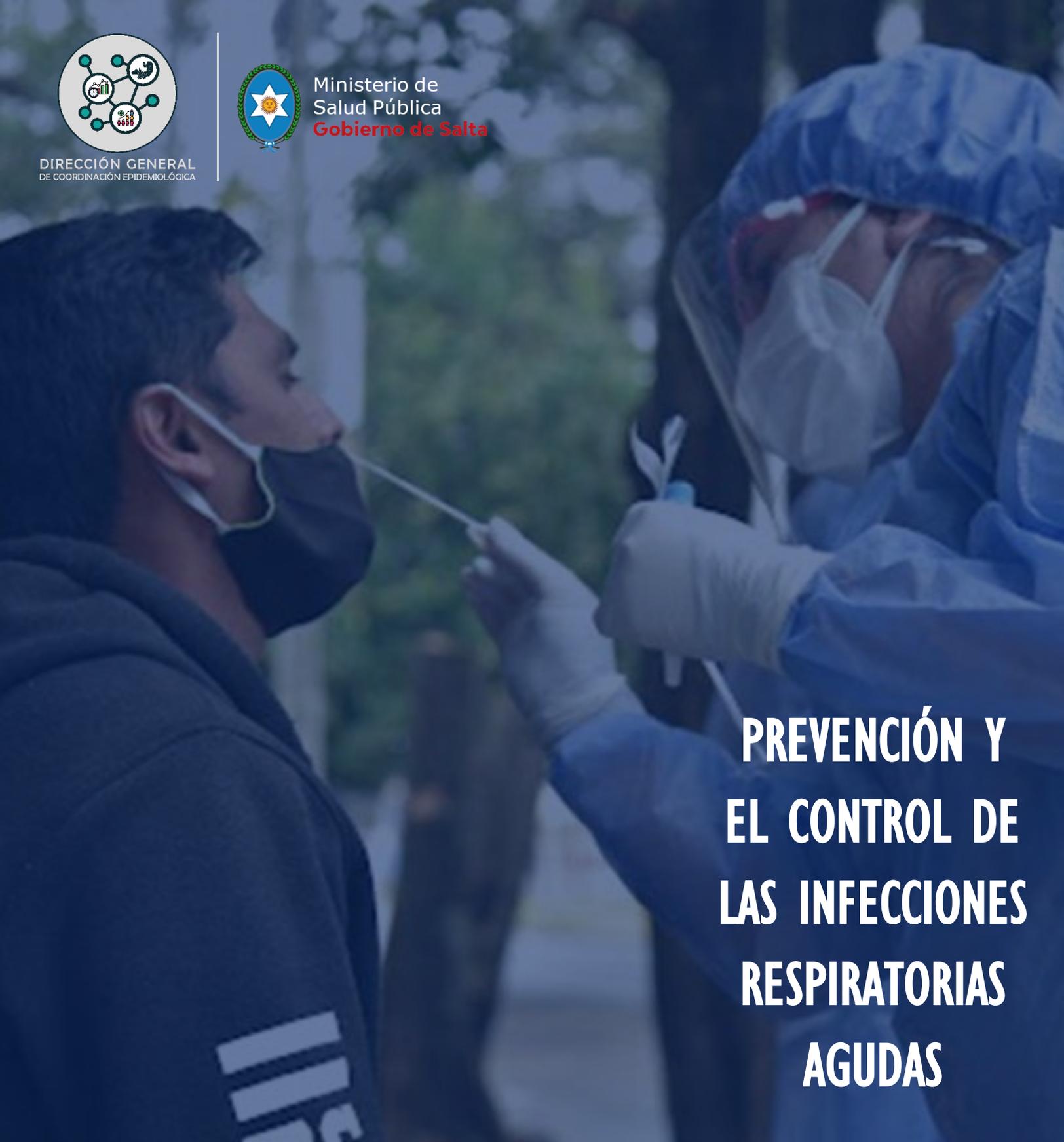




DIRECCIÓN GENERAL  
DE COORDINACIÓN EPIDEMIOLÓGICA



Ministerio de  
Salud Pública  
**Gobierno de Salta**



# PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

---

**Recomendaciones actualizadas  
para la vigilancia epidemiológica**

Sala de Situación – DGCE  
Año 2023

INTRODUCCIÓN .....	1
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA .....	2
RECOMENDACIONES GENERALES A LA POBLACIÓN PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN VIRAL .....	15
EL ROL DEL LABORATORIO EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS .....	22
OSELTAMIVIR. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES.....	26
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	30





## INTRODUCCIÓN

El devenir de la pandemia, ha tenido algunos efectos positivos en el sistema de salud de la provincia, entre otros:

- Preparación de los equipos de salud para dar respuesta adecuada.
- Optimización de los recursos físicos y técnicos para la asistencia de pacientes críticos y los métodos diagnósticos.
- Inmunización de gran parte de la población vulnerable con las distintas vacunas contra el SARS CoV2 y la alta incidencia de la enfermedad.
- Adquisición de hábitos preventivos por parte de la población (uso de barbijo, ventilación de ambientes, lavado frecuente de manos, higiene respiratoria, etc.)
- Capacitación profesional en todos los agentes de salud intervinientes en el manejo de los pacientes.

Por otro lado, las infecciones respiratorias agudas (IRAs) causadas por otros virus diferentes al SARS CoV-2, constituyen una importante causa de morbimortalidad, fundamentalmente entre los niños menores de cinco años, las personas mayores de 65 años y aquellas que presentan ciertas condiciones que aumentan el riesgo para desarrollar complicaciones que pueden derivar en formas graves y muertes.

Este escenario resalta la necesidad de mantener y fortalecer una estrategia integrada de vigilancia epidemiológica que permita detectar cambios en la estacionalidad, en la gravedad, en la magnitud, en las poblaciones afectadas o en los agentes circulantes, incluyendo el monitoreo genómico; implementar medidas de prevención y estrategias de atención integrales para las infecciones respiratorias agudas como también, continuar fortaleciendo las coberturas de vacunación recomendadas para cada grupo poblacional. Dicha información permite direccionar las acciones de promoción, prevención y control, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los servicios de atención en particular.

Argentina está implementando desde abril de 2022 la transición para el abordaje integrado de SARS-CoV-2 con otros virus respiratorios, adecuando las recomendaciones y fortaleciendo el sistema de vigilancia e integrando SARS CoV-2 a la estrategia integrada con otros virus respiratorios (como influenza y virus sincitial respiratorio)<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas 2023. Manual redactado por el equipo del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

# 1

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS VIRALES

El marco de la estrategia de vigilancia epidemiológica nacional se halla en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005), el régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria dado por la ley 15465 y la resolución 2827/2022 y responde a las necesidades de información de nivel nacional y de cada una de las jurisdicciones.

