



Información para los equipos de salud

NÚMERO
22

... JUNIO 2026 ...

REPORTE **EPIDEMIOLÓGICO**

Dirección de Epidemiología,
Calidad y Control de Gestión

MINISTERIO DE
SALUD Y DEPORTES



MENDOZA



Autoridades Coordinación | Colaboración

Ministro | Rodolfo Montero

Subsecretaría de Gestión de Salud | Carina Copparoni

Directora de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión | Andrea Falaschi

Coordinación General | Dirección de Epidemiología, Calidad y Control de Gestión

Colaboración | Dirección de Epidemiología- Sección Vigilancia de la Salud-
Dpto. Coordinación, Procesamiento y Análisis de Datos-Departamento de Epidemiología

Contacto: direpidemiologia.mza@gmail.com

FECHA DE PUBLICACIÓN: 12/06/2026

INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

INFORME ESPECIAL: INFLUENZA

La vigilancia epidemiológica integrada de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) es una estrategia fundamental para la detección temprana, monitoreo y control de los principales virus respiratorios con potencial epidémico y pandémico, particularmente Influenza, SARS-CoV-2 y Virus Sincial Respiratorio (VSR).

Su objetivo es generar información oportuna y de calidad para orientar la toma de decisiones sanitarias, la planificación de servicios de salud y la implementación de medidas de prevención y control.

La estrategia nacional de vigilancia se basa en un modelo integrado que combina:

- **Vigilancia universal**, mediante la notificación obligatoria de casos confirmados y fallecidos por Influenza, SARS-CoV-2 y VSR, así como eventos respiratorios inusuales, brotes y casos sospechosos o expuestos a Influenza Aviar.
- **Vigilancia por redes jurisdiccionales**, que incluye el monitoreo sindrómico de Enfermedad Tipo Influenza (ETI), neumonías y bronquiolitis, la vigilancia laboratorial de virus respiratorios y el seguimiento del impacto sobre el sistema sanitario mediante indicadores como la ocupación de camas.
- **Vigilancia centinela**, a través de las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMA) para ETI y las Unidades Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), consideradas componentes estructurales de la vigilancia en períodos interpandémicos.



INFLUENZA

La influenza es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona de cualquier grupo de edad.

“Los virus de la influenza son ortomixovirus de 3 tipos (A, B y C). Los virus A y B causan una epidemia estacional de la enfermedad. Los virus de influenza A son los únicos virus conocidos por causar pandemias, las cuales pueden ocurrir cuando aparece un virus nuevo y diferente de influenza A con la capacidad de ocasionar infecciones y propagarse fácilmente entre las personas. Las infecciones por el virus de influenza tipo C por lo general causan una enfermedad leve y se cree que no causan epidemias humanas. Los virus de influenza A se dividen en subtipos según dos proteínas de la superficie del virus: la hemaglutinina (H) y la neuraminidasa (N). Existen 18 subtipos de hemaglutinina y 11 subtipos de neuraminidasa diferentes (de H1 a H18 y de N1 a N11, respectivamente). Los subtipos de influenza A pueden dividirse a su vez en diferentes "clados" y "sub-clados" genéticos. Los virus de influenza B no se dividen en subtipos, en cambio se clasifican en dos linajes: B/Yamagata y B/Victoria. Al igual que los virus de influenza A, los virus de influenza B pueden clasificarse en clados y subclados específicos. Los virus de influenza B por lo general cambian más lentamente respecto de sus propiedades genéticas y antigénicas que los virus de influenza A, especialmente los virus de influenza A(H3N2). Desde el punto de vista clínico, la influenza puede ser indistinguible de las afecciones causadas por otros virus respiratorios”.¹

Durante el año 2025 se observó la circulación regional del subclado K de Influenza A (H3N2), con detecciones en varios países de Sudamérica y América del Norte, lo que refuerza la necesidad de mantener una vigilancia continua durante todo el año, incluyendo la vigilancia genómica, para identificar cambios en la circulación viral, gravedad, transmisibilidad y grupos poblacionales afectados.

La Influenza A (H3N2) subclado K se ha identificado como una variante altamente transmisible, y **si bien la circulación del subclado K ha incrementado el número de consultas por cuadros respiratorios, no se ha documentado un cambio significativo en la gravedad clínica, en términos de hospitalizaciones, ingresos a unidades de cuidados intensivos o defunciones.**

La gravedad de la infección, como en otros casos de gripe, está relacionada con la presencia de factores de riesgo individuales en grupos de alto riesgo como niños pequeños, personas mayores, mujeres embarazadas y personas con enfermedades subyacentes.

¹ Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria. Versión 2026. MSAL

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/11/manual_de_normas_2026_vf_06052026.pdf

MODO DE TRANSMISIÓN

1. **Gotitas respiratorias** (Cuando una persona infectada habla, tose o estornuda, emite pequeñas gotas de saliva y secreciones nasales que contienen el virus. Estas gotas pueden viajar hasta 1 o 2 metros de distancia. Si estas gotas entran en contacto con la boca, la nariz o son inhaladas hacia los pulmones de una persona sana, se produce el contagio.)

2. Contacto indirecto con Superficies contaminadas

El virus tiene la capacidad de sobrevivir fuera del cuerpo humano durante cierto tiempo:

Superficies duras (metales, plástico): Puede vivir entre 24 y 48 horas (ej. pomos de puertas, barandillas, teclados).

Tejidos y papel: Vive entre 8 y 12 horas.

Manos: El virus suele sobrevivir menos de 5 minutos en la piel, pero es tiempo suficiente para que, al tocarle los ojos, la nariz o la boca, el virus entre en el organismo.

3. Transmisión aérea (Aerosoles)

En lugares cerrados, con mucha gente y poca ventilación, el virus puede permanecer suspendido en el aire en partículas aún más pequeñas que las gotitas comunes, facilitando el contagio incluso sin contacto cercano directo.

Aspectos de manejo clínico: Recomendaciones para el uso de antivirales para Influenza

En relación con Influenza, se recomienda el uso oportuno de oseltamivir en pacientes hospitalizados con enfermedad grave o pertenecientes a grupos de riesgo², sin esperar la confirmación diagnóstica por laboratorio.

En períodos de circulación de virus Influenza, se recomienda el 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 horas, iniciar tratamiento empírico.

También puede considerarse en casos ambulatorios con factores de riesgo para complicaciones.

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.

² VER Anexo I

Indicación de tratamiento antiviral para Influenza (Oseltamivir)

Grupo etario / condición	Peso	Dosis recomendada
Adultos		75 mg cada 12 horas
Niños ≥ 12 meses	≤ 15 kg	30 mg cada 12 horas
	> 15 a 23 kg	45 mg cada 12 horas
	> 23 a 40 kg	60 mg cada 12 horas
	> 40 kg	75 mg cada 12 horas
Niños de 9 a 11 meses		3,5 mg/kg/dosis cada 12 horas
Recién nacidos a término (< 8 meses)		3 mg/kg/dosis cada 12 horas
Recién nacidos pretérmino con edad gestacional corregida < 38 semanas		1 mg/kg/dosis cada 12 horas
Recién nacidos pretérmino con edad gestacional corregida 38-40 semanas		1,5 mg/kg/dosis cada 12 horas

ASPECTOS GENERALES-RECOMENDACIONES

Dosis máxima en neonatos	12 mg totales cada 12 horas. Iniciar dentro de las primeras 48 horas desde el comienzo de los síntomas.
Insuficiencia renal	Ajustar la dosis según el clearance de creatinina.
Duración habitual del tratamiento	5 días.
Prolongación del tratamiento	La continuidad más allá del quinto día debe ser evaluada por el equipo médico según la evolución clínica y la gravedad del cuadro.

FORMAS FARMACÉUTICAS DISPONIBLES DE OSELTAMIVIR

Presentación	Concentración
Cápsulas	75 mg
Polvo para suspensión oral	12 mg/ml
Jarabe (preparado magistral)	15 mg/ml

Nota: Las recomendaciones de tratamiento con oseltamivir son aplicables independientemente del antecedente de vacunación antigripal. El tratamiento debe iniciarse precozmente, especialmente en pacientes con factores de riesgo o enfermedad grave.

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Organización del tamizaje, el flujo de pacientes y las áreas de vigilancia clínica y de hospitalización en cada institución, en los distintos niveles de atención; captar y notificar inmediatamente los casos permite una respuesta rápida y efectiva por parte de las autoridades sanitarias.
- Manejo Clínico y Terapéutico: Garantizar el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos confirmados o sospechosos de influenza, priorizando la disponibilidad y el uso racional de antivirales (Oseltamivir) según los protocolos clínicos establecidos.
- Preparación de la Red Asistencial: Realizar una evaluación proactiva de la capacidad operativa y logística de los servicios de salud (camas, insumos, recursos humanos) para gestionar un posible aumento de la demanda de atención de IRA, anticipando una actividad viral potencialmente más intensa o temprana.
- Garantizar el cumplimiento de las medidas de prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud, como ser el uso correcto de mascarilla y/o respirador en el personal de salud, pacientes y sus acompañantes.
- Garantizar la disponibilidad de insumos, reactivos y equipos de protección personal para el cumplimiento de las normas de bioseguridad vigentes.

LABORATORIO³

- Mantener el envío oportuno de muestras respiratorias para secuenciación, a fin de monitorear e identificar clados y subclados potencialmente asociados a mayor transmisibilidad o patogenicidad, garantizando las condiciones adecuadas de transporte y envío de las muestras.
- Actualmente, deben derivarse muestras de pacientes internados y ambulatorios con resultados positivos para Influenza A, Influenza B, SARS-CoV-2 y VSR, con valores de Ct menores a 28, así como muestras de Metapneumovirus de pacientes internados con criterio de infección respiratoria aguda (IRA), con valores de Ct menores a 30.

Se solicita que aquellos laboratorios que realicen diagnóstico mediante inmunofluorescencia o test rápidos y obtengan resultados positivos para Influenza A, Influenza B, VSR y/o Metapneumovirus, deriven la muestra correspondiente para la evaluación del Ct y la eventual derivación para secuenciación al INEI.

- Las muestras deberán ser notificadas en el SNVS 2.0 y derivadas de forma virtual al Laboratorio Núcleo.

³ Ver Anexo II: Procedimiento para la derivación de muestras respiratorias y vigilancia universal – Laboratorio Núcleo, 2025.

- Fortalecer los equipos técnicos de laboratorio encargados de la vigilancia centinela de las enfermedades tipo influenza (ETI) y de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG).

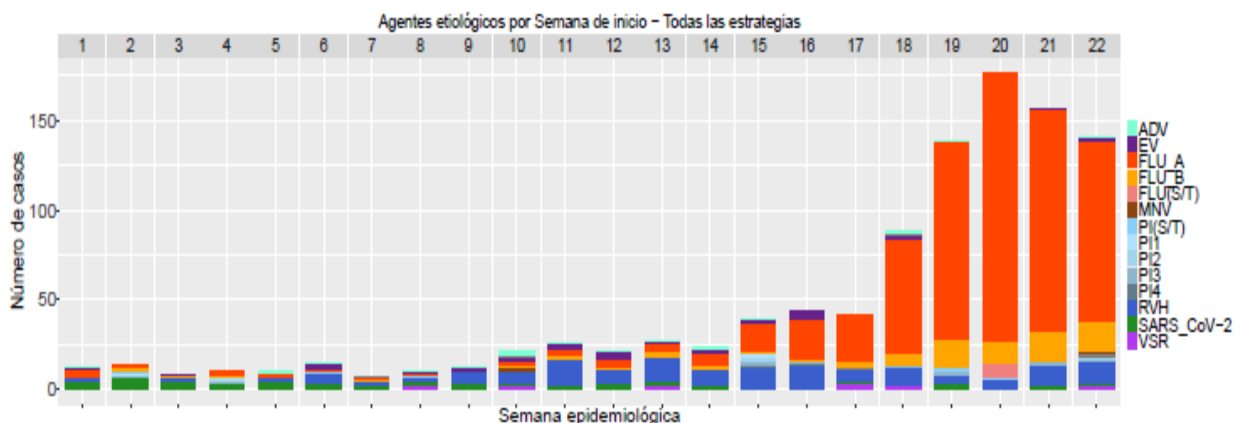
MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS DE SALUD PÚBLICA EN LA POBLACIÓN

- Junto con la inmunización contra virus respiratorios se deben aplicar medidas personales como la higiene de manos, el distanciamiento físico, la etiqueta respiratoria, el uso de mascarillas si presenta síntomas, consulta oportuna y posterior reposo según prescripción médica. Desinfectar las superficies de alto contacto y mantener la higiene y ventilación en el hogar, trabajo, lugares públicos.
- El lavado de manos frecuente con agua y jabón es la forma más eficiente de disminuir la transmisión.
- El conocimiento sobre la "etiqueta respiratoria" también ayuda a prevenir la transmisión. Las personas con fiebre deben evitar ir a lugares de trabajo o lugares públicos hasta que la fiebre disminuya.
- Desarrollar estrategias y campañas de comunicación de riesgo que refuercen medidas no farmacológicas universales (lavado de manos, etiqueta respiratoria, aislamiento en caso de fiebre) destacando la protección durante toda la temporada, especialmente en grupos de riesgo.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA PROVINCIA DE MENDOZA-JUNIO 2026

Hasta la SE22/2026 (al 6 de junio de 2026), se procesaron 2.338 muestras respiratorias, de las cuales 1.038 (44,4%) presentaron detección positiva para virus respiratorios. Del total de muestras positivas, el 62,75% correspondió a Influenza A, constituyéndose como el virus predominante en la vigilancia de laboratorio.

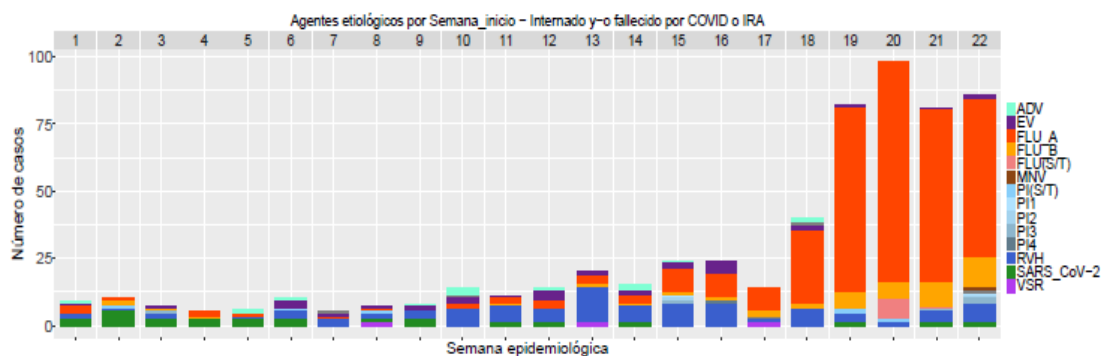
Gráfico 1: Vigilancia Virus Respiratorios por SE. SE 1 a SE 22/2026. Mendoza



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

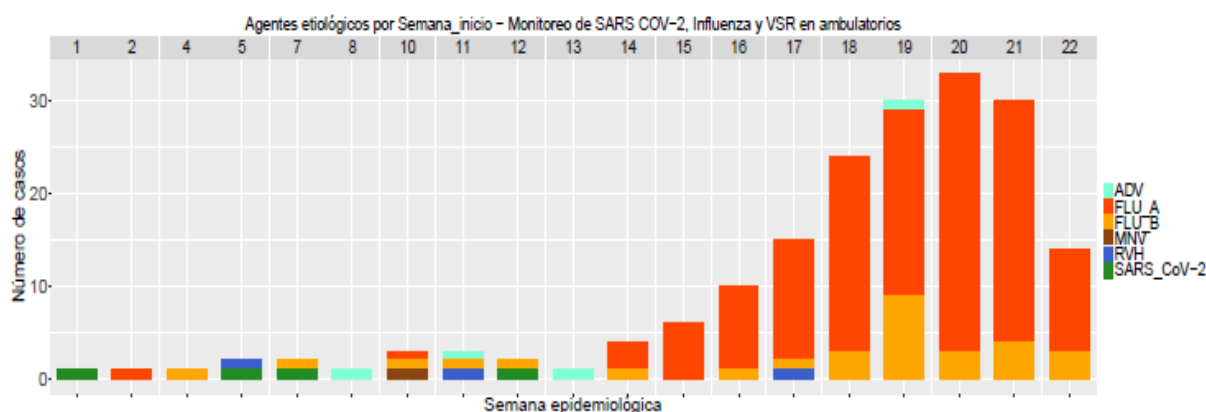
El predominio de Influenza A, se repite en todas las estrategias de Vigilancia de las IRA: Internados, UMA y UCIRAG (Gráficos 2,3 y 4).

Gráfico 2. Virus Respiratorios- SARS CoV-2 y OVR en pacientes internados. A SE22/2026. Mendoza.



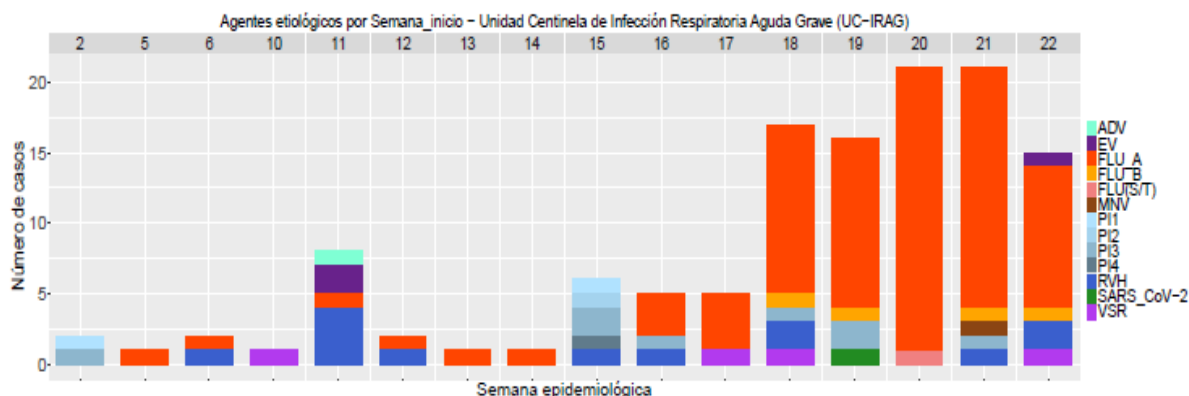
Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

Gráfico 3. UMA's. Agentes etiológicos por SE. Mendoza. A SE22/2026



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

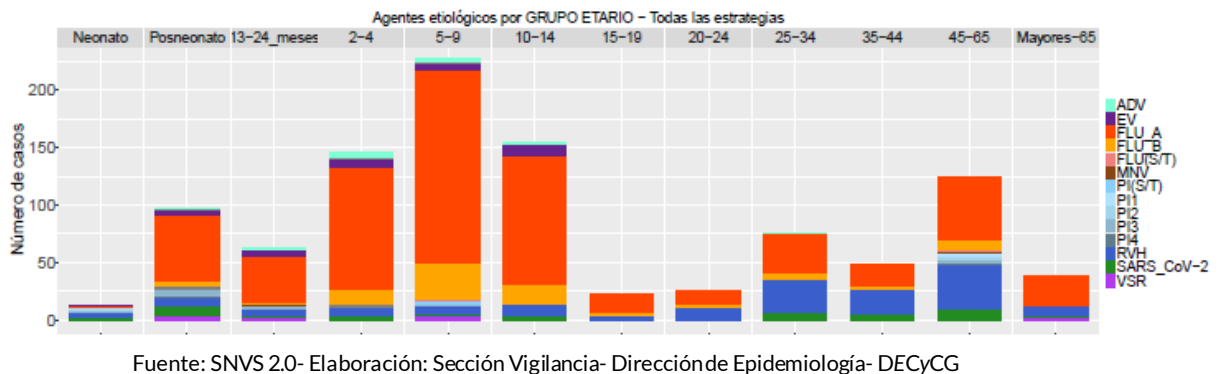
Gráfico 4. UCIRAG-Agentes etiológicos por SE. Mendoza. A SE22/2026



Fuente: SNVS 2.0- Elaboración: Sección Vigilancia- Dirección de Epidemiología- DECyCG

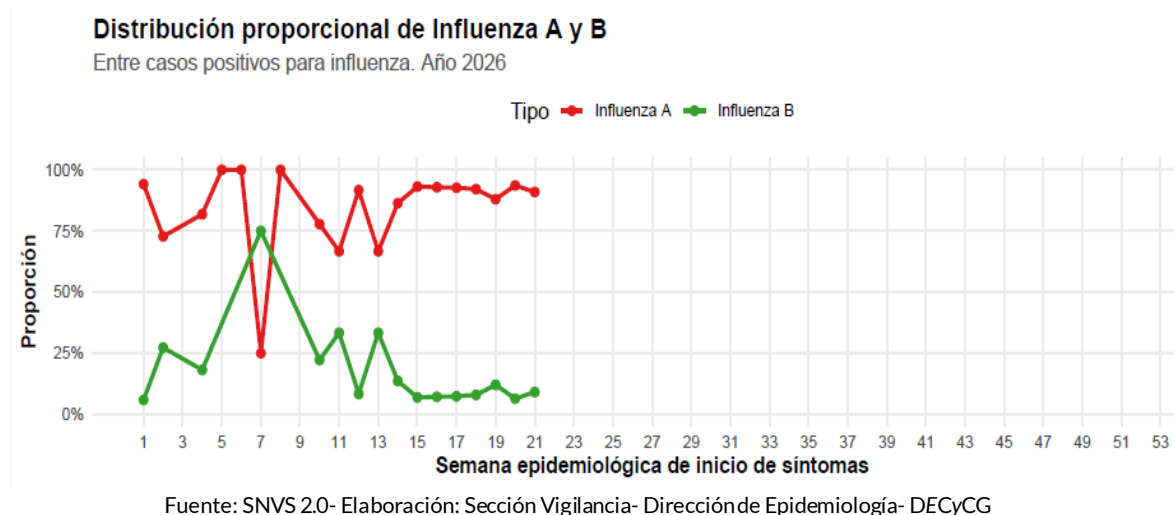
En todos los gráficos se observa un aumento de la circulación viral de FLU A que se inicia entre las semanas epidemiológicas 14 y 15 y presenta un pico en SE20, con un lento descenso a la fecha (sujeto a variaciones según oportunidad de la carga de casos desde los efectores).

Gráfico 5: Vigilancia Virus Respiratorios por Grupo Etario a SE22/2026. Mendoza



En relación al grupo etario, si bien se presenta en todas las edades, los más afectados son los grupos de 5 a 9 años, de 10 a 14 años y de 2 a 4 años en orden de frecuencia. (Gráfico 5)

Gráfico 6: Distribución proporcional de FLU A y FLU B entre casos positivos de Influenza- A SE22/2026- Mendoza



Durante el año 2026, en la distribución proporcional de muestra positivas para FLUA Y FLUB, se observa (gráfico 6) un claro predominio de FLU A.

Caracterización genómica de casos recientes de influenza A(H3N2) en Argentina

Entre SE 1/2025 y SE 18/2026, el Laboratorio Nacional de Referencia secuenció 252 muestras positivas para Influenza A(H3N2) provenientes de 23 jurisdicciones, de las cuales 211 (84%) correspondieron al subclado J.2.4.1/(K), 28 (12%) al subclado J.2.3; y el resto a los subclados J.2.4, J.2 y J.2.2.

Entre los casos secuenciados de Influenza A(H3N2), el subclado J.2.4.1/(K) predominó tanto en el 2025 como en lo que va del 2026, distribuido en las 5 regiones del país.

En la provincia de Mendoza, de las muestras de Influenza derivadas al INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS -INEI-ANLIS, durante el año 2025 y hasta la fecha, 23 resultaron positivas para Influenza A H3N2 subclado K.

SITUACIÓN RESUMIDA INFLUENZA-MENDOZA - A SE22/2026

Indicador	Valor
Muestras procesadas	2.338
Positivas	1.038 (44,4%)
Influenza A	62,7% de las positivas
Virus predominante	Influenza A
Semana de mayor circulación	SE20
Tendencia actual	Descenso lento
Grupo más afectado	5-14 años

LA MEDIDA MÁS IMPORTANTE PARA EL CONTROL DE LA ENFERMEDAD Y SUS COMPLICACIONES ES LA VACUNACIÓN

Vacunación Antigripal 2026

Es gratis para los grupos de riesgo



Acudí al
centro de salud
o vacunatorio
más cercano.

**MENDOZA**

ANEXO I-GRUPOS DE RIESGO

Grupo de Riesgo	Condiciones Incluidas
Grupo 1. Enfermedades respiratorias	• Enfermedad respiratoria crónica: hernia diafragmática, EPOC, enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomía crónica, bronquiectasias, fibrosis quística, entre otras. • Asma moderada o grave.
Grupo 2. Enfermedades cardíacas	• Insuficiencia cardíaca. • Enfermedad coronaria. • Reemplazo valvular. • Valvulopatías. • Cardiopatías congénitas.
Grupo 3. Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no hemato-oncológicas)	• Infección por VIH. • Tratamiento con inmunosupresores o corticoides en altas dosis (>2 mg/kg/día de metilprednisona o >20 mg/día, o equivalente, durante más de 14 días). • Inmunodeficiencias congénitas • Asplenia funcional o anatómica. • Desnutrición grave.
Grupo 4. Pacientes oncohematológicos y trasplantados	• Tumores de órganos sólidos en tratamiento. • Enfermedades oncohematológicas hasta 6 meses posteriores a la remisión completa. • Trasplante de órganos sólidos o de progenitores hematopoyéticos.
Grupo 5. Otros factores de riesgo	• Obesidad con IMC >40 kg/m². • Diabetes mellitus. • Insuficiencia renal crónica en diálisis o con previsión de ingreso a diálisis en los próximos 6 meses. • Retraso madurativo grave en menores de 18 años. • Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves. • Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años. • Convivientes de pacientes oncohematológicos. • Convivientes de prematuros con peso al nacer menor de 1500 g. • Embarazadas en cualquier trimestre de gestación. • Púérperas hasta 14 días posteriores al parto.

ANEXO II- PROCEDIMIENTO PARA LA DERIVACIÓN DE MUESTRAS RESPIRATORIAS Y VIGILANCIA UNIVERSAