



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA

19 de febrero de 2022 – SE7

Circulación de influenza en contexto de la pandemia de COVID-19

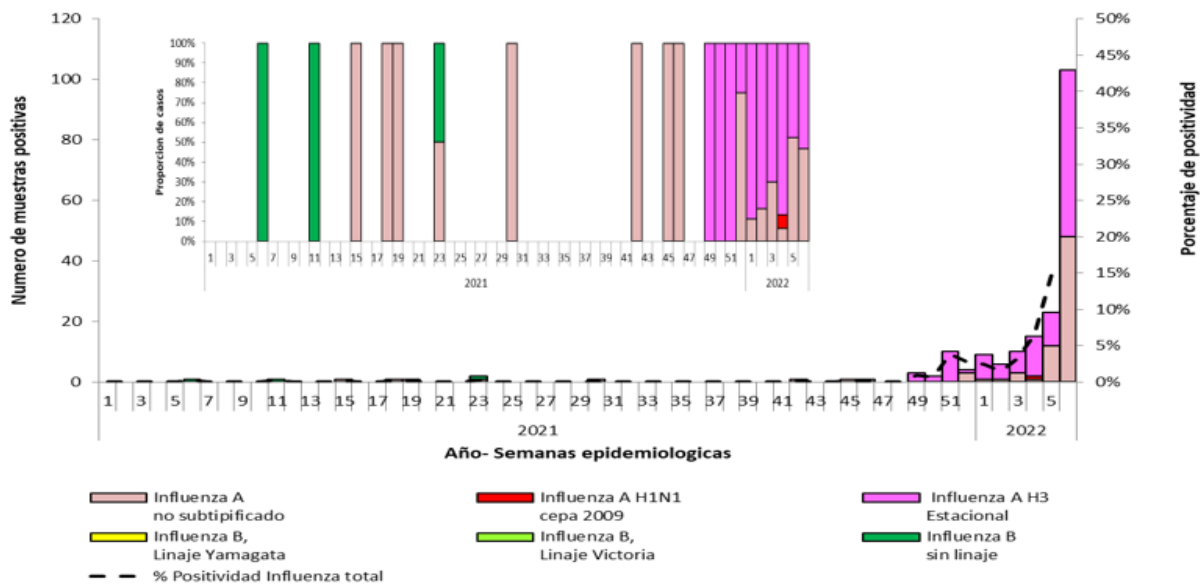
Ante el aumento en el número de casos de influenza, particularmente *Influenza A H3N2* en contexto de la circulación de SARS-CoV-2 en distintas jurisdicciones del país, el Ministerio de Salud de la Nación emite la siguiente alerta con el objetivo de fortalecer la vigilancia epidemiológica, sensibilizar la sospecha clínica, implementar de forma oportuna y adecuada las medidas de diagnóstico y tratamiento, y difundir a la población las medidas de prevención y control.

SITUACIÓN ACTUAL

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19, en Argentina, la actividad de virus *Influenza* se mantuvo baja. Sin embargo, a partir de la SE49 del año 2021 a la fecha, se ha detectado un aumento en el número de casos de influenza, principalmente *Influenza A H3N2*.

Entre las SE1-6 del año 2022 se registraron en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS.2.0) 166 casos de influenza, 100 de los cuales fueron subtipificadas identificándose un 99% *Influenza A H3N2* y 1% *Influenza A H1N1*.

Gráfico 1- Distribución de notificaciones de virus *Influenza* según tipos, subtipos y linajes y % de positividad para *Influenza* por Semana epidemiológica, SE1-52 de 2021 - SE1-6 de 2022. Argentina.



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

En cuanto a la distribución de los casos positivos de influenza por grupo de edad, se han detectado casos en todos los grupos y el mayor número de casos se detecta en niños menores de 5 años en primer lugar y adultos entre 25-34 años en segundo lugar.

Gráfico 2: Distribución absoluta de tipos y subtipos de Influenza por grupos de edad acumulados SE1-6 de 2022. Argentina. Muestras analizadas= 1651 (muestras positivas=166).