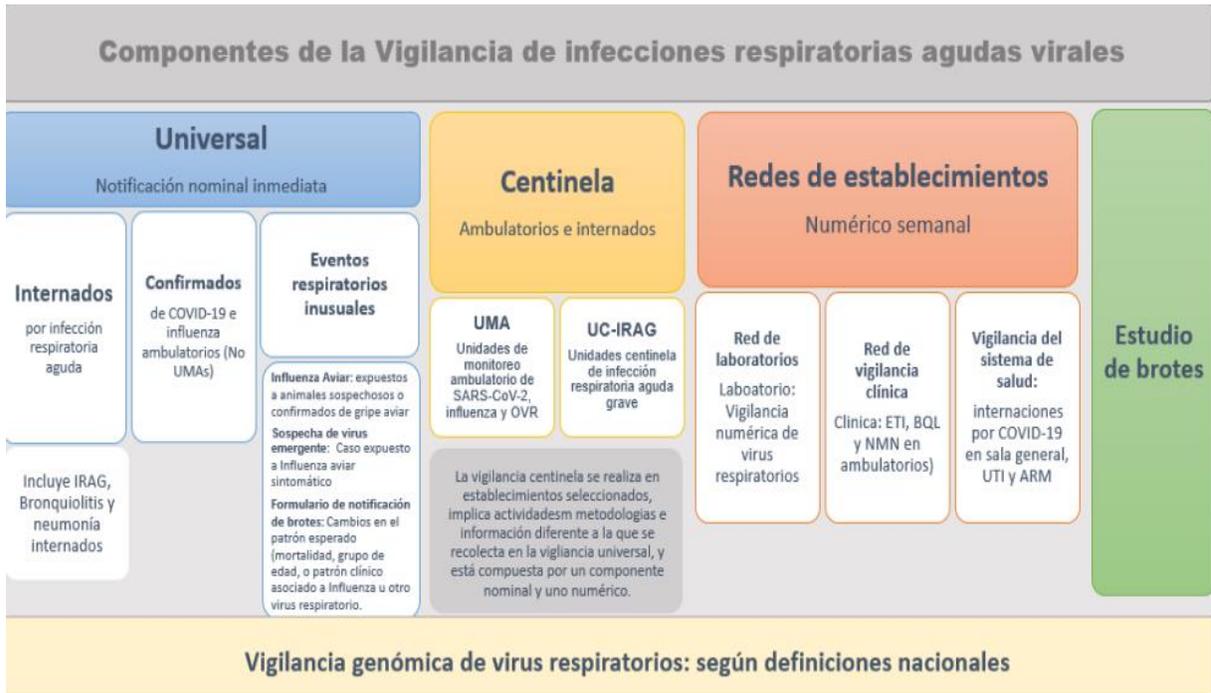
La vigilancia epidemiológica de las de las IRA se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, del que participan de manera integrada los servicios de atención a nivel local, provincial y nacional, los laboratorios públicos y privados que realizan el diagnóstico etiológico y la caracterización de los patógenos circulantes, así como las áreas de epidemiología de todos los niveles.

El actual contexto epidemiológico caracterizado por una menor gravedad y letalidad de los casos de COVID-19 y la circulación de influenza y otros virus respiratorios, refuerza la necesidad de mantener una vigilancia fortalecida que integra los componentes epidemiológicos, clínico y laboratorial, incluyendo la vigilancia genómica, compuesta por diferentes estrategias que responde a diferentes preguntas que deben ser respondidas de forma permanente:

- Vigilancia universal de COVID-19 de casos positivos (incluyendo diagnósticos realizados en todos los establecimientos y en autotest);
- Vigilancia universal de COVID-19 en casos internados y fatales;



- Vigilancia universal de eventos inusuales;
- Vigilancia universal de influenza y VSR en casos graves y fatales;
- Vigilancia centinela de COVID-19, Influenza y VSR en ambulatorios, mediante la continuidad y sostenimiento de Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA); Vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave en establecimientos seleccionados (UC-IRAG).



## COMPONENTES, EVENTOS Y MODALIDAD DE VIGILANCIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS VIRALES

### COMPONENTE DE VIGILANCIA CENTINELA

- **Unidades de monitoreo ambulatorio (UMA)**
- **Unidades centinela de IRAG**

### Unidades de monitoreo ambulatorio (UMA)

Caso sospechoso de COVID-19 según las recomendaciones vigentes. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nueva-actualizacion-de-la-definicion-de-caso-sospechoso-de-covid-19-0>



Enfermedad tipo influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días.

Notificación al SNVS				
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad	Observaciones
Infecciones respiratorias agudas	Monitoreo de SARS COV-2 y OVR en ambulatorios	<b>Individual</b>	<b>Inmediata</b>	Deberán notificarse en este evento, de forma nominal, en la solapa clínica, sección tratamiento, los tratamientos de Oseltamivir administrados en cada caso.
Monitoreo de SARS COV 2 y OVR en ambulatorios	-Consultas totales por SE -Consultas por COVID-19 por SE	<b>Numérica</b>	<b>Semanal</b>	

Las personas que cumplan con la definición de caso sospechoso de COVID-19 deberán estudiarse por test de antígeno para SARS-CoV-2.

Adicionalmente, entre aquellas personas que también cumplan con la definición de caso de ETI se realizará un muestreo sistemático para estudio por técnicas moleculares para SARS COV-2, influenza y VSR, independientemente del resultado del test de antígenos para SARS COV-2 realizado inicialmente.

### Unidades centinela de IRAG

Definiciones de caso:

Infección Respiratoria Aguda Grave: Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre o antecedente de fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , tos e inicio de síntomas dentro de los 10 días y requerimiento clínico de internación.



Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internado y/o fallecido por COVID o IRA</li> </ul>	Individual	Inmediata
Unidad Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (UC-IRAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internados totales</li> <li>• Internados por IRAG</li> <li>• Internados por IRAG con muestra respiratoria</li> <li>• Ingresados en UCI totales</li> <li>• Ingresados en UCI por IRAG</li> <li>• Defunciones totales</li> <li>• Defunciones por IRAG</li> </ul>	Numérica	Semanal

Las unidades centinela de IRAG deberán estudiar al menos para SARS COV 2, Influenza y VSR por métodos moleculares, y notificar a todas las personas internadas con criterio clínico de internación por IRA, completando la información clínica (signos y síntomas, diagnóstico sindrómico, tratamientos), los antecedentes epidemiológicos incluyendo los antecedentes de vacunación, según lo protocolos vigentes.

Deberá notificarse de forma nominal, en la solapa clínica el diagnóstico referido de IRAG. En la sección tratamiento, consignar los tratamientos de Oseltamivir administrados en cada caso.

#### COMPONENTE DE VIGILANCIA UNIVERSAL (NO CENTINELA)

- **Casos positivos de COVID-19 e influenza**
- **Casos graves de enfermedad respiratoria**
- **Sospecha de virus emergente**

#### Casos positivos de COVID-19 e influenza

Definiciones de caso:

Caso confirmado de COVID-19 y/o Influenza: Todo caso confirmado de SARS CoV-2 o Influenza por diagnóstico etiológico asistido en forma ambulatoria, (fuera de la estrategia de las Unidades de



Monitoreo Ambulatorio (UMAs), deberán notificarse al evento “COVID-19, Influenza y OVR ambulatorios (No UMAs) de manera obligatoria<sup>2</sup>.

Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>COVID-19, Influenza y OVR ambulatorios (No UMAs)</li> </ul>	Individual	Inmediata

Deberán notificarse en este evento, de forma nominal, en la solapa clínica/sección tratamiento, los tratamientos de Oseltamivir administrados en cada caso.

### Casos graves de enfermedad respiratoria

Definiciones de caso:

Caso sospechoso de COVID-19 con requerimiento clínico de internación y/o fallecido; y/o toda persona con una infección respiratoria aguda con requerimiento de internación y/o fallecida.

Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Internado y/o fallecido por COVID o IRA</li> </ul>	Individual	Inmediata

Deberán notificarse en este evento, de forma nominal, en la solapa clínica, el diagnóstico sintromico y la condición de internado y condición de alta o egreso.

En la sección tratamiento, consignar los tratamientos de Oseltamivir administrados en cada caso.

- Todos los casos internados por infección respiratoria aguda que requieren ingreso hospitalario por criterio clínico deberán estudiarse para SARS-CoV-2 y se deberán notificar los resultados tanto positivos como negativos.
- Los casos internados menores de 5 años deberán estudiarse para SARS-CoV-2 y para otros virus respiratorios por panel de inmunofluorescencia y deberán notificarse los resultados en la solapa Laboratorio.

<sup>2</sup> Adicionalmente, aunque no es obligatorio, se podrán notificar a todas las personas asistidas de forma ambulatoria y que hayan sido estudiadas para SARS COV-2 y tuvieran resultados negativos.



- Los casos internados negativos para SARS CoV-2 y con criterio de gravedad definido por requerimiento de internación en Unidad de terapia intensiva (UCI) deberán estudiarse para influenza y VSR y se deberán notificar los resultados tanto positivos como negativos.
- En todo caso fallecido por IRA deberá realizarse diagnóstico etiológico para SARS COV 2, Influenza y VSR, y registrar su notificación bajo la condición de fallecido y los estudios de laboratorio en la solapa o sección correspondiente del SNVS (hayan estado o no internados en el momento de su fallecimiento).

### **Sospecha de virus emergente**

Definiciones de caso: Se considerarán como eventos respiratorios inusuales los siguientes:

- Cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria aguda observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- En contexto de un patrón inesperado de infección respiratoria aguda (aumento en la mortalidad, cambios en el grupo de edad asociado a un caso severo de influenza, o un cambio en el patrón clínico asociado a influenza u otro virus respiratorio).
- Infección respiratoria en personas en contacto con aves o porcinos enfermos o muertos asociados a una epizootia sospechada o confirmada de virus respiratorios.
- Casos de infección por un subtipo de virus influenza o variante de otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos<sup>3</sup>
- Cambios persistentes en la respuesta al tratamiento o en el desenlace en casos severos de infección respiratoria.
- Infección respiratoria aguda grave en trabajadores de la salud que atienden a pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En clusters de IRAG o neumonía: dos o más casos en miembros de la misma familia, del ámbito laboral o ámbitos sociales, y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.

---

<sup>3</sup> Esto sólo podrá ser determinado en los casos estudiados con resultados positivos para Influenza que no hayan podido ser subtipificados en los laboratorios de referencia provincial y hayan sido evaluados por los Centros Nacionales de Influenza e identificados como subtipos que no estén circulando en humanos.



- Viajeros provenientes de áreas en las cuales se registraron casos de nuevo virus influenza u otro virus respiratorio.

Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospecha de virus emergente</li> </ul>	Individual	Inmediata
Reporte de brotes			Inmediata

Los casos sospechosos de Influenza Aviar deberán notificarse en forma completa en todas las secciones (clínica, laboratorio y epidemiología) en forma nominal, indicando el brote de Influenza Aviar al que se encuentra relacionado.

Los casos de Influenza u otro virus respiratorio con comportamiento inusual deberán notificarse de forma completa, incluyendo los estudios de laboratorio y enviada la muestra al laboratorio nacional de referencia.

Las situaciones relacionadas a cambios en los patrones de ocurrencia, cluster de casos, y otros eventos respiratorios inusuales colectivos deberán notificarse en el formulario de brotes, indicando la clasificación de Evento Respiratorio Inusual.

#### VIGILANCIA POR REDES DE ESTABLECIMIENTO

- **Redes de laboratorio para la vigilancia de virus respiratorios - Agrupado**
- **Redes de vigilancia clínica de Neumonía, Bronquiolitis y ETI- Agrupado**
- **Vigilancia del sistema de salud (ocupación de camas) - Agrupado**

#### **Redes de laboratorio para la vigilancia de virus respiratorios - Agrupado**

Definiciones de caso: Todo caso de infección respiratoria aguda estudiado por laboratorio para los distintos agentes bajo vigilancia.

Se deberán notificar de manera agrupada todos los casos ambulatorios e internados estudiados y positivos para cada uno de los virus bajo estudio y técnica, según semana epidemiológica y grupo de edad.



Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecciones respiratorias virales Internados</li> <li>• Infecciones respiratorias virales Ambulatorios</li> </ul>	Influenza A, influenza B, VSR, adenovirus, virus parainfluenza, metapneumovirus, SARS-CoV-2	Numérica	Semanal

Los laboratorios involucrados en la provincia de Salta son los de los Hospitales Señor del Milagro, Público Materno infantil, Papa Francisco, de enfermedades tropicales (Orán) y San Bernardo.

**Redes de vigilancia clínica de Neumonía, Bronquiolitis y ETI- Agrupado** (todos los establecimientos mediante C2).

Definiciones de caso:

- Enfermedad tipo influenza (ETI): infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días. Sinónimos diagnósticos: Influenza, Síndrome gripal, SG, Síndrome Pseudogripal, Angina gripal, Cuadro gripal.
- Bronquiolitis en menores de 2 años: persona menor de 2 años con primer episodio de sibilancias, asociado a evidencia clínica de infección viral con síntomas de obstrucción bronquial periférica, taquipnea, tiraje, o espiración prolongada, con o sin fiebre. Sinónimos diagnósticos: BQL, BQ, Síndrome Bronquiolítico, Bronquiolitis, Síndrome Bronquiolar (siempre en el grupo de edad de menores de 2 años).
- Neumonía: enfermedad respiratoria aguda febril (> 38°) con tos, dificultad respiratoria, taquipnea y radiología que muestra un infiltrado lobar o segmentario o derrame pleural. Sinónimos diagnósticos: Neumonía, Neumonía de la comunidad, Neumonía bacteriana, Neumonía viral, Neumonía atípica, Neumopatía aguda, Neumonitis, Pulmonía, Bronconeumonía, Síndrome neumónico, NAC.

