influenza A (H3N2) subclado K en simultáneo con otros virus respiratorios, en línea con las alertas epidemiológicas de OPS/OMS (15). El documento reconoce el riesgo de una actividad estacional temprana o más intensa y establece medidas orientadas a fortalecer el triaje respiratorio, ampliar la capacidad asistencial, optimizar la gestión de recursos humanos y reforzar la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud.

Asimismo, destaca la vacunación antigripal como estrategia costo-efectiva para reducir enfermedad grave y mortalidad, priorizando trabajadores de la salud y grupos de riesgo, y refuerza la vigilancia epidemiológica mediante los sistemas centinela

de IRAG y ETI, con reporte sistemático de casos y ocupación de camas, con el objetivo de mitigar el impacto clínico y preservar la operatividad del sistema sanitario

## 10. Consideraciones finales

El subclado K de Influenza A (H3N2) representa una variante dentro de la evolución esperable de los virus influenza. Hasta el momento, no se ha demostrado que se asocie a mayor gravedad clínica ni a cambios sustanciales en los patrones epidemiológicos conocidos del H3N2. No obstante, su circulación se ha producido en un contexto de inicio más temprano de la temporada invernal en varias regiones, lo que ha generado un aumento precoz de la demanda asistencial y episodios de estrés sanitario, particularmente en servicios de urgencia, internación y cuidados críticos. En este marco, la relevancia del subclado K **radica principalmente en la necesidad de una vigilancia virológica** y **epidemiológica continua**, en la evaluación antigénica sistemática y **en la capacidad de anticipación del sistema de salud.**

Resulta clave fortalecer la planificación de los servicios asistenciales y promover activamente el acceso oportuno a la vacunación antigripal, especialmente en poblaciones de mayor riesgo, como estrategia central para mitigar la carga de enfermedad grave y reducir la presión sobre el sistema sanitario.

## 11. Referencias


1. World Health Organization. Influenza (seasonal). Geneva: WHO; 2024. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)
2. World Health Organization. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2026 southern hemisphere influenza season. Geneva: WHO; 2025 Sep.
3. World Health Organization. Virological characterization of seasonal influenza viruses for the 2025 season and vaccine composition for the southern hemisphere in 2026. Wkly Epidemiol Rec. 2025;100(39):457–476.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment: circulation of Influenza A (H3N2) viruses, including subclade J.2.4.1 (K). Stockholm: ECDC; 2025.
5. Kirsebom FCM, Thompson C, Talts T, Kele Bx, Whitaker H J, Andrews N, et al. Early influenza virus characterisation and vaccine effectiveness in England in autumn 2025, a period dominated by Influenza A (H3N2) subclade K. Euro Surveill. 2025;30(46):pii=2500854. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.46.2500854
6. Australian Government Department of Health. Influenza surveillance report 2024–2025 season. Canberra; 2025.
7. Pan American Health Organization. Epidemiological alert: Influenza and respiratory syncytial virus (RSV) circulation. Washington (DC): PAHO; Jan 2026.
8. Ministerio de Salud Pública (UY). Se detectó H3N2 en el país. Montevideo: Ministerio de Salud Pública; 22 enero 2026. Disponible en: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/comunicados/se-detecto-h3n2-pais

9. Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, Englund JA, File TM Jr, Fry AM, et al. Clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 update on diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management of seasonal influenza. Clin Infect Dis. 2019;68(6):e1–e47. https://doi.org/10.1093/cid/ciy866

10. European Centre for Disease Prevention and Control.
Early estimates of seasonal influenza vaccine effectiveness against influenza requiring medical attention at primary care level in Europe, week 41–49, 2025. Stockholm: ECDC; 2025. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/early-estimates-seasonal-influenza-vaccine-effectiveness-against-influenza-requiring

11. World Health Organization. Clinical practice guidelines for influenza. Geneva: WHO; 2024.

12. Chartrand C, Leeflang MMG, Minion J, Brewer T, Pai M. Accuracy of rapid influenza diagnostic tests: a meta-analysis. Ann Intern Med. 2012;156(7):500–511. https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-7-201204030-00403

13. Robson R, Buttimore A, Lynn K, Brewster M, Ward P. The pharmacokinetics and tolerability of oseltamivir suspension in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2006;21(9):2556–2562. https://doi.org/10.1093/ndt/gfl267

14. Dapat Clyde, Peck Heidi, Jelley Lauren, Diefenbach-Elstob Tanya, Slater Tegan, Hussain Saira, Britton Phillip, Cheng Allen C., Wood Tim, Howard-Jones Annaleise, Deng Yi Mo, Miller Jessica E., Huang Q. Sue, Barr Ian G.. Extended influenza seasons in Australia and New Zealand in 2025 due to the emergence of Influenza A (H3N2) subclade K viruses. Euro Surveill. 2025;30(49):pii=2500894. https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.49.2500894

15. Ministerio de Salud Pública (UY). Dirección General de la Salud. Plan de contingencia y respuesta ante la circulación de Influenza A (H3N2) subclado K en simultáneo con otros virus respiratorios. Montevideo: MSP; 26 ene 2026. Comunicación DGS/20/2026.

Hospital de Clinicas "Dr. Manuel Quintela"
Piso 16. Av. Italia, S/N.
Montevideo, 11600. Uruguay.

clinfec@fmed.edu.uy

+598 2 4876981

@Infectologia_uy

/infectologia.edu.uy

@infectologia_uy

www.infectologia.edu.uy


**Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas**

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA • FACULTAD DE MEDICINA

Prof. Dr. Julio Medina