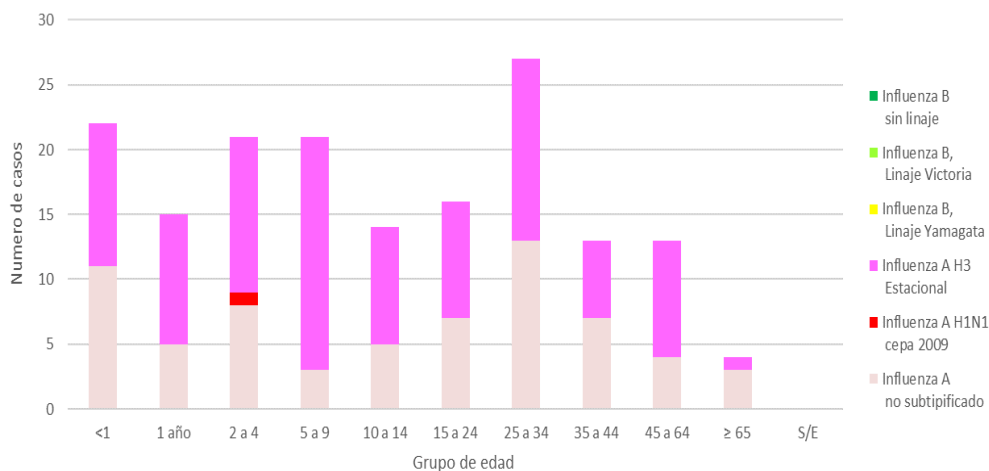


Tabla 1: Distribución de tipos y subtipos de Influenza según jurisdicciones de residencia de los casos, acumuladas a la SE6 de 2022. Argentina.*

PROVINCIA	Influenza A sin subtipificar	Influenza A H1N1 pdm	Influenza A H3	Influenza B, Linaje Victoria	Influenza B, Linaje Yamagata	Influenza B Sin linaje	Influenza Total	Total estudiados Influenza - OVR
Bs. As.	21	0	35	0	0	0	56	345
CABA	3	0	8	0	0	0	11	50
Cordoba	0	0	0	0	0	0	0	41
Entre Rios	0	0	0	0	0	0	0	41
Santa Fe	1	1	18	0	0	0	20	501
REGION CENTRO	25	1	61	0	0	0	87	978
Mendoza	1	0	0	0	0	0	1	81
San Juan	0	0	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	127
REGION CUYO	1	0	0	0	0	0	1	208
Chaco	1	0	0	0	0	0	1	1
Corrientes	3	0	0	0	0	0	3	19
Formosa	0	0	0	0	0	0	0	0
Misiones	0	0	0	0	0	0	0	0
REGION NEA	4	0	0	0	0	0	4	20
Catamarca	4	0	0	0	0	0	4	15
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0	32
La Rioja	0	0	0	0	0	0	0	0
Salta	31	0	24	0	0	0	55	61
Sgo. Del Estero	0	0	0	0	0	0	0	54
Tucuman	1	0	13	0	0	0	14	173
REGION NOA	36	0	37	0	0	0	73	335
Chubut	0	0	0	0	0	0	0	1
La Pampa	0	0	0	0	0	0	0	28
Neuquen	0	0	0	0	0	0	0	60
Rio Negro	0	0	0	0	0	0	0	8
Santa Cruz	0	0	1	0	0	0	1	3
T. del Fuego	0	0	0	0	0	0	0	0
REGION SUR	0	0	1	0	0	0	1	100
Total país	66	1	99	0	0	0	166	1641

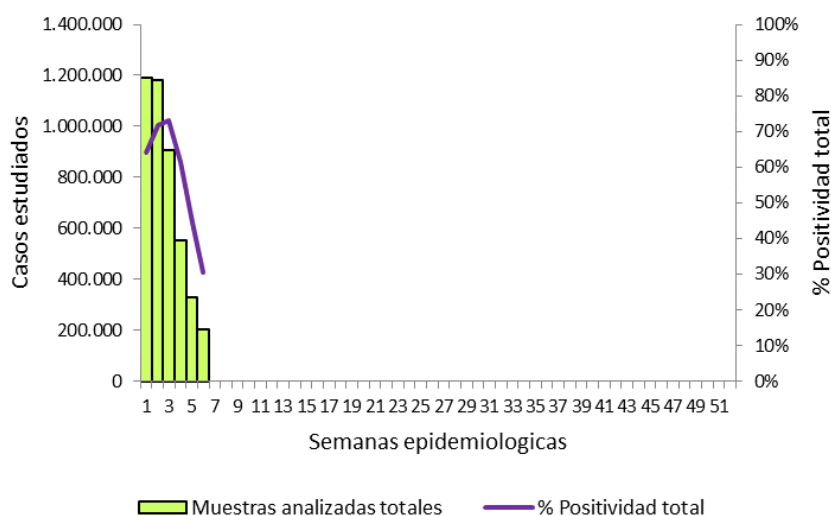
Las jurisdicciones en las que se registró hasta el momento mayor número de muestras con resultado positivo para influenza son: provincia de Buenos Aires, Salta, Santa Fe, Tucumán y Ciudad de Buenos Aires.

A la SE6 de 2022 se registran 2 casos fallecidos con diagnóstico de influenza.

En las primeras 6 semanas de 2022 se notificaron 1.652 muestras estudiadas para virus respiratorios, SIN incluir SARS-CoV-2, de las cuales 319 cuentan con resultado positivo para alguno de los virus respiratorios habituales. Para el mismo periodo, se notificaron 4.362.424 casos sospechosos estudiados para SARS-CoV-2 por prueba diagnóstica de los cuales 2.817.107 fueron positivos. El promedio semanal de muestras analizadas para todos los virus respiratorios fue de 727.346 muestras de las cuales 727.071 fueron estudiadas para SARS-CoV-2 y 275 muestras, en promedio, para influenza y OVR.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 y hacia el periodo actual, el número de muestras procesadas para SARS-CoV-2 continúa superando ampliamente las muestras estudiadas para la búsqueda de Influenza y OVR.

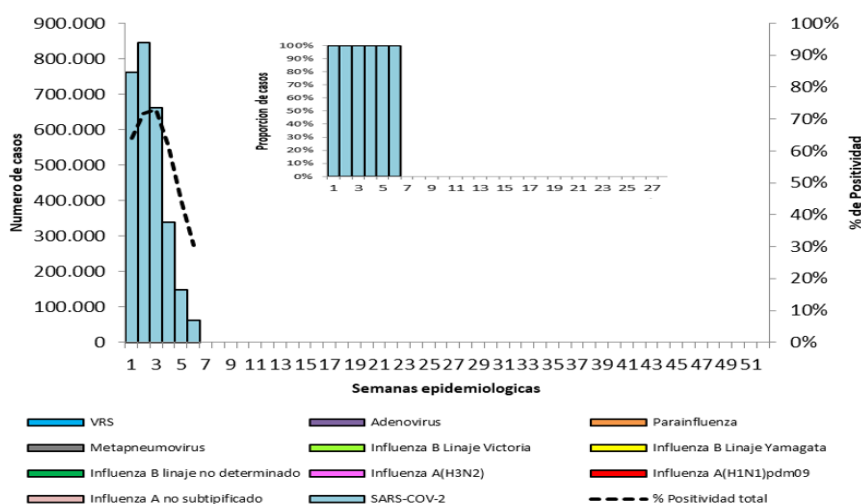
Gráfico 3 – Muestras analizadas para virus respiratorios según semana epidemiológica SE 1 a SE 6 de 2022. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

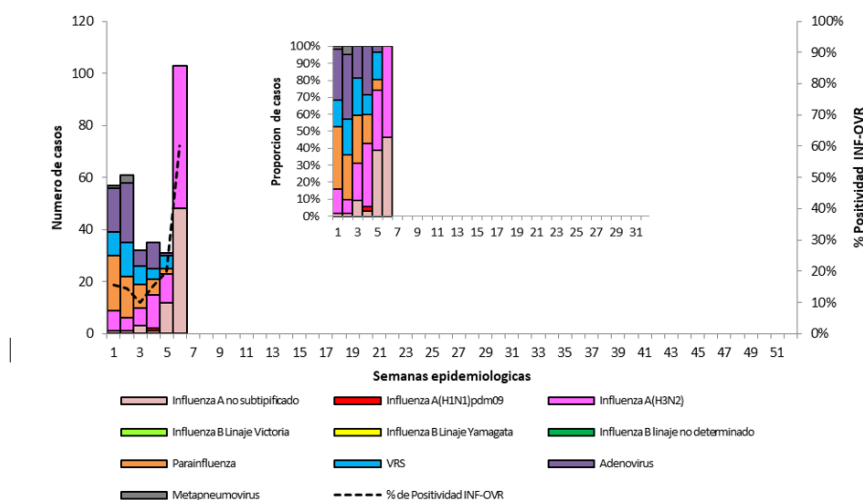
Al analizar de manera integrada la circulación de todos los virus respiratorios, en la SE6 de 2022, el virus más frecuente continúa siendo SARS-CoV-2. Adicionalmente, además de influenza, se registra detección de *Virus Sincicial Respiratorio (VSR)*, *Adenovirus*, *Parainfluenza* y *Metapneumovirus*, aunque estos últimos con marcada menor frecuencia absoluta y relativa respecto de SARS-CoV-2. (Gráfico 5 y 6).

Gráfico 4: Distribución de virus respiratorios identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE1- SE6 2022. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2.0}.

Gráfico 5 – Distribución de *Influenza* y OVR identificados por Semana epidemiológica y % de positividad. SE1- SE6 2022. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS^{2,0}.

Entre la SE1 y SE 6 de 2022 se registran 11 co-detecciones de *Influenza* con SARS-CoV-2, 1 con *Rinovirus* y 1 con *Adenovirus*.

SITUACIÓN INTERNACIONAL¹

Desde la introducción del SARS-CoV-2 en la región de las Américas y a pesar de los elevados niveles de uso de pruebas de detección, los casos de influenza registrados han sido excepcionalmente bajos. Sin embargo, en las últimas cuatro semanas epidemiológicas (SE) de 2021, la actividad de virus *Influenza*, particularmente la de *Influenza A* (H3N2), continúa aumentando en el hemisferio norte y en algunos países de la subregión Andina y del Cono Sur. Este aumento está relacionado con el inicio de la temporada de influenza en el hemisferio Norte, el aumento de la movilidad de la población y la flexibilización de las medidas de salud pública implementadas en la respuesta a la pandemia de COVID-19².

A nivel mundial, la actividad de *Influenza* presentó un ascenso en varios países a fines del año 2021 observándose una disminución hacia el periodo actual.

En las zonas templadas del hemisferio norte, la actividad del virus *Influenza* disminuyó con detecciones de virus *Influenza* principalmente A (H3N2) y B/Victoria. En Europa, la actividad de la influenza pareció disminuir. Predominó *Influenza A* (H3N2). En Asia oriental, la actividad del virus *Influenza* principalmente con *Influenza B*/Victoria continuó en aumento en China, mientras que los indicadores y la actividad de la enfermedad por virus *Influenza* permanecieron bajos en el resto de la subregión. En Asia occidental y el norte de África, se informó de la transmisión continua de *Influenza* en algunos países. En África tropical, se notificó actividad de *Influenza* en algunos países con predominio de *Influenza A*(H3N2) seguida por

¹ Reporte de Influenza SE4 de 2022 Actualización Regional: Influenza y Otros virus respiratorios 2021. OPS-OMS.

² OPS-OMS, Actualización epidemiológica Influenza en el contexto de la pandemia por COVID-19 28 diciembre 2021

Influenza B/Victoria. En el sur de Asia, las detecciones del virus *Influenza* predominantemente A(H3N2) se mantuvieron elevadas, aunque varios países informaron una disminución de las detecciones. En el sudeste asiático, algunos países informaron detecciones esporádicas de *Influenza*. En las zonas templadas del hemisferio sur, la actividad por influenza se mantuvo baja en general.

América del Norte: en general, la actividad del virus *Influenza* se mantuvo en niveles bajos, mientras que la actividad del SARS-CoV-2 aumentó. En Canadá, el virus de la *Influenza* A y B circularon concurrentemente y la actividad del SARS-CoV-2 se mantuvo estable. En México predominó *Influenza* A(H3N2), con la circulación concurrente de B y aumento de actividad de SARS-CoV-2. En Estados Unidos predominó *Influenza* A(H3N2), con actividad elevada de SARS-CoV-2.