Se notificarán de manera agrupada los pacientes ambulatorios que cumplan con la definición de caso de ETI, y las bronquiolitis en menores de 2 años y neumonías en pacientes ambulatorios e internados según semana epidemiológica y grupo de edad.



Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
• Respiratorias	-Neumonía en pacientes ambulatorios e internados - Bronquiolitis en menores de 2 años en ambulatorios e internados- Enfermedad tipo influenza (ETI) (ambulatorios)	Numérica	Semanal

### **Vigilancia del sistema de salud (ocupación de camas) - Agrupado**

Definiciones:

La estrategia de vigilancia propuesta se basa en la necesidad de monitorear el impacto de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en el sistema de salud, su gravedad y su comportamiento en el tiempo. Consiste en una estrategia de establecimientos seleccionados para el relevamiento de indicadores homogéneos, de calidad comparable y de sencillo relevamiento, que tienen por objetivo monitorear la capacidad de respuesta del sistema de salud y su tendencia temporal a través del registro semanal de la internación en sala general, en unidades de terapia intensiva y la necesidad de asistencia respiratoria mecánica. Para Salta, los establecimientos seleccionados para esta estrategia son:

- **Hospital Señor del Milagro**
  
- **Hospital Papa Francisco**



Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilancia de internaciones por infección respiratoria aguda (IRA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotación camas internación general adultos</li> <li>Dotación camas internación general pediátricas</li> <li>Pacientes adultos en internación general por TODAS las causas</li> <li>Pacientes pediátricos en internación general por TODAS las causas</li> <li>Dotación UTI adultos</li> <li>Dotación UTI pediátricas</li> <li>Camas UTI adultos ocupadas por TODAS las causas</li> <li>Camas UTI pediátricas ocupadas por TODAS las causas</li> <li>Pacientes en internación general por Infección Respiratoria Aguda</li> <li>Pacientes en UTI por Infección Respiratoria Aguda</li> <li>Pacientes en ARM por Infección Respiratoria Aguda</li> </ul>	Numérica	Semanal

### VIGILANCIA GENÓMICA DE SARS-COV-2

Definiciones de caso:

ETI/IRAG - Vigilancia regular de variantes de SARS-CoV-2: Se realizará un muestreo aleatorio /sistemático entre las muestras que cumplan con la definición de caso de ETI y que hayan resultado ser detectables para SARS-CoV-2 por PCR en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio de SARS-CoV-2 y OVR (UMAs) de cada provincia y muestras que cumplan con la definición de caso de IRAG y que hayan resultado ser detectables para SARS-CoV-2 por PCR en hospitalización.

Selección de muestras según los siguientes criterios: Las muestras deberán pertenecer a población general, diferentes grupos de edad y sexo, y en lo posible responder a una unidad geográfica definida.

Muestreo no aleatorio:

- Brotos o conglomerados de casos de IRA graves



- Casos graves y fatales sin factores de riesgo
- Casos graves con pauta de vacunación completa
- Infecciones prolongadas en huéspedes inmunocomprometidos
- Casos de reinfección
- Viajeros provenientes del exterior

Notificación al SNVS			
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones respiratorias agudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia genómica de SARS-CoV-2</li> </ul>	Individual	Semanal

### DETECCIÓN Y ESTUDIO DE BROTES

Ante la ocurrencia de brotes de IRAs en poblaciones especiales se deberá determinar la etiología, realizar la investigación epidemiológica e implementar de manera oportuna las medidas de control necesarias para limitar su impacto.

Notificación al SNVS	
Instrumento de reporte	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario notificación de brotes de IRAs: <a href="https://forms.gle/1DRtpvosPTMGZc687">https://forms.gle/1DRtpvosPTMGZc687</a></li> </ul>	Inmediata

### VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE COQUELUCHE (TOS CONVULSA)

La vigilancia epidemiológica de Coqueluche permite evaluar el efecto de la vacunación en la incidencia, monitorear tendencias nacionales en la enfermedad y detectar grupos de alto riesgo y guiar el desarrollo de estrategias de prevención y control en la población.

Definiciones de caso:

- **Caso sospechoso:** toda persona con clínica compatible según los siguientes criterios por grupo etario:
  - Menores de 6 meses: toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.



- Mayores de 6 meses hasta 11 años: tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos.
  - Mayores de 11 años: tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante. sin otra causa aparente.
  - O bien que un trabajador de la salud sospeche coqueluche independientemente de la edad y del antecedente vacunal.
- **Caso confirmado:**
    - Caso sospechoso con cultivo positivo para el agente causal y/o resultados positivos del ensayo de PCR específicos para el agente causal y/o resultados positivo para detección de IgG anti toxina pertussis (estandarizado con el testigo de referencia internacional de la OMS)<sup>4</sup>
    - Caso sospechoso con nexo epidemiológico con caso de coqueluche confirmado por laboratorio entre 3 y 21 días antes del inicio de los síntomas.
  - **Caso probable:**
    - Paciente con clínica compatible (según criterios clínicos estratificados por edad) y sin confirmación por laboratorio (sin muestra para estudio o resultados negativos de laboratorio).

**Eventos bajo vigilancia y modalidad de notificación:**

Notificación al SNVS				
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad	Observaciones
Coqueluche	Coqueluche	Individual	Inmediata ante la sospecha	Deberá registrarse la derivación virtual de los aislados para caracterización de los agentes.

<sup>4</sup> En adolescentes y adultos, requiere una sola muestra de suero y está indicado en casos con más de 14 días de tos y que hayan recibido la vacunación con componente pertussis al menos un año o más antes de la toma de muestra.



## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES INVASIVAS BACTERIANAS

Las neumonías, meningitis y otras enfermedades invasivas por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* representan una importante carga de enfermedad, particularmente en niños y en personas con ciertas condiciones crónicas subyacentes.

La enfermedad invasiva corresponde a una infección confirmada con aislamiento del microorganismo en un sitio comúnmente estéril (Sangre, LCR, líquido sinovial, líquido pleural, líquido sinovial, líquido pericárdico, etc.).

### Eventos bajo vigilancia y modalidad de notificación

Notificación al SNVS				
Grupo de eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad	Observaciones
Otras Infecciones invasivas (distintas de meningitis)	Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)	Individual	Inmediata ante identificación de <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; <i>Haemophilus influenzae</i> ; <i>Neisseria meningitidis</i> ; <i>Streptococcus pyogenes</i>	Deberá registrarse la derivación virtual de los aislados para caracterización de los agentes.

Las neumonías bacterianas por *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* deben notificarse al SNVS de manera nominal e inmediata al Evento "Otras infecciones invasivas (bacterianas y otras)", de igual modo que las bacteriemias, sepsis y otras formas invasivas por dichos gérmenes. Así mismo se deberá consignar en la sección o "solapa" clínica/subsección Diagnóstico Referido/constatado, si se trata de un caso de neumonía, bacteriemia u otro, según corresponda. En la sección o "solapa" correspondiente a los datos de laboratorio etiológico se deberán consignar datos de la muestra, determinación, técnica y resultado. Finalmente, en sección o "solapa" epidemiología, deben consignarse los antecedentes de vacunación.

Las meningitis por estos agentes deben registrarse con modalidad nominal e inmediata al evento "Meningoencefalitis" y seguir los mismos criterios para el registro de las diferentes secciones.

# 2

## RECOMENDACIONES GENERALES A LA POBLACIÓN PARA DISMINUIR LA TRANSMISIÓN VIRAL

### MEDIDAS GENERALES

Mantener completos los esquemas de vacunación para influenza (vacuna antigripal), contra SARS-CoV-2, antineumocócica, contra Bordetella Pertussis y contra Haemophilus Influenzae b, según las recomendaciones nacionales.

- Ventilación adecuada de los ambientes.
- Lavado frecuente y adecuado de manos.
- Cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar; lavarse las manos inmediatamente.
- Tirar a la basura los pañuelos descartables inmediatamente después de usarlos.
- No compartir artículos personales como vasos, cubiertos y utensilios.

### INDICACIONES EN PERSONAS CON SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA

- Si presenta síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificulten sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es quedarse en casa, y evitar estar en contacto con otras personas, hasta sentirse mejor y que haya pasado al menos 24hs desde la desaparición de la fiebre.

Es fundamental evitar el contacto con personas vulnerables (inmunocomprometidos y/o con factores de riesgo para enfermedad grave por infección respiratoria) durante al menos 5 días desde el inicio de los síntomas y, luego, extremar cuidados hasta el día décimo (uso de barbijo, ventilación, lavado de manos).



- Si presenta síntomas y debe continuar con sus actividades, se recomienda;
  - Evitar contacto con personas vulnerables;
  - Utilizar medidas que disminuyen el riesgo de transmisión a otras personas incluyen:
    - Utilizar barbijo adecuadamente colocado.
    - Evitar lugares con mucha concurrencia de personas (eventos sociales, transporte público o eventos en lugares encerrados con poca ventilación).
    - Extremar medidas de cuidado dentro del hogar para evitar la transmisión a convivientes (ventilación de ambientes, lavado regular de manos, cubrir la boca y la nariz al toser y estornudar, evitar visitas).
    - Limpiar las superficies en contacto con personas enfermas con agua y detergente o jabón, o solución de alcohol al 70%
- Si los síntomas empeoran o le generan preocupación debe realizar una consulta médica.

#### RECOMENDACIONES PARA LIMITAR LA ENFERMEDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Dentro de las medidas para destacar se encuentran<sup>5</sup>:

- Se deberá realizar el triage para identificar a los pacientes con síntomas respiratorios y/o fiebre.
- Si las condiciones de los centros de salud lo permiten, establecer circuitos de atención diferenciados: uno para pacientes con patología respiratoria o fiebre y otro para el resto de los motivos de consulta.
- En momentos de alta circulación viral se recomienda indicar el uso de barbijo quirúrgico a pacientes y acompañantes como también para el personal de salud en contacto con pacientes.
- En todo momento, los pacientes con síntomas de infección respiratoria deberían utilizar barbijo correctamente colocado dentro de los establecimientos de salud.
- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón y secarse con una toalla de papel individual o en caso de tener disponibilidad, utilizar alcohol gel.

---

<sup>5</sup> En el siguiente documento: “Prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud. Recomendaciones. Mayo 2023” se describen las recomendaciones para la prevención de infecciones respiratorias agudas en establecimientos de salud disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/prevencion-infecciones-respiratorias-establecimientos-salud-mayo-2023.pdf>



- Se debe asegurar la limpieza frecuente de las salas de espera.
- En centros pediátricos, se recomienda evitar la presencia de juguetes de uso común.
- Uso adecuado del equipo de protección personal (EPP) según el riesgo de exposición (tipo de actividad) y la dinámica de transmisión del patógeno (contacto, gotas, aerosoles).
- Se deben considerar otros tipos de exposición (antecedente de viajes, contacto con animales) para orientar la sospecha clínica, indicación de test diagnóstico y aislamiento en pacientes que presenten factores de riesgo para eventos respiratorios inusuales (por ejemplo, influenza aviar).

Para el trabajador que presente síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificulten sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es quedarse en casa, y evitar estar en contacto con otras personas, hasta sentirse mejor y que hayan pasado al menos 24hs desde la desaparición de la fiebre. No obstante, para aquellos que brindan asistencia o cuidado en forma directa (por ejemplo cuidado personal, atención médica) a personas vulnerables (inmunocomprometidos y/o con factores de riesgo para enfermedad grave por infección respiratoria) deberán evitar el contacto con esas personas durante al menos 5 días desde el inicio de los síntomas (y al menos 24hs de resuelta la fiebre y con mejoría sintomática) y extremar cuidados hasta el día décimo utilizando barbijo adecuadamente colocado de manera continua, observando estrictamente las recomendaciones de higiene respiratoria y compartiendo ambientes adecuadamente ventilados.

#### MEDIDAS DE PRECAUCIÓN ANTE PACIENTES QUE REQUIERAN INTERNACIÓN:

- Se deberán observar estrictamente las medidas de protección personal, manejo de pacientes enfermos y sus secreciones según indicaciones del equipo de control de infecciones de la institución.
- El personal de salud deberá usar las medidas habituales de precaución estándar, de contacto y para transmisión por gota según corresponda.
- Utilizar respiradores N 95, si se realizan procedimientos invasivos que pueden provocar aerosolización.
- Los barbijos quirúrgicos se deben colocar y retirar fuera de la habitación del paciente.
- Lavado de manos con técnica adecuada antes de colocarse el EPP e inmediatamente después de retirarlo.
- Toma de muestra oportuna para estudio virológico según recomendaciones vigentes.



- Para la discontinuidad de las medidas de precaución en pacientes hospitalizados con virus respiratorios se deberán considerar distintos factores (evolución clínica, tiempo desde el inicio de síntomas, gravedad de la enfermedad, estado inmune del paciente, etc). Se deberá realizar evaluación conjunta entre el equipo tratante y Control de infecciones.
- La excreción viral en pacientes inmunocompetentes -que puede depender de varios factores- se considera baja luego del 5º día de evolución para Influenza y COVID-19, y luego del 7º día para Virus Sincitial Respiratorio.
- En pacientes adultos inmunocompetentes se puede discontinuar las medidas de precaución luego de 5 días de inicio de síntomas, con por lo menos 24 horas de resolución del cuadro febril y mejoría clínica. Evitar que se comparta habitación con pacientes inmunocomprometidos.
- En pacientes con inmunocompromiso o con enfermedad grave, se deberá realizar evaluación personalizadas ya que la excreción viral puede prolongarse. Se pueden realizar pruebas diagnósticas para apoyar la decisión.
- En niños, especialmente aquellos con Virus sincitial respiratorio, las medidas de precaución se deberían implementar durante toda la internación, debido a que pueden presentar excreción más prolongada.

#### RECOMENDACIONES PARA LIMITAR LA ENFERMEDAD EN RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

- Se deben completar y mantener actualizados los esquemas de vacunación de los trabajadores y los residentes de acuerdo al calendario nacional.
- Realizar actividades para la educación sanitaria a los residentes, trabajadores y familiares.
- Asegurar una correcta limpieza de las superficies y de los espacios de forma permanente, así como mantener una ventilación adecuada en los ambientes de la institución.
- Se recomienda evitar el ingreso de personas con síntomas de enfermedad respiratoria aguda.

#### **A los trabajadores de estas instituciones, se les indicará:**

- Todos los trabajadores encargados de la asistencia deben seguir estrictamente las medidas de prevención orientadas a reducir y controlar la transmisión de las infecciones respiratorias agudas.
- No se recomienda el uso de barbijos de manera rutinaria, su uso sólo está recomendado para personas que presentan síntomas respiratorios o han estado enfermos recientemente.



- Si presenta síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificulten sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es quedarse en casa, y evitar estar en contacto con otras personas, hasta sentirse mejor y que hayan pasado al menos 24hs desde la desaparición de la fiebre.

Para el personal que brinda asistencia o cuidado en forma directa a los residentes (por ejemplo cuidado personal, atención médica) deberá evitar el contacto con ellos durante al menos 5 días desde el inicio de los síntomas (y hasta luego de haber pasado al menos 24hs de la desaparición de la fiebre y presentar mejoría sintomática) y extremar cuidados hasta el día décimo: utilizando barbijo adecuadamente colocado de manera continua, observando estrictamente las recomendaciones de higiene respiratoria y compartiendo ambientes adecuadamente ventilados.

Ante un caso sospechoso de IRA de residentes:

- Todos aquellos residentes que presenten sintomatología respiratoria aguda deberán restringir sus movimientos lo máximo posible y permanecer en una habitación con buena ventilación (preferiblemente al exterior) e idealmente con un baño propio para evitar contagios a otros convivientes.
- Los residentes con síntomas de una infección respiratoria aguda deberán seguir las mismas recomendaciones que para la población general en contacto con personas vulnerables.
- Si corresponde, luego de la evaluación profesional el/la paciente, se derivará al servicio de emergencia. Mientras espera la derivación debe desencadenar la precaución estándar, por contacto y por gotas que consiste en: higiene de manos, guantes, barbijo quirúrgico, aislamiento individual.
- Para ello se debe contar con personal asignado para su atención, y se debe tener disponible un sistema de derivación y traslado de manera prioritaria, de ser necesario, acorde a la gravedad del cuadro.
- Informar en forma fehaciente a todos los familiares, visitantes, usuarios sobre la situación y las medidas preventivas ante un caso con síntomas de infección respiratoria aguda.
- Las visitas a los residentes deben favorecerse en todo momento, con el cumplimiento de las medidas preventivas. No obstante, no deberían recibir visitas de personas enfermas con síntomas de una infección aguda transmisible.



- Ante la ocurrencia de brotes de Infecciones respiratorias agudas en poblaciones especiales<sup>6</sup> se definirán medidas específicas para investigación y control.

### **Testeo y cuidados en personal de salud con síntomas de enfermedad respiratoria aguda**

Si un miembro del equipo de salud presenta síntomas de enfermedad respiratoria, como fiebre o síntomas que dificulten sus actividades habituales, lo recomendado (no solo en enfermedades respiratorias), es quedarse en casa, y evitar estar en contacto con otras personas, hasta sentirse mejor y que hayan pasado al menos 24hs desde la desaparición de la fiebre.

Para el personal que brinda asistencia o cuidado en forma directa (por ejemplo cuidado personal, atención médica) a personas vulnerables (inmunocomprometidos y/o con factores de riesgo para enfermedad grave por infección respiratoria) evitar el contacto durante al menos 5 días desde el inicio de los síntomas y extremar cuidados hasta el día décimo: utilizando barbijo adecuadamente colocado de manera continua, observando estrictamente las recomendaciones de higiene respiratoria y compartiendo ambientes adecuadamente ventilados.

### **Vacunación para personal de salud**

Para consulta de documento completo, visite:

<https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-05/prevencion-infecciones-respiratorias-establecimientos-salud-mayo-2023.pdf>

Para alcanzar una adecuada protección respecto de las enfermedades infecciosas, además de conocer y practicar las normas de cuidado, todo personal de salud (PDS) debe estar correctamente vacunado según el riesgo de exposición, sector donde desarrolla su función. Se considera personal de salud a toda persona del ámbito asistencial, involucrada en la atención directa o indirecta, en todos los niveles de atención e incluye a personal administrativo, de seguridad, laboratorio, maestranza, farmacia, odontología, trabajadores sociales, enfermería, médicos/as, kinesiología, fonoaudiología, psicología, paramédicos/as, terapeutas ocupacionales, entre otras.

### **Vacunas recomendadas:**

Todo el personal de salud debe de completar su esquema de vacunación para COVID19, con la dosis de refuerzo correspondiente; si pasaron 6 meses se recomienda que desde el día 3 de mayo de 2023 las dosis de refuerzo (luego de completar el esquema primario de vacunación contra la COVID-19 e

---

<sup>6</sup> Poblaciones especiales: Personas que residen, trabajen o asistan a ámbitos que por las características propias presentan mayor riesgo de transmisión o generación de brotes (instituciones carcelarias, instituciones de salud, centros con personas institucionalizadas, personas que trabajen o presten cuidado a personas vulnerables).



independientemente de la cantidad de dosis recibidas previamente), sean aplicadas según las siguientes especificaciones:

**Riesgo alto de COVID-19 grave:** personas de 50 años o mayores, personas con inmunocompromiso a partir de los 6 meses de vida y personas gestantes. Dosis de refuerzo a los 6 meses desde la última dosis aplicada y continuar con dosis aplicadas con dicha periodicidad.

