

# Infecciones Respiratorias Agudas

Estrategias de Vigilancia

Provincia del Neuquén

Junio 2026

**Actualización:** 2026

**Título:** Infecciones Respiratorias Agudas

**Emisor:** Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén

**Ámbito de aplicación:** Provincia del Neuquén

**Autores:** Dirección General de Epidemiología  
Dirección General de Inmunizaciones  
Dirección de Laboratorio Central  
Dirección de Red de Laboratorios

## INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son patologías originadas por diferentes agentes etiológicos que provocan cuadros clínicos como la enfermedad tipo influenza (ETI), bronquiolitis y neumonía, hasta cuadros de mayor gravedad manifestados como infecciones respiratorias agudas graves (IRAG).

Las IRA constituyen una importante causa de morbimortalidad afectando fundamentalmente a niñas/os menores de cinco años, personas mayores de 65 años y personas susceptibles con patologías de base.

En Argentina, la vigilancia epidemiológica de las IRA se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Este sistema involucra la participación de diferentes niveles de atención (local, provincial y nacional), laboratorios y áreas de epidemiología. En este sentido, se destaca una vigilancia de infecciones respiratorias agudas colaborativa y con componentes diferentes que sean complementarios y adecuados para responder a propósitos definidos.

Previo a la pandemia de COVID-19, la vigilancia nacional de las IRA se realizaba con modalidad agrupada a partir de los eventos ETI, Bronquiolitis en menores de 2 años, Neumonías y con modalidad nominal para las IRAG y casos inusitados. Durante la pandemia de COVID-19, se incorporó la vigilancia de SARS-CoV-2 a la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas con una estrategia universal bajo el evento “Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR” (OVR: otros virus respiratorios).

A partir de abril de 2022, esta modalidad se complementa con la implementación de la estrategia centinela, conformada por las Unidades de Monitoreo para SARS-CoV-2 y OVR (UMAs). Para llevar adelante esta estrategia de vigilancia, se seleccionaron establecimientos en distintas jurisdicciones del país con el fin de monitorear la circulación de estos virus respiratorios.

Hasta la presente temporada, la estrategia integrada de vigilancia de IRA incluye la vigilancia universal de COVID-19 de casos positivos; la vigilancia universal de COVID-19 en casos internados y fatales; la vigilancia universal de eventos inusuales; la vigilancia universal de influenza y Virus Sincicial Respiratorio (VSR) en casos graves y fatales; la vigilancia centinela de COVID-19, Influenza y VSR en ambulatorios, mediante la continuidad y sostenimiento de Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA-ETI) y vigilancia centinela de IRAG en establecimientos seleccionados (UC-IRAG).

Contar con una red de unidades centinela de IRAG que aporten información de calidad permite monitorear las tendencias en la incidencia identificando periodos epidémicos en diferentes unidades territoriales; caracterizar el comportamiento de la enfermedad (grupos poblacionales afectados y factores de riesgo, magnitud, severidad, mortalidad); detectar oportunamente la aparición de nuevas variantes y/o subtipos de influenza, y otros virus respiratorios emergentes, y contribuir a la evaluación del impacto sobre el sistema de salud y de las intervenciones adoptadas, como es el caso de la vacunación materna contra el VSR.

Entre las estrategias complementarias se destaca la vigilancia universal de eventos respiratorios inusuales como componente prioritario para la detección temprana de eventos con un patrón inusual de comportamiento que requieran una caracterización epidemiológica y evaluación de riesgo precoz. De igual modo, se continúa con la vigilancia universal de los casos confirmados de SARS-CoV-2, Influenza y VSR en ambulatorios y hospitalizados, incluyendo la notificación obligatoria de casos fallecidos; la vigilancia universal de eventos clínicos asociados a las IRA: ETI, Bronquiolitis en menores de 2 años y Neumonías; la vigilancia de virus respiratorios por redes de laboratorio de muestras estudiadas en casos ambulatorios y hospitalizados; y la vigilancia del impacto en el sistema de salud por redes de establecimientos.

Ante los brotes de Influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) detectados tanto en aves silvestres como en aves de corral, y considerando el aumento en la detección de Influenza A (H5N1) en mamíferos tanto terrestres (incluyendo animales de compañía), como acuáticos, se debe sostener y fortalecer la vigilancia de la interfase humano animal, garantizando la detección precoz de casos expuestos y sospechosos, estudio diagnóstico según corresponda,

notificación al SNVS 2.0 - considerando todas las etapas de evolución del caso-, y respuesta rápida ante la ocurrencia de brotes en animales. El enfoque de la vigilancia, preparación, prevención y control de los brotes de Influenza aviar desde una perspectiva de Una Salud (humana - animal - medio ambiental) posibilita la toma de decisiones articulada y coordinada.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

### Vigilancia epidemiológica de infecciones respiratorias agudas

La Estrategia de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas consensuadas con diversos profesionales del área clínica y de laboratorio, está basada en recomendaciones del Ministerio de Salud de Nación y del Laboratorio Nacional de Referencia INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" (LNR).

#### Objetivos de la vigilancia de virus respiratorios

- Monitorear tendencias en la incidencia de las IRA, identificando los períodos epidémicos en diferentes unidades territoriales.
- Detectar y caracterizar los eventos respiratorios inusuales.
- Estimar la participación de agentes etiológicos virales seleccionados en la morbilidad y mortalidad por IRA.
- Registrar y analizar los factores de riesgo o determinantes asociados a los casos graves, inusitados y fatales.
- Identificar y caracterizar los virus respiratorios circulantes, en particular Influenza, SARS-CoV-2 y VSR.
- Disponer de la caracterización de los virus Influenza que potencialmente puedan ser considerados para la composición vacunal.
- Estimar la carga de enfermedad grave por infecciones respiratorias agudas, particularmente asociadas a Influenza, SARS-CoV-2 y VSR.
- Contribuir con las estimaciones de efectividad e impacto de las intervenciones.
- Apoyar la planificación de medidas de prevención y control, de la prestación de los servicios de salud y de la participación comunitaria.
- Orientar la formulación de las políticas y las directrices para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas bajo vigilancia.
- Difundir periódicamente la situación epidemiológica y las medidas recomendadas de acuerdo a la misma.