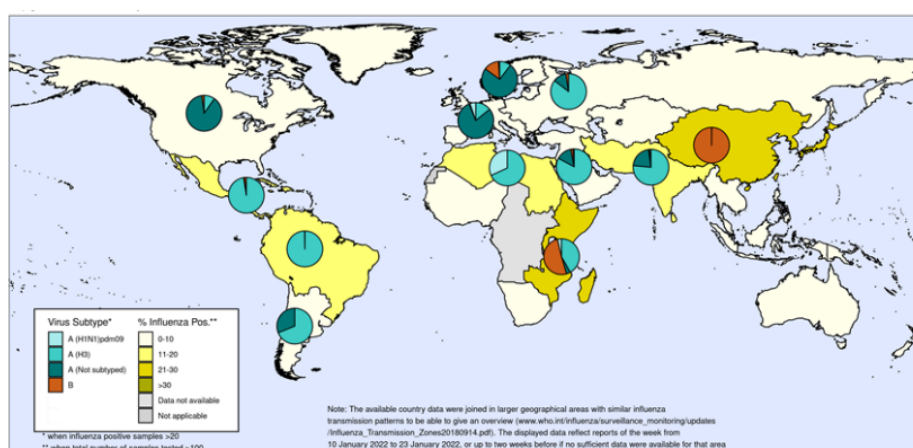
Caribe: la actividad de *Influenza* continuó baja y la positividad aumentó con predominio de *Influenza* B. La actividad del SARS-CoV-2 aumentó en Belice y Santa Lucía. En Surinam, la actividad del SARS-CoV-2 y de la IRAG continuó en niveles bajos.

América Central: la actividad del virus *Influenza* siguió en aumento, pero se mantuvo baja, y la actividad del SARS-CoV-2 aumentó en general. En Guatemala y Honduras, la actividad de la influenza disminuyó con la circulación conjunta de *Influenza* A (H3N2) e *Influenza* B, y baja circulación de SARS-CoV-2. La actividad del SARS-CoV-2 siguió aumentando en Costa Rica. La actividad del VSR disminuyó en la subregión en general.

Región Andina: en general, la actividad del virus *Influenza* disminuyó y la actividad del SARS-CoV-2 continuó en niveles moderados; sin embargo, Perú notificó un aumento de la actividad de *Influenza* asociada con las detecciones de A(H3N2). La actividad del SARS-CoV-2 se mantiene elevada en Bolivia, Colombia y Ecuador. En Bolivia, la actividad de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) se registró en niveles altos asociados a la actividad del SARS-CoV-2.

Brasil y Cono Sur: la actividad del virus *Influenza* continuó aumentando en niveles previos a la pandemia, y la actividad de SARS-CoV-2 continuó aumentando, con SARS-CoV-2 en niveles altos. Las detecciones de *Influenza* A(H3N2) prevalecieron en Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay.

Gráfico 1: Porcentaje de muestras respiratorias que resultaron positivas para influenza por zona de transmisión de influenza.



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/flu-net)
Copyright WHO 2022. All rights reserved.

Gráfico 2: Circulación de virus influenza por subregión, 2015-2022

RECOMENDACIONES PARA EQUIPOS DE SALUD

En el contexto actual de COVID-19, se recomienda a los equipos de salud sospechar infección por virus *Influenza* y considerarlo en el diagnóstico diferencial ante el desarrollo de cuadros respiratorios, especialmente en los grupos de alto riesgo para el desarrollo de cuadros graves (adultos mayores de 65 años, personas gestantes, niños menores de 5 años, personas con enfermedades crónicas).

Cabe destacar que la influenza es una infección viral aguda de importante transmisión que si bien ocurre en brotes o epidemias estacionales (principalmente durante los meses de invierno), la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó en las últimas semanas un aumento de las detecciones de *Influenza* para la zona templada de América del Sur.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos:

- Monitorear tendencias de la incidencia de enfermedad tipo influenza (ETI) e IRAG, identificando los períodos epidémicos en diferentes unidades territoriales.
- Identificar a los grupos poblacionales afectados
- Conocer la distribución y características de los agentes etiológicos involucrados.
- Planificar y adoptar medidas de prevención y control.
- Proporcionar virus candidatos para la producción de vacunas y evaluar la concordancia entre la vacuna y las cepas circulantes.
- Detectar oportunamente la aparición de nuevas variantes y/o subtipos de influenza, y otros virus respiratorios emergentes, en cumplimiento del RSI (2005).
- Contribuir a la evaluación del impacto de las intervenciones efectuadas.