**-Riesgo intermedio de COVID-19 grave o alta exposición laboral a la infección por SARS-CoV-2:** personas menores de 50 años con comorbilidades no inmunosupresoras (enfermedades crónicas u obesidad), personal de salud y personal estratégico. Dosis de refuerzo a los 6 meses desde la última dosis aplicada y continuar con dosis anuales.

**-Riesgo bajo de COVID-19 grave:** personas entre 6 meses y 49 años inclusive sin comorbilidades. Dosis de refuerzo a los 12 meses desde la última dosis aplicada y continuar con dosis anuales.

Información disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-06/actualizacion-lt-covid.pdf>

# 3

## EL ROL DEL LABORATORIO EN LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS

### INFECCIONES RESPIRATORIAS VIRALES

#### ¿Cuándo realizar diagnóstico etiológico?

##### Ambulatorios:

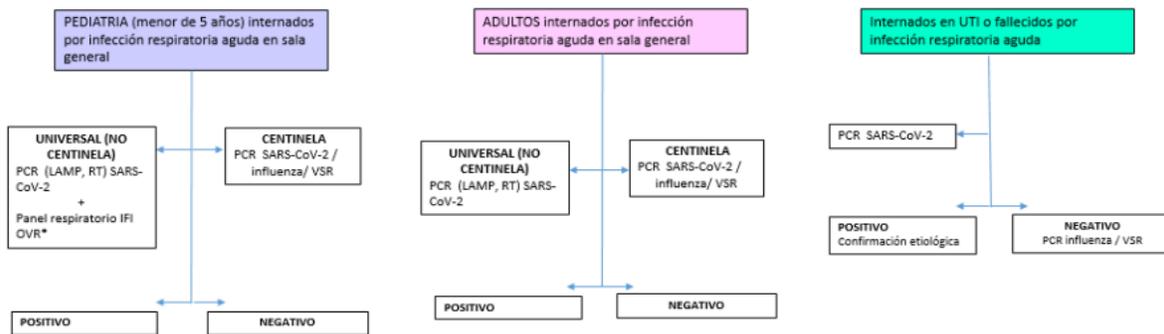
- Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA): Se estudiarán por test de antígeno para SARS-CoV-2 todos los casos sospechosos de COVID-19 independientemente de la edad.
- Por muestreo sistemático se seleccionarán personas que cumplan con la definición de caso de ETI para estudio por métodos moleculares para SARS-CoV-2, influenza y VSR.

##### Internados:

- En el contexto actual, con circulación de distintos virus respiratorios, y con la necesidad todavía de conocer el comportamiento que tendrá SARS-CoV-2, principalmente en la generación de enfermedad grave, se mantiene la indicación de realizar test diagnóstico a todas las personas que requieran internación por infección respiratoria aguda, complementando con el diagnóstico de Influenza y RSV en las personas internadas en UTI o fallecidas y en las Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).
- Adicionalmente, los pacientes internados menores de 5 años continuarán siendo estudiados para otros virus respiratorios por panel de inmunofluorescencia



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN PERSONAS CON SINTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS CON CRITERIO DE INTERNACION



\*Todos los positivos para influenza deben ser derivados al Laboratorio Nacional de Referencia de Virus respiratorios (INEI- ANLIS) para la subtipificación

### ROL DEL LABORATORIO EN LAS NEUMONÍAS PARA DETECCIÓN DE GÉRMENES COMUNES

La vigilancia de serotipos de *S.pneumoniae*, *H. influenzae* y otras infecciones bacterianas invasivas se realizará a través de la Red de Laboratorios. Los aislados de *S. pneumoniae*, o *H. Influenzae* de líquido pleural y/o sangre, deben ser remitidos al Laboratorio Nacional de Referencia para la vigilancia nacional de la enfermedad invasiva debida a estos patógenos, y notificada la derivación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Las muestras deberán enviarse independientemente de la edad de los casos estudiados.

#### Muestras para realizar el diagnóstico:

- Muestras de origen respiratorio:
  - Espudo
  - Aspirado Traqueal
  - BAL (lavado broncolaveolar)
  - Mini BAL
  - Muestra de cepillo protegido
  - Punción pulmonar transcutánea
  - Biopsia de pulmón
- Hemocultivos: tomar dos muestras de distinto sitio de venopunción y con 30 minutos de diferencia entre ambas.



- Líquido pleural, si existe trasvasación a la pleura.
- Muestra de orina.

**Pruebas a realizar:**

- Examen Directo para establecer la calidad del esputo, aspirado traqueal, BAL o miniBAL, según los criterios establecidos para cada tipo de muestra.
- Coloración de Gram a las muestras respiratorias
- Cultivo en Agar Sangre + Agar Chocolate + Agar CLDE (u otro medio para enterobacterias): para la búsqueda de gérmenes comunes como *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa*. Se debe tener en cuenta el punto de corte para la jerarquización de los patógenos en cada muestra estudiada.
- Detección de antígeno urinario para *Streptococcus pneumoniae*.
- En situaciones donde el cultivo dio resultado negativo es posible realizar ensayos de PCR en tiempo real en muestras de líquido pleural y/o en muestras de suero para detección de *S. pneumoniae* y *H. influenzae*.

## EL LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO DE COQUELUCHE

### Muestras Clínicas

- Aspirado nasofaríngeo
- Hisopado nasofaríngeo recolectado con hisopo de dacrón, nylon o Rayon. Métodos
- Cultivo en medio Regan Lowe o en medio Bordet Gengou (aplicable a todos los grupos etarios)
- PCR dirigida al menos a dos targets específicos para cada una de las especies de *Bordetella* que puede causar Coqueluche: *B. pertussis* y *B. parapertussis* (útil en todos los grupos etarios)
- Detección de IgG anti toxina pertussis (útil en adolescentes y adultos) Condiciones para el procesamiento de las muestras respiratorias para el diagnóstico de rutina

Las muestras respiratorias deben ser procesadas lo antes posible luego de recolectadas.

Si no es posible el procesamiento inmediato:

Para el cultivo: recolectar las muestras en medio de transporte Regan Lowe al 50% o en medio Amies modificado (con carbón).

Para la PCR: mantener las muestras entre 4°C y 8°C, idealmente no más de 48 - 72 horas.



Todas las muestras deben llegar al laboratorio acompañadas de la información clínica y epidemiológica del paciente y en condiciones apropiadas de bioseguridad.

### **¿Cuándo realizar diagnóstico etiológico?**

- El cultivo es el “gold standard”, presenta 100% de especificidad y puede utilizarse durante las dos primeras semanas luego del inicio de la tos, ya que en dicho momento presenta la mayor sensibilidad.
- La PCR presenta mayor sensibilidad que el cultivo y elevada especificidad, puede utilizarse durante las cuatro semanas siguientes al inicio de la tos, aunque la mayor sensibilidad es durante las dos primeras semanas.
- Finalmente, la toma de muestra de suero para la detección de anticuerpos IgG anti toxina pertussis debe realizarse luego de la segunda y antes que finalice la duodécima semana de tos, idealmente entre la semana 2 a 8 luego del inicio de este síntoma.

Los aislados de *B. pertussis* y de *B. parapertussis* deben remitirse al Laboratorio Nacional de Referencia para el estudio de la sensibilidad a los macrólidos.

# 4

## OSELTAMIVIR. RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES

El Oseltamivir continúa siendo la droga de elección para el tratamiento de las infecciones por influenza. Se encuentra disponible en cápsulas o en suspensión oral. Si la formulación líquida no estuviera disponible puede utilizarse la cápsula para preparar la solución de acuerdo a las recomendaciones de ANMAT. Si bien en revisiones realizadas no se observó una eficacia para prevenir las complicaciones o las internaciones por influenza los pacientes con factores de riesgo o cuadro clínico progresivo podrían beneficiarse con la indicación temprana.

La respuesta es mayor cuando se inicia un tratamiento dentro de las primeras 48 hs del inicio de los síntomas, pero en los niños y adolescentes con cuadros moderados progresivos o graves, puede ser indicado más tardíamente.

En los pacientes internados:

- Se recomienda tratamiento antiviral en pacientes con infección respiratoria grave que requieran terapia intensiva y/o ARM.
- Se recomienda tratamiento antiviral a los pacientes con cuadros moderados o con factores de riesgo y con IFI positiva para Influenza hasta tener el resultado de PCR-real time. En niños con cuadros progresivos se debe priorizar el tratamiento al diagnóstico virológico, si la IFI es negativa o no se puede realizar, se debe completar el tratamiento. Si se el resultado del estudio virológico es positivo para otro virus respiratorio, se evaluará suspender el tratamiento antiviral de acuerdo al cuadro clínico del niño. En los pacientes ambulatorios:



- Se recomienda tratamiento antiviral en niños y adolescentes con factores de riesgo y con infección respiratoria baja independientemente de otros tratamientos, fundamentalmente en momentos de circulación predominante del virus influenza.

**Los factores de riesgo para influenza A son:**

**Grupo 1:**

**Enfermedades respiratorias:**

- a) Asma moderado y grave
- b) Enfermedad respiratoria crónica (displasia broncopulmonar, bronquiectasias, fibrosis quística, malformaciones pulmonares, traqueostomizados, Enfermedad Pulmonar Crónica Post infecciosa (EPCPI).
- c) Enfermedad pulmonar restrictiva (enfermedad pulmonar intersticial, neuromusculares, malformaciones de caja torácica y escoliosis severa).

**Grupo 2:**

**Enfermedades cardiacas:**

- a) Insuficiencia cardiaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía
- b) Cardiopatías congénitas

**Grupo 3:**

**Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológica).**

- a) Infección por VIH
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a 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
- e) Desnutrición grave

**Grupo 4:**

**Pacientes Oncohematológicos y trasplantados**

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento
- b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa
- c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético



**Grupo 5:**

**Otros**

- a) Obesos con índice de masa corporal [IMC] mayor a 40
- b) Diabéticos
- c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses
- d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de vida
- e) Síndromes genéticos y malformaciones congénitas graves
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años.
- g) Convivientes de enfermos oncohematológicos
- h) Convivientes de prematuros menores de 1500 g.

**Oseltamivir: dosis recomendadas en relación a edad y peso**

<b>Oseltamivir</b>	
<b>Tratamiento en Niños ≥12 meses o mayores</b>	
<b>Peso</b>	<b>Dosis recomendada por 5 días</b>
<15 kg	30 mg c/12hs
15–23 kg	45 mg c/12hs
24–40 kg	60 mg c/12hs
>40 kg	75mg c/12 hs
<b>Oseltamivir</b>	
<b>Tratamiento en niños &lt;1 año*</b>	
<b>Edad</b>	<b>Dosis recomendada por 5 días**</b>
<3 meses	12 mg c/12 hs
3-5 meses	20 mg c/12 hs
6-11meses	25 mg c/12 hs

\*Aprobado por la FDA a fines de 2012 a partir de las 2 semanas de vida  
<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm333205.htm>

\*\* 0 – 8 meses: 3 mg/kg. 9 – 11 meses: 3,5 mg/kg. Dos veces por día



Los infantes pretérmino podrían tener disminuido el clearance de la droga debido a inmadurez renal, por lo que las dosis recomendadas para niños de término serían altas y se recomienda:

Niños pretérmino menor a 38 semanas: 1mg/kg dosis VO dos veces al día

Niños pretérmino entre 38 y 40 semanas: 1,5 mg/kg/dosis VO dos veces al día

En paciente con Insuficiencia renal debe realizarse ajuste según clearance de creatinina.

**Formas farmacéuticas:**

- Cápsulas de 30-45-75 mg
- Polvo suspensión de 12mg por ml Zanamivir: Niños mayores de 7 años: 10 mg (dos inhalaciones de 5 mg) cada 12 hs por 5 días.

**Eventos adversos**

La frecuencia de eventos adversos fue muy baja. Los más frecuentemente informados en la población general con Oseltamivir fueron náuseas y vómitos. Otros efectos como diarrea se presentaron en proporción similar a los que no fueron tratados con inhibidores de neuraminidasa. En niños con factores de riesgo tratados con Oseltamivir o zanamivir, no se registraron efectos significativos ni eventos graves relacionados a su indicación. Existe poca información sobre la seguridad en lactantes pequeños por lo que se recomienda el monitoreo cercano cuando se indica Oseltamivir en este grupo.



## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la vigilancia, prevención y atención de las Infecciones Respiratorias Agudas en Argentina. Actualización mayo de 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación. Vigilancia de infecciones respiratorias agudas. Boletín Integrado de Vigilancia SE12 - N208: 14-28.
- Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. Recommendations for Prevention and Control of Influenza in Children, 2013-2014. *Pediatrics* 2013; 132; e1089.
- Michiels B, Van Puyenbroeck K, Verhoeven V, Vermeire E, Coenen S. The Value of Neuraminidase Inhibitors for the Prevention and Treatment of Seasonal Influenza: A Systematic Review of Systematic Reviews *PLoS ONE* 2013; 8(4): e60348.
- Kimberlin DW, Acosta EP, Prichard MN, Sánchez PJ, National Institute of Allergy and Infectious Diseases Collaborative Antiviral Study Group. Oseltamivir Pharmacokinetics, Dosing, and Resistance Among Children Aged.
- Wang Kay, Shun-Shin Matthew, Gill Peter, Perera Rafael, Harnden Anthony. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in children (published trials only). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 2, Art. No. CD002744. DOI: 10.1002/14651858.CD002744.pub3.