## Eventos bajo vigilancia, estrategias y modalidad de notificación

La Guía de Vigilancia de IRA 2026 integra un mosaico de estrategias compuesto por los siguientes componentes principales:

- 1) Un componente universal con validez para todo servicio de salud con capacidad para la detección de:
  - Casos confirmados y casos fallecidos por SARS-CoV-2, Influenza y VSR, ambulatorios e internados.
  - Eventos respiratorios inusuales: Se considera cuando el evento es causado por un subtipo de virus Influenza o variante de otros virus respiratorios que no circule en humanos, evolución del caso más grave de lo previsto, cambios abruptos e imprevistos en la tendencia de las IRA y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente, considerando que un evento que pueda ser nuevo para determinada zona, inesperado para la estación del año o para la población que está afectando.
  - Persona expuesta a Influenza aviar.
  - Detección y estudio de brotes.
  
- 2) Un componente que atañe a la red de vigilancia jurisdiccional (todos los establecimientos que forman parte del monitoreo y evaluación de la vigilancia regular de la jurisdicción). En esta estrategia se vigilan determinados eventos que se desprenden de la atención habitual de las infecciones respiratorias agudas y que incluye los siguientes componentes y estrategias:
  - Red de vigilancia de eventos sindrómicos: ETI, neumonía y bronquiolitis en la modalidad agrupada numérica semanal (C2).
  - Red de vigilancia por laboratorios de virus respiratorios.
  - Red Federal de Genómica y Bioinformática.
  - Red de vigilancia del impacto de las IRA en el sistema de salud (ocupación de camas).

### 3) Componente de Vigilancia Centinela

Consiste en la implementación de una vigilancia intencional y sistemática en establecimientos de salud seleccionados, con recursos y estrategias especialmente dedicados al monitoreo de las IRA.

- Unidades Centinela de IRAG (UC-IRAG) Establecimientos seleccionados:  
Hospital San Martín de los Andes “Dr. Ramón Carrillo”.  
Hospital Provincial Neuquén “Dr. Eduardo Castro Rendón”.  
Hospital Zapala “Dr. Jorge Juan Pose”.  
Hospital “Dr. Bouquet Roldán”.
- Unidades de Monitoreo Ambulatorio de ETI (UMA-ETI) Establecimientos seleccionados:  
Hospital Zapala “Dr. Jorge Juan Pose”.  
Hospital San Martín de los Andes “Dr. Ramón Carrillo”.

Los distintos establecimientos de salud de nuestra provincia tanto públicos, privados como de la seguridad social, deben recolectar la información sobre los pacientes atendidos tanto en el servicio de guardia, consultorios externos, internación y laboratorio, debiendo consolidarlos de manera diaria o semanal (según corresponda).

Las fuentes de datos para el relevamiento de esta información surgen a partir de las fichas epidemiológicas, planilla de consulta médica, los registros de internación o del laboratorio en cada uno de los efectores de salud debiendo ser notificados al SNVS 2.0 según las definiciones de caso, componente y modalidad de vigilancia de acuerdo a lo que se presenta a continuación:

## Componentes de la Estrategia de vigilancia de infecciones respiratorias agudas



**Fuente:** Infecciones respiratorias agudas. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control (Ministerio de Salud de la Nación, 2024).

## VIGILANCIA LABORATORIAL

Las muestras se recolectan en los efectores públicos de salud y se envían a sus laboratorios de referencia, los cuales se encargan de verificar la identidad de la muestra (Apellido, Nombre y DNI) y que sean aptas para el diagnóstico (Ver criterios de rechazo de muestras).

La vigilancia se basa en las siguientes estrategias:

- Unidad Centinela de IRAG (UCI-RAG): se recolectan muestras de la totalidad de los pacientes.
- Unidad de Monitoreo Ambulatorio de ETI (UMA-ETI): se recolectan muestras de una selección de pacientes.
- Vigilancia Universal de pacientes ambulatorios: hasta 20 muestras semanales por región sanitaria.
- Vigilancia Universal de pacientes internados y /o fallecidos: se recolectan muestras de la totalidad de los pacientes.

## PREPARACIÓN, TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS

Las muestras para diagnóstico molecular y microbiológico son aspirado nasofaríngeo, hisopado nasofaríngeo (ANEXO 2) y otras muestras de vías aéreas bajas (aspirado traqueal, lavado bronquial, lavado broncoalveolar, líquido de derrame pleural, biopsias de pulmón). Estas deben ser rotuladas con la etiqueta de código de barras correspondiente y conservadas entre 4°C y 8°C hasta el momento del envío. La estabilidad de las muestras es de 4 días. Previo al envío, la muestra debe estar registrada en ANDES. Las cajas con las muestras deben tener adosado en el exterior la planilla de derivación emitidas por el Sistema Informático de Laboratorio (SIL2). Esta debe contener las etiquetas identificadoras de muestras, DNI, Apellido y Nombre de cada paciente, en letra LEGIBLE.

Se deben embalar las muestras en triple envase de acuerdo a las normativas indicadas en el Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de la OMS 3era Edición. En lo posible utilizar cajas SISTEG M-6 (ver ANEXO 3). De no contar con recipientes de bioseguridad comerciales, se puede colocar el recipiente primario, refrigerantes y cantidad suficiente de material absorbente en un embalaje secundario. Este último se debe disponer en un recipiente exterior con cierre hermético y resistente a posibles golpes (contenedor terciario).

**IMPORTANTE:** La recepción de muestras se realiza todos los días. El HHH (Hospital Horacio Heller) recibirá muestras entre las 08:00 y las 19:00 horas, mientras que el LC (Laboratorio Central) las recibirá entre las 08:00 y las 16:00 horas. Si fuera necesario el envío en otros horarios, comunicarse al LC (cel: 2994104529) o HHH (fijo: 2994490796) para coordinar la recepción.

## MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y DETERMINACIONES DISPONIBLES

- Inmunofluorescencia (IFD): VSR, Virus Influenza A (FLU-A), Virus Influenza B (FLU-B), Adenovirus, Virus Parainfluenza 1-2-3, Metapneumovirus humano.
- Biología Molecular (PCR/RT-PCR en tiempo real) (BM): FLU-A, FLU-B, SARS-CoV-2 y VSR, Adenovirus humano, Enterovirus humano, Metapneumovirus humano y Parainfluenza 1,2,3 y 4.

## CIRCUITO DE MUESTRAS EN CONTEXTO DE VIGILANCIA UNIVERSAL

Existen 2 circuitos diferentes de las muestras según el grupo de edad de los pacientes:

1. Las muestras pediátricas de menores de 5 años deben derivarse al laboratorio HHH, laboratorio HPN o laboratorio SMA para realizar un panel de virus respiratorios por IFD. Es

necesario el envío de dos muestras por cada paciente ya que aquellas que arrojen resultados negativos se derivan al LC para su procesamiento por BM.

**HPN:** Procesa las muestras propias de menores de 5 años por IFD.

**SMA:** Procesa las muestras de menores de 5 años de toda la Región Lagos del Sur por IFD.

**HHH:** Procesa las muestras de menores de 5 años por IFD (con excepción de las procesadas en HPN y en SMA).

2. Las muestras de todo paciente de 5 años o más se estudian en el LC por BM.

### **CIRCUITO DE MUESTRAS EN CONTEXTO DE VIGILANCIA CENTINELA**

Circuito único: Todas las muestras deberán ser enviadas al LC para estudio por BM.

En el LC se realiza la detección de FLU-A, FLU-B, SARS-CoV-2 y VSR por BM. A todas las muestras con resultado no detectable para estos agentes y que correspondan a pacientes internados se les realiza un segundo panel de detección que incluye Adenovirus humano, Enterovirus humano, Metapneumovirus humano y Parainfluenza 1, 2, 3, 4.

Del total de las muestras con resultado detectable para FLU-A, se selecciona un porcentaje para su subtipificación en el LC.

A su vez, el LC selecciona muestras con resultados detectables para FLU-A, FLU-B, SARS-CoV2 y RSV para ser derivadas al LNR, donde se amplía la caracterización y se realizan otros estudios pertinentes.

Ante la presencia de un caso sospechoso de Gripe Aviar, el laboratorio de origen debe realizar la carga del evento/muestra en SNVS 2.0 y la correspondiente derivación al LC, en una caja con membrete en el exterior que indique que se trata de una sospecha de Gripe Aviar. Este último realiza la derivación al LNR y complementa el registro en el SNVS 2.0.

### **CRITERIOS DE RECHAZO DE MUESTRAS**

Las siguientes muestras NO SERÁN PROCESADAS:

- a. Cajas de muestras que no tengan la planilla de derivación adosada en el exterior del envase. Las planillas de derivación deben contener todos los datos de las muestras derivadas.
- b. Muestras que no vengán acompañadas de la carga de la ficha electrónica correspondiente, debidamente completa. La falta del número Identificador de la muestra, que este número no coincida con el de la muestra recibida, que la muestra esté sin rotular o mal rotulada, o que el rótulo sea ilegible serán motivo de rechazo y descarte ya que no se puede asegurar la identidad de la muestra.
- c. También serán descartadas aquellas que no cumplan con las condiciones de bioseguridad estandarizadas o que no hayan sido remitidas adecuadamente (sondas cortadas o anudadas, hisopo de algodón, muestra derramada). Evitar agregar a los tubos elementos externos tipo cinta de teflón. Asegurar en todos los casos el correcto alineado y presión de ajuste requerido al colocar las tapas correspondientes para impedir derrames.
- d. Muestras que tengan más de 4 días de obtenidas al momento de la recepción del laboratorio efector.

## NOTIFICACIÓN AL SNVS

Vigilancia Universal: Ante un resultado positivo para virus respiratorios, la notificación debe realizarse de forma nominal e individual en el SNVS 2.0.

Grupo de Eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Infecciones respiratorias agudas	Internado y/o fallecido por COVID o IRA	Individual	Inmediata
Infecciones respiratorias agudas	COVID - 19, Influenza y OVR ambulatorios (no UMAs)	Individual	Inmediata
Infecciones respiratorias	Sospecha de virus emergente (evento inusual)	Individual	Inmediata

Vigilancia Centinela: Se deben notificar todos los resultados, tanto positivos como negativos, de manera nominal e individual en el SNVS 2.0.

Grupo de Eventos	Evento	Modalidad	Periodicidad
Unidad Centinela de IRAG	Unidad Centinela de IRAG	Individual	Inmediata
Monitoreo de SARS -CoV- 2 Influenza y VSR en ambulatorios	Monitoreo de SARS - CoV - 2 Influenza Y VSR en ambulatorios	Individual	Inmediata

## Unidades Centinela de Infección respiratoria aguda grave

La vigilancia centinela es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permite la detección oportuna de eventos inusuales, la caracterización de la situación epidemiológica y la evaluación del impacto y la efectividad de las intervenciones sanitarias.

Esta modalidad se implementa tanto en el ámbito ambulatorio, a través de la vigilancia de ETI, como en pacientes internados, mediante la vigilancia de IRAG, lo que permite obtener una visión integral del espectro de severidad de las IRA. Específicamente la implementación de sistemas de vigilancia centinela para hospitalizaciones por IRAG, integrados con el componente de laboratorio para la detección de virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico, como SARS-CoV-2, influenza y VSR.

Para el año 2026, se propone fortalecer y expandir estas redes a todas las jurisdicciones del país como parte de una estrategia federal de vigilancia.

### Objetivos de la Vigilancia Centinela de IRAG:

- Caracterizar la evolución y tendencias de los casos de IRAG según variables clínicas, epidemiológicas y etiológicas.
- Determinar la frecuencia, distribución e impacto de virus bajo vigilancia (VSR, Influenza, SARS-CoV-2) en internaciones y la mortalidad.
- Identificar grupos de riesgo y comorbilidades asociadas a formas graves de IRA.
- Monitorear las características de los virus circulantes, incluidas variantes de SARS-CoV-2 e influenza.
- Contribuir a la composición vacunal, mediante la caracterización de virus influenza.
- Estimar la efectividad de intervenciones, como vacunas contra influenza, COVID-19 y VSR en embarazadas.
- Establecer umbrales de actividad para evaluar transmisibilidad, gravedad e impacto de epidemias.

- Estimar la carga de enfermedad para orientar decisiones en salud pública y asignación de recursos.

### **Criterios para la selección de Establecimientos UC-IRAG**

Las UC-IRAG deben integrar los tres componentes de vigilancia: clínico, epidemiológico y de laboratorio. La selección de los establecimientos se basa en los siguientes criterios:

Cobertura de todos los grupos etarios: Preferentemente hospitales generales con internación para niñas/os y adultos.

Capacidad de internación completa: Hospitalización en sala general y terapia intensiva.

Capacidad de laboratorio: Debe tener PCR o acceso a un laboratorio con biología molecular, con circuitos definidos para envío de muestras en condiciones adecuadas.

Recursos humanos disponibles: Personal con conocimientos en vigilancia epidemiológica y dedicación sostenida durante todo el año.

Infraestructura adecuada: Equipamiento informático y acceso al SNVS 2.0.

Población de referencia definida: Preferencia por hospitales cuya área de influencia sea representativa de la población local.

Compromiso institucional: Requiere el interés y compromiso formalizado de autoridades sanitarias y equipos de salud en los niveles nacional, jurisdiccional y local mediante un acuerdo firmado.

## Componentes de la vigilancia centinela

Componente sindrómico: Basado en una definición de caso de IRAG.

Componente etiológico: Estudio por laboratorio para detección de virus respiratorios (SARS-CoV-2, Influenza, VSR, entre otros).

Componente epidemiológico: Recolección de información sobre factores de riesgo, comorbilidades, vacunación, viajes, etc.

## Definiciones de caso UC-IRAG e IRAG extendida en < 2 años y >= 60 años

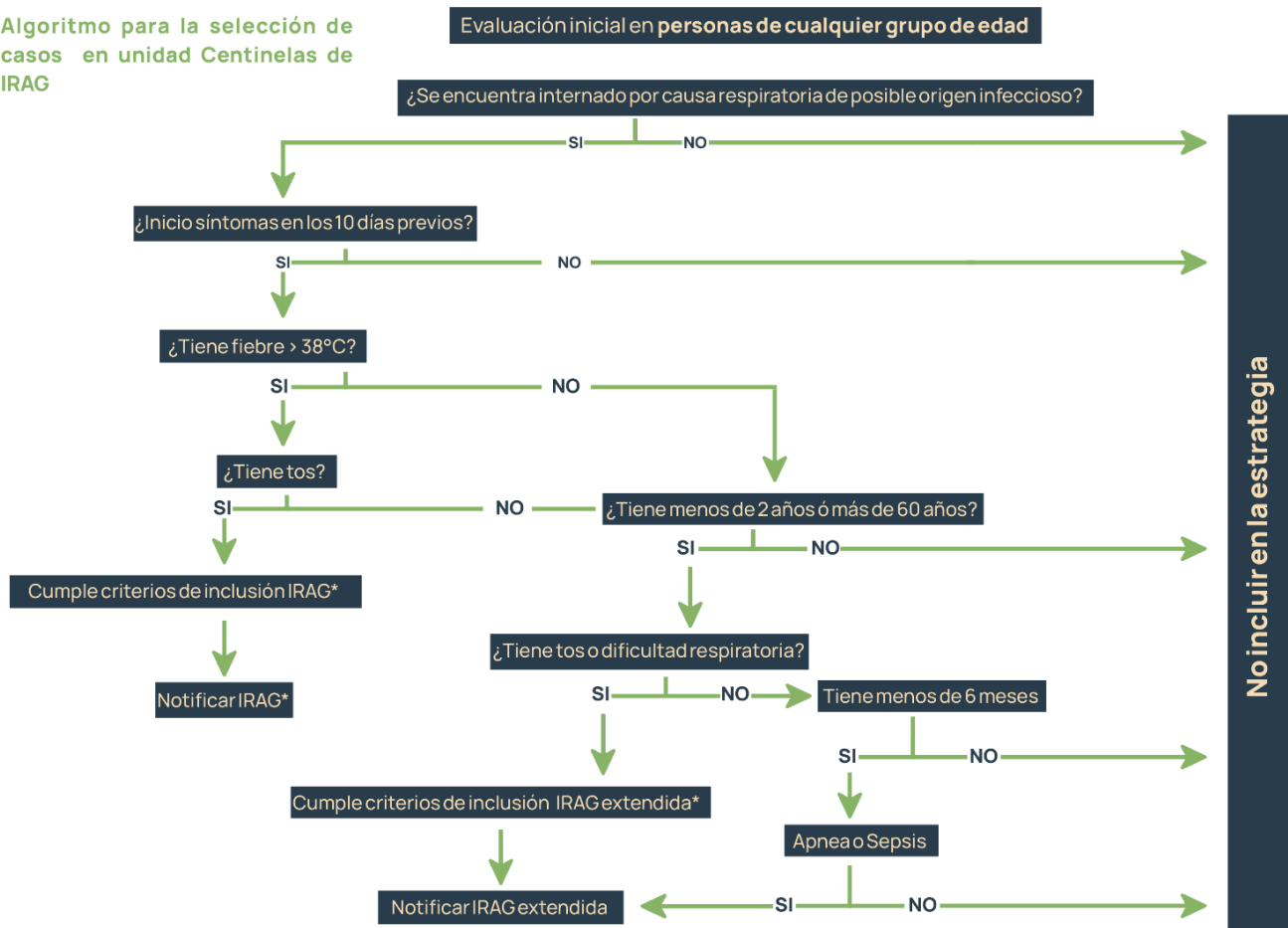
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiebre medida <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> y tos</li> <li>- Inicio del cuadro en los últimos 10 días</li> <li>- Requiere internación por criterio clínico</li> </ul>
IRAG extendida en < 2 años y $\geq 60$ años	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos o dificultad respiratoria</li> <li>- Inicio del cuadro en los últimos 10 días</li> <li>- Requiere internación por criterio clínico</li> </ul> <p><b>En lactantes &lt; 6 meses, también considerar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apnea</li> <li>- Sepsis (fiebre/hipotermia*, shock**, y cuadro grave sin causa aparente)</li> </ul>

## POBLACIÓN OBJETIVO DE LA VIGILANCIA.

### Criterios de Inclusión y Exclusión para Pacientes con IRAG

Criterios de Inclusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacientes que cumplan con las definiciones de caso previamente establecidas.</li> <li>2. Inicio de los síntomas en la comunidad dentro de los 10 días previos a la internación.</li> <li>3. Estadía hospitalaria mínima de 24 horas o fallecimiento en menos de ese plazo.</li> </ol>
Criterios de Exclusión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente previamente internado en otra institución y derivado al establecimiento UC por agravamiento del cuadro.</li> <li>2. Infección respiratoria de posible origen nosocomial, con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de síntomas 24 hs después del ingreso, o</li> <li>• Antecedente de internación por cualquier causa en los 14 días previos.</li> </ul> </li> <li>3. Síntomas atribuibles a procesos no infecciosos (ej. insuficiencia cardíaca aguda, tromboembolismo pulmonar, etc.).</li> </ol>

Algoritmo para la selección de  
casos en unidad Centinelas de  
IRAG

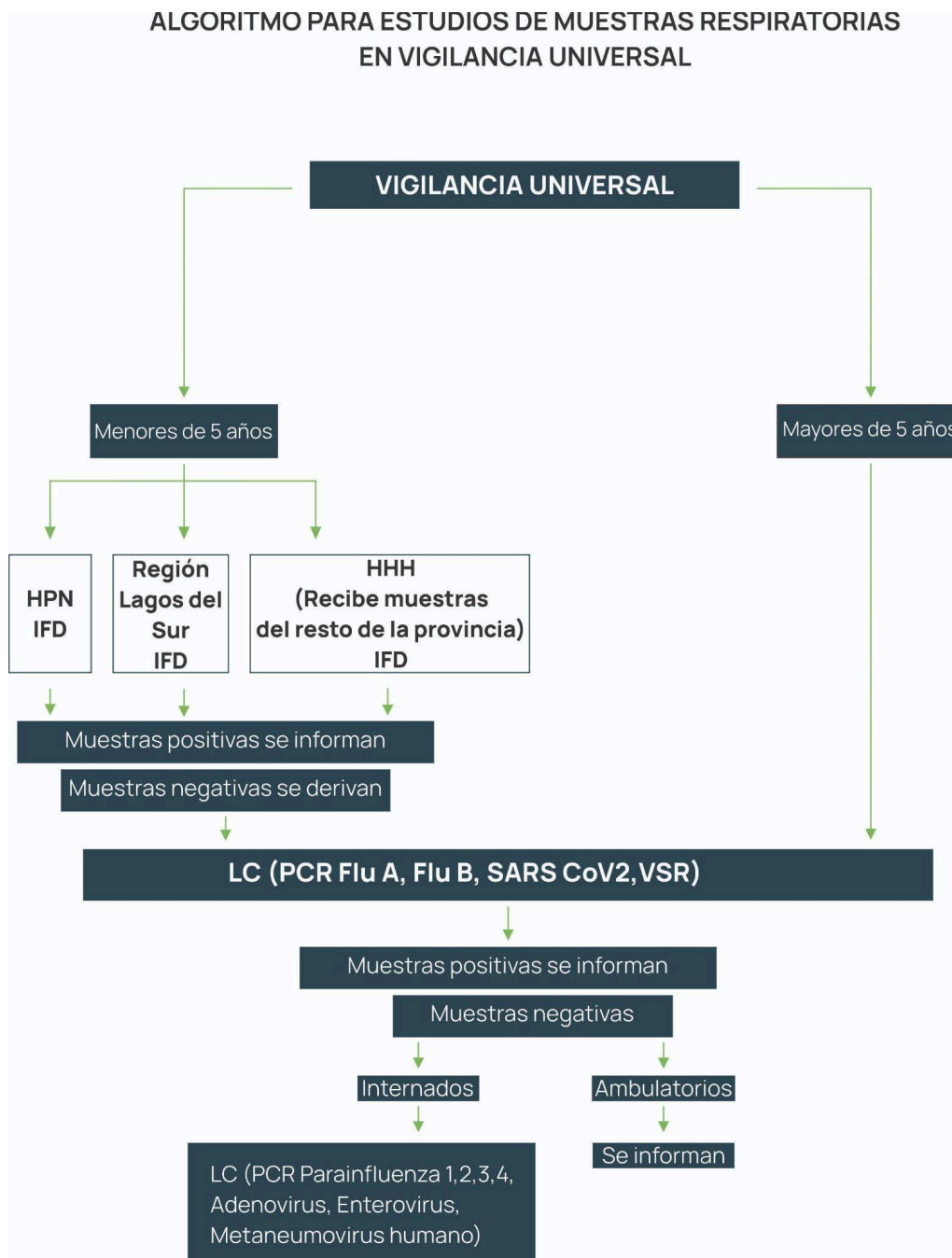


**REPORTE SEMANAL VIROSIS RESPIRATORIAS**

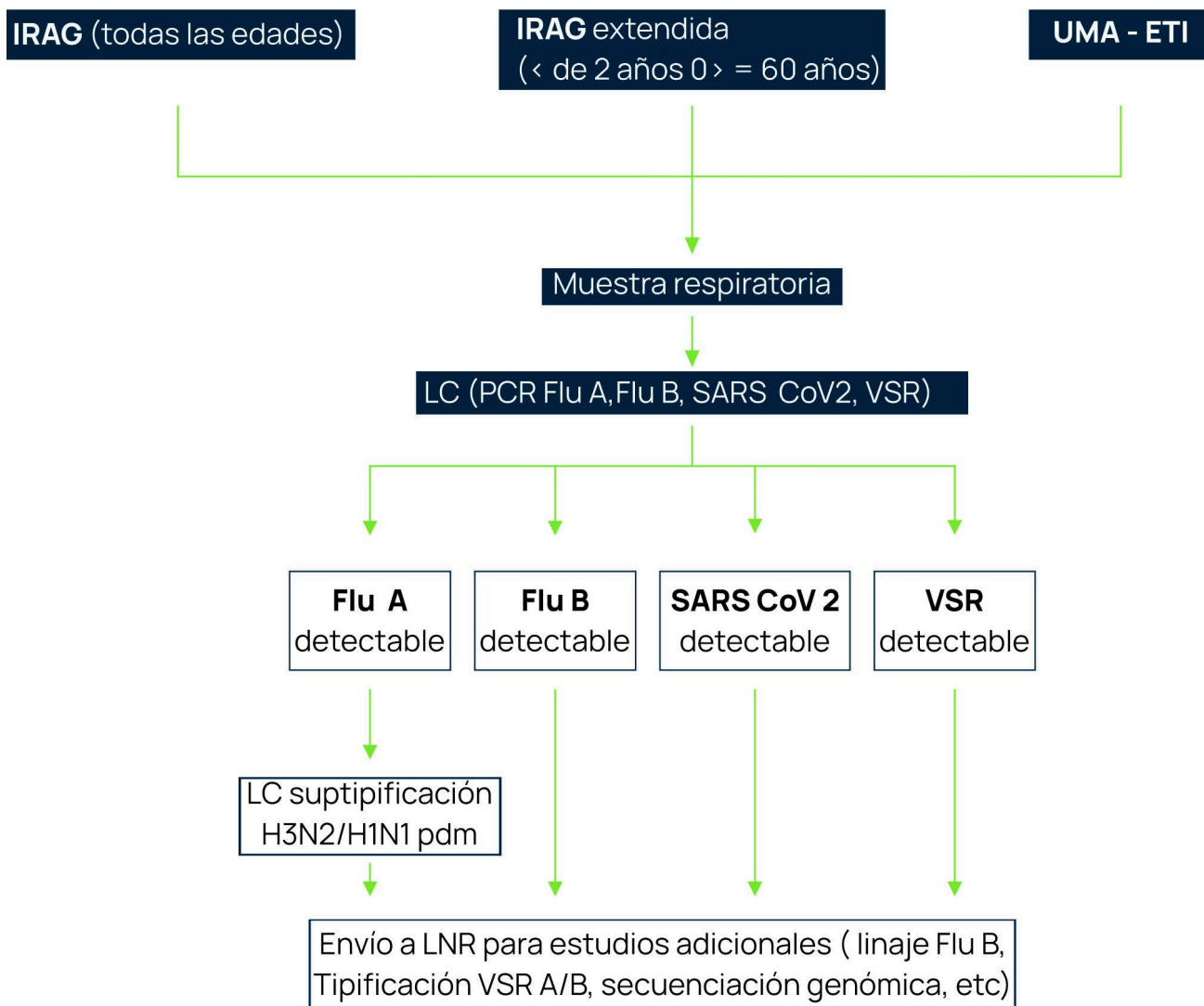
[Reporte Semanal de Virosis Respiratorias](#)

## ANEXO 1

Circuito para el envío de las mismas a los laboratorios integrantes de la Red de Virus Respiratorios.



## ALGORITMO PARA ESTUDIOS DE MUESTRAS RESPIRATORIAS EN VIGILANCIA CENTINELA



## ANEXO 2

### TÉCNICA DE TOMA DE MUESTRAS

Técnica de Aspirado Nasofaríngeo (ANF) Aspirar con bomba de vacío o con jeringa, con sonda K30 o K33, no utilizar diluyente o solo unas gotas de agua estéril. Mandar en la bolsa estéril SIN CORTAR NI ANUDAR, refrigerada.

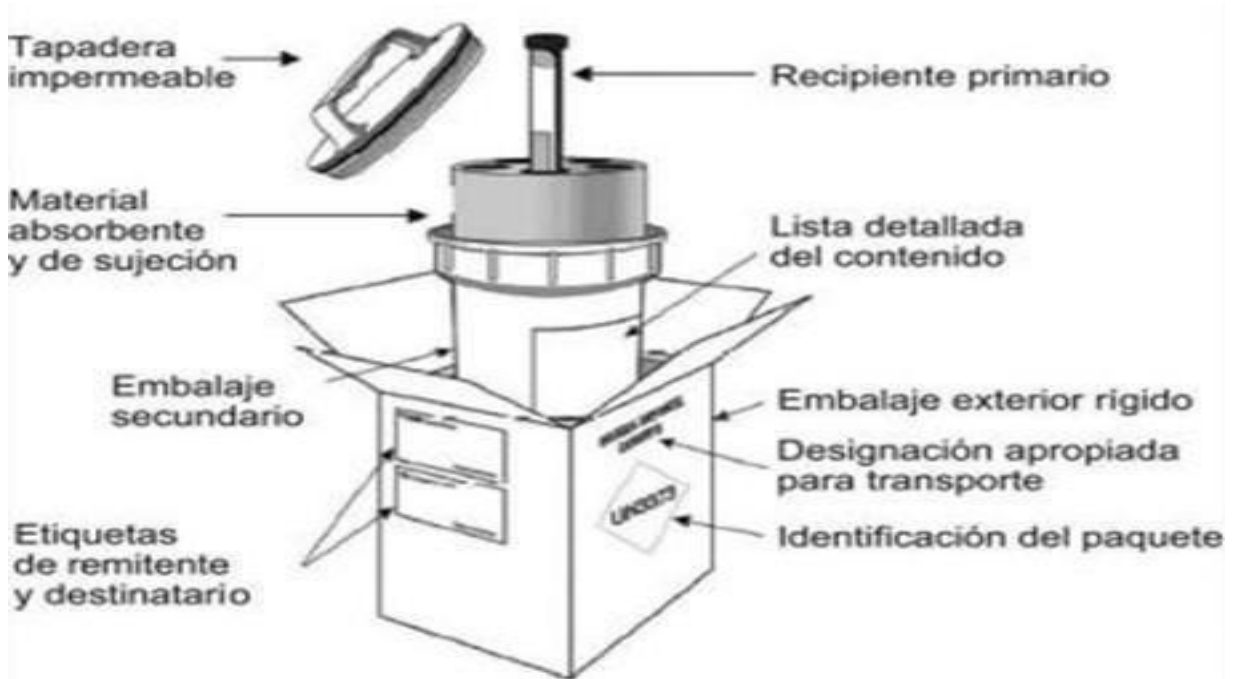
Técnica de hisopado nasofaríngeo (HNF) poner la cabeza del paciente en un ángulo de aproximadamente 70°. Realizar con un mismo hisopo de Dacrón la toma de muestra; en primer lugar, de fauces y luego de nasofaringe (deslizándose por la mucosa del piso de la fosa nasal hasta tocar la pared posterior de la faringe) haciendo girar el hisopo para obtener una buena cantidad de células epiteliales.

Colocar el mismo en un tubo con 4 gotas de solución fisiológica estéril. Cerrar herméticamente para evitar derrame de la muestra.



### ANEXO 3

### PREPARACIÓN, TRANSPORTE Y CONSERVACIÓN DE LAS MUESTRAS



## INMUNIZACIONES

### Vacunación contra COVID-19

Todas las personas de 6 meses o más deben contar con el esquema primario y las dosis de refuerzo correspondientes según al grupo perteneciente (no pensar en número de dosis). Las vacunas contra la COVID-19 pueden administrarse junto a otras vacunas.

### Vacunación contra Influenza.

- Personal de salud.
- Personas embarazadas: en cada embarazo y en cualquier trimestre.

En cada embarazo se debe recibir la vacuna antigripal y contra el COVID-19 en cualquier trimestre, la vacuna triple bacteriana acelular [dTpa] a partir de la semana 20 y la vacuna contra el virus sincicial respiratorio entre las semanas 32 y 36.6 semanas de gestación.

- Personas puérperas: hasta el egreso de la maternidad –máximo 10 días-, si no recibiera la vacuna durante el embarazo. Recordar que esta es una oportunidad tardía de vacunación.
- Entre los 6 a 24 meses de edad: Esquema de dos dosis, si no las recibieron anteriormente.

Entre los 2 y 64 años que tengan factores de riesgo: con documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los factores de riesgo.

- 65 años y mayores: no se requiere indicación médica para recibir la VACUNA ANTIGRIPAL. Como oportunidad, evaluar VACUNA CONTRA NEUMOCOCO y aplicar si corresponde.
- Personal Estratégico, cuyo desempeño es clave para mantener las funciones esenciales (ej. fuerzas de seguridad del Estado).

Como cada año, la vacunación de la población objetivo podrá realizarse de manera sucesiva y/o simultánea dependiendo de la disponibilidad de dosis, capacidades operativas y respondiendo a un orden dinámico.

No se requiere orden o indicación médica dado que se define como prioridad promover la vacunación de personas pertenecientes a grupos de riesgo en centros públicos o privados, SIN la necesidad de presentación de la prescripción médica como un requisito excluyente para dicho acto. Se incorporará, como estrategia adicional y en su reemplazo, la presentación por parte del ciudadano de cualquier documentación que acredite la existencia de enfermedades preexistentes incluidas entre los grupos de riesgo enumerados a continuación.

#### **Vacunación Neumocócica:**

La vacuna antineumocócica conjugada contra 13 serotipos o 13-valente (VCN13) se introdujo al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) de Argentina para la población infantil en el año 2012 con esquema 2+1 (a los 2, 4 y 12 meses de vida), con el objetivo de controlar la enfermedad y disminuir la morbimortalidad por neumonía neumocócica y ENI en Argentina.

En el año 2017, en forma complementaria, se inició la estrategia de vacunación con esquema secuencial (vacuna conjugada 13-valente / polisacárida 23-valente: VCN13-VPN23) para personas mayores de 5 años con factores de riesgo para ENI y mayores de 65 años, con el objetivo de reducir la incidencia, complicaciones, secuelas y mortalidad por neumonía neumocócica y ENI en estos grupos.

En el año 2022, basado en la evidencia analizada y la situación epidemiológica de Argentina, la CoNaIn recomienda al Ministerio de Salud el reemplazo del esquema secuencial (VCN13 + VPN23) por una única dosis de VCN20 cuando esta vacuna se encontrase disponible y autorizada para su uso en nuestro país.

El Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiCEI) dio inicio a la vacunación en mayo de 2024 comenzando así la transición de esquema secuencial a dosis única de VCN20 en adultos mayores y personas mayores de 5 años con factores de riesgo para ENI.

En julio de 2023 y octubre de 2023, la ANMAT autoriza la indicación de las VCN20 y VCN15 respectivamente, a partir de las 6 semanas de vida, en niños y adolescentes. A partir de esta nueva indicación, la DiCEI presenta a la CoNaln en abril de 2024 una actualización de la situación epidemiológica de ENI en menores de 5 años, así como de los datos disponibles y la representatividad de cada vacuna sobre los serotipos circulantes y causantes de ENI en esa población de nuestro país. En este contexto, la CoNaln recomienda la transición a una vacuna de mayor valencia en el CNV, siendo la estrategia más adecuada la implementación de la vacuna de 20 serotipos, remarcando la ventaja programática de unificar las estrategias, indicaciones y vacunas disponibles para ser aplicadas tanto en niños y niñas como en adolescentes y adultos de nuestro país.

Esquema de vacunación	
1° dosis	2 meses de edad
2° dosis	4 meses de edad
Refuerzo	12 meses de edad

#### **Vacuna contra el Virus Sincial Respiratorio:**

El virus sincial respiratorio es la principal causa de las Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB) en niñas y niños menores de un año.

Una dosis de vacuna contra VSR entre las semanas 32 y 36 de gestación protege a recién nacidos contra la bronquiolitis y la neumonía durante los primeros 6 meses de vida.

La vacuna VSR puede coadministrarse con cualquiera de las otras vacunas indicadas durante el embarazo: triple bacteriana acelular, antigripal y COVID-19.

### **Triple bacteriana acelular:**

La vacunación con triple bacteriana acelular (dTpa) durante el **embarazo**, es una estrategia que ha sido recomendada en el año 2012 e incorporada al Calendario Nacional de vacunación en 2014.

La misma está destinada a las embarazadas luego de la vigésima semana de gestación con el propósito de lograr un pasaje trasplacentario de anticuerpos que protege al lactante hasta que pueda completar su serie primaria de vacunación contra la tos convulsa, con el objetivo de disminuir la morbi mortalidad por coqueluche en lactantes pequeños. Se vacuna en cada embarazo y se completa esquema con doble bacteriana, si no hay registros previos de esta vacuna.

A los 11 años se aplica una dosis de dTpa a todos los niños con el objetivo de prevenir las infecciones por B. pertussis y sus graves consecuencias y para disminuir su transmisión a las poblaciones susceptibles, en especial, neonatos y otros lactantes pequeños.

Personal de salud: Dado el riesgo de transmisión entre el personal de salud que presta cuidado a menores de 12 meses, se recomienda la administración de una dosis de esta vacuna.

	Antecedentes de vacunación	Esquema propuesto	Esquema Alternativo*
5 a 17 años inclusive con enfermedades crónicas con riesgo aumentado de ENI, fístula de LCR o implante coclear	VCN13	VCN201 dosis con intervalo $\geq 8$ semanas	VPN231 dosis con intervalo $\geq 8$ semanas
	VPN23	VCN201 dosis con intervalo $\geq 8$ semanas	
	VCN13 - VPN23	No requiere dosis adicional	
5 a 17 años HIC	VCN13	VCN201 dosis con intervalo $\geq 8$ semanas	
	VPN23	VCN201 dosis con intervalo $\geq 8$ semanas	
	VCN13 - VPN23	VCN201 dosis con intervalo $\geq 5$ años de la última dosis antineumocócica	
18 a 64 años enfermedades crónicas con riesgo aumentado de ENI	VCN13	1 dosis VCN20 con intervalo $\geq 12$ meses	VPN231 dosis con intervalo $\geq 12$ meses
	VPN23	1 dosis VCN20 con intervalo $\geq 12$ meses	
	VCN13 - VPN23	No requiere dosis adicional	
18 a 64 IC, fístula de LCR y/o implante coclear	VCN13	1 dosis VCN20 con intervalo $\geq 12$ meses	
	VPN23		
	VCN13 - VPN23	1 dosis VCN20 con intervalos $\geq 5$ años de última dosis	
65 años y más	VCN13	1 dosis VCN20 con intervalo $\geq 12$ meses	
	VPN23		
	VCN13 - VPN23 (recibidas antes o después de los 65 años)	1 dosis VCN20 con intervalos $\geq 5$ años de última dosis	

la salud evoluciona para vos