Definiciones de caso

Enfermedad tipo influenza (ETI):

Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio de los síntomas dentro de los 10 días precedentes y sin otra etiología definida.

infección respiratoria aguda grave (IRAG):

Paciente de cualquier edad con infección respiratoria aguda con fiebre mayor o igual a 38°C, tos e inicio del cuadro en los 10 días precedentes y requerimiento de hospitalización por criterio clínico sin otra etiología definida.

Infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAGI):

Toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre $\geq 38^{\circ}$ C, tos, inicio dentro de los últimos 10 (diez) días y requiera hospitalización (IRAG) que presente alguna de las siguientes características:

- Entre 5 y 64 años, sin factores de riesgo y sin respuesta al tratamiento, o que evoluciona con deterioro clínico y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- En trabajadores de la salud que atienden pacientes con infecciones respiratorias y pruebas de laboratorio que no permiten identificar el agente etiológico.
- Contacto con población de aves o porcinos infectados (vivos o muertos).
- 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.
- 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).
- En contexto de un aumento de casos de IRAG con cambios abruptos, imprevistos en la tendencia de infección respiratoria observada en la vigilancia de rutina de nivel local y no asociados a las variantes virales que circulan habitualmente.
- Casos de infección por una variante o subtipo de virus influenza u otros virus respiratorios que no estén circulando en humanos.

Estrategia de Vigilancia centinela

La vigilancia por Unidades Centinela implica la recopilación de datos a partir de un número limitado de establecimientos que se comprometen a desarrollar este tipo de vigilancia bajo una estrategia de salud pública. La selección de los establecimientos debe realizarse en base a los atributos de factibilidad, sostenibilidad y representatividad recomendados y es la manera más eficaz de recopilar datos oportunos y de buena calidad .

En la actual etapa de la pandemia por COVID-19 y en el marco de la circulación de otros virus respiratorios es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica integrada de los virus respiratorios y de la gravedad atribuible a COVID-19, Influenza y otros virus respiratorios.

1. Unidades Centinela de ETI:

Se recomienda el estudio etiológico para SARS CoV-2, *Influenza* y otros virus en un muestreo sistemático semanal durante todas las semanas del año, entre todos los pacientes que cumplan con la definición de caso de ETI en las Unidades Centinela definidas

Notificación:

Agrupada clínica: Notificación Agrupada Numérica al Grupo de Eventos UC-ETI: por semana epidemiológica de los siguientes indicadores:

- Consultas por ETI
- Consultas por ETI con muestra
- Consultas totales

Agrupado laboratorio: Notificación Agrupada Numérica del componente laboratorio al Grupo de Eventos UC-ETI Laboratorio por semana epidemiológica:

- Se deberá notificar la cantidad de muestras estudiadas y positivas para cada virus respiratorio.

Notificación nominal de casos estudiados en el marco de la vigilancia de UC- ETI

- En el contexto actual, todos los casos de ETI deberán notificarse con modalidad nominal al evento **Caso sospechoso de COVID-19, *Influenza* y OVR**, consignando en la solapa “clínica” como diagnóstico referido ETI. Se deberán completar los datos correspondientes a comorbilidades y vacunación.

2. Unidades Centinela de IRAG:

UC de IRAG: a todos los pacientes hospitalizados que cumplan con la definición de caso de IRAG en unidades centinela seleccionadas se estudiarán para SARS CoV-2, *Influenza* y otros virus respiratorios según protocolo de la unidad.

Notificación:

Agrupada clínica: Notificación Agrupada Numérica al Grupo de Eventos UC-IRAG: por semana epidemiológica de los siguientes indicadores:

- Internados por IRAG
- Internados por IRAG ingresados en UCI
- Hospitalizados por IRAG con muestra respiratoria
- Hospitalizaciones por todas las causas
- Hospitalizaciones UCI por todas las causas
- Defunciones por IRAG
- Defunciones totales por todas las causas

Notificación nominal de casos estudiados en el marco de la vigilancia de IRAG por UC:

- En el contexto actual, todos los casos de IRAG deberán notificarse con modalidad nominal al evento **Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR**, consignando en la solapa “clínica” como diagnóstico referido IRAG. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos según protocolo de la unidad.

Estrategia de Vigilancia universal de Influenza y otros virus respiratorios e IRAGI

Paralelamente a la vigilancia por unidades centinela, se debe continuar con la vigilancia universal de virus respiratorios a través de una estrategia escalonada considerando el estudio de casos negativos para SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados con definición de caso de IRAG ante la persistencia de la sospecha clínica una infección respiratoria aguda de probable origen viral y casos con criterio de gravedad con requerimiento de hospitalización en unidad de cuidados críticos para influenza y OVR.

Notificación universal de casos positivos de Influenza:

- Todo caso con confirmación de influenza por laboratorio deberá notificarse con modalidad nominal al evento **Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda.

Notificación universal de casos de IRAGI:

- Así mismo, todos los casos que cumplan con la definición de caso de IRAGI deberán estudiarse por laboratorio para reconocer el agente etiológico y notificarse de forma nominal e inmediata al evento **Caso sospechoso de COVID-19, Influenza y OVR**. Se deberán completar los datos correspondientes a los componentes de vigilancia clínica, de laboratorio y epidemiológicos consignando la condición de fallecido si corresponde y el antecedente de vacunación antigripal según corresponda.

Todo caso positivo para Influenza debe ser notificado, subtipificado y enviado al Laboratorio Nacional de Referencia para su caracterización viral.

Estrategia de Vigilancia por redes de laboratorios

Todas las muestras estudiadas por laboratorio en establecimientos de salud que no se desempeñen como unidades centinela y formen parte de la red de laboratorios de *Influenza* y otros virus respiratorios deberán notificar las muestras analizadas y resultados obtenidos de la siguiente manera:

- Modalidad numérica (total de estudiados y positivos), dividido en pacientes internados y ambulatorios
- Periodicidad: semanal.
- Grupo de eventos: Infecciones respiratorias virales en pacientes internados y : Infecciones respiratorias virales en pacientes ambulatorios.

Estrategia de Vigilancia numérica semanal de ETI, BQL, Neumonías e IRAG en establecimientos seleccionados

- Notificación numérica semanal en el componente clínico del SNVS, consignando la cantidad de casos registrados de ETI, BQL en menores de dos años, neumonías e IRAG, a través de una red de establecimientos seleccionados por jurisdicción.

Dichos establecimientos deberán contar con datos históricos del evento de los últimos cinco años

Sistema de información:

- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2,0})

RECOMENDACIONES PARA LA POBLACIÓN

- Lavado frecuente de manos con agua y jabón
- Toser y estornudar con el pliegue del codo
- No compartir cubiertos ni vasos
- Lavar las superficies que tocan los enfermos con agua y detergente o jabón, o alcohol al 70%
- Ventilar los ambientes
- Las personas enfermas deberán permanecer en su domicilio, cumpliendo las medidas para evitar la transmisión y evitar acudir a actividades laborales, educativas o lugares públicos hasta la resolución del cuadro clínico.
- En cuanto al uso de barbijo, en la actual situación epidemiológica debe utilizarse según las recomendaciones vigentes (tapando nariz, boca y mentón y bien ajustado a la cara)

VACUNACIÓN

La vacunación antigripal incorporada al Calendario Nacional de vacunación a partir del año 2011 tiene como objetivo reducir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas de la infección por virus *Influenza* en los grupos poblacionales de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad complicada.

La vacunación antigripal administrada en forma oportuna, según la situación epidemiológica es una medida preventiva sustancial para evitar el desarrollo de complicaciones relacionadas con la influenza.

La población objetivo comprende al personal de salud, personal estratégico, embarazadas en cualquier trimestre de la gestación, puérperas hasta el egreso de la maternidad, (máximo 10 días si no recibieron la vacuna durante el embarazo), niños de 6 a 24 meses, personas entre 2 y 64 años con factores de riesgo y de 65 años o mayores.³

TRATAMIENTO ANTIVIRAL

En relación al tratamiento frente a las infecciones por virus *Influenza*, el oseltamivir continúa siendo la droga antiviral de elección.

Se ha observado que la administración precoz del tratamiento, en lo posible dentro de las primeras 24-48hs de inicio de síntomas, ha resultado en una reducción de las complicaciones pulmonares y del requerimiento de hospitalización.⁴ Aunque hay evidencia disponible que, en pacientes con alto riesgo de complicaciones por influenza o enfermedad severa o progresiva, se obtienen beneficios aun con un inicio más tardío del tratamiento.⁵ Sin embargo, debe considerarse que el uso indiscriminado del fármaco

³ Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Guía operativa de vacunación antigripal 2021.

⁴ Dobson J, Whitley RJ, Pocock S, Monto AS. Oseltamivir treatment for influenza in adults: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1729-1737. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62449-1. Epub 2015 Jan 30. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728. Erratum in: *Lancet*. 2015 May 2;385(9979):1728. PMID: 25640810.

⁵ Louie, J. et al (2012) Treatment with Neuraminidase inhibitors for critically ill patients with influenza A (H1N1)pdm09, *Clinical Infectious Diseases*, 55 (9):1998-1204. doi 10.1093/cid/cis636

podría llevar a la aparición de resistencia, en consecuencia, debe promoverse un uso racional del mismo bajo ciertas indicaciones médicas.

En el contexto actual de co-circulación de virus SARS-CoV-2 e *Influenza* la indicación de tratamiento antiviral debe considerarse según el comportamiento epidemiológico de ambos virus, presencia de factores de riesgo, disponibilidad de test diagnósticos y gravedad o progresión de la enfermedad.

No se debe esperar la confirmación por infección del virus *Influenza* por laboratorio para tomar decisiones acerca del inicio del tratamiento con antivirales.

Es importante el seguimiento clínico de los pacientes para detectar de manera oportuna condiciones de agravamiento de la enfermedad.

Indicaciones de tratamiento antiviral⁶

- Infección respiratoria aguda grave.
 - Pacientes hospitalizados con enfermedad progresiva o grave que requiera ingreso a unidad de terapia intensiva: iniciar tratamiento sin esperar el resultado de laboratorio. Si el resultado es influenza positivo o negativo para otros virus respiratorios, continuar con el tratamiento. Si el resultado es positivo para otro virus respiratorio considerar mantener o suspender el tratamiento según criterio médico (gravedad y progresión de la enfermedad), edad del paciente y presencia de comorbilidades.
- Ambulatorios:
 - Enfermedad tipo influenza en toda persona que se encuentre dentro de los grupos considerados con riesgo aumentado para complicaciones por influenza teniendo en cuenta los siguientes escenarios:
 - En escenarios de baja prevalencia de COVID-19 indicar tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para influenza o en caso de no disponer de estudio diagnóstico o con resultado más allá de las 48 hs, iniciar tratamiento empírico.
 - En escenarios de alta prevalencia de COVID-19 se recomienda indicar tratamiento en aquellos pacientes con resultado positivo para *Influenza* y si no se puede realizar el estudio de influenza o el resultado no está disponible dentro de las 48 hs, indicar tratamiento en aquellos con resultado negativo para SARS-CoV-2.
- *La administración de tratamiento antiviral con oseltamivir debe ser registrada al SNVS.2.0 completando la solapa clínica en el evento correspondiente y en todas las estrategias de vigilancia implementadas*

⁶ Las indicaciones de tratamiento antiviral serán actualizadas según la dinámica de la situación epidemiológica.

*Se consideran **factores de riesgo** para el desarrollo de formas graves por influenza a los siguientes:

Grupo 1: Enfermedades respiratorias:

a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.)

b) Asma moderado y grave

Grupo 2: Enfermedades cardíacas:

a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía

b) Cardiopatías congénitas

Grupo 3: Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológicas).

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, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio 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.

i) Embarazadas (en cualquier trimestre) y puérperas hasta las 2 semanas del parto. Es una droga grupo C en el embarazo . Y está aprobada por ANMAT y FDA para su uso en este grupo de pacientes.

Referencias Bibliográficas

Ministerio de Salud de la Nación. Vigilancia de las infecciones respiratorias agudas. Agosto 2020. Disponible en: <https://portal-coronavirus.gba.gob.ar/sites/default/files/Guia%20Vigilancia%20Infecciones%20respiratorias%20agudas.%2006-08.pdf>

Organización Mundial de la Salud. End-to-end integration of SARS-CoV-2 and influenza sentinel surveillance: revised interim guidance. 31 enero 2022. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Integrated_sentinel_surveillance-2022.1

Organización Mundial de la Salud. Influenza Update N° 412. 07 Febrero 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/influenza-update-n-412>

Organización Panamericana de la Salud. Actualización epidemiológica Influenza en el contexto de la pandemia por COVID-19. 28 diciembre 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-influenza-28-diciembre-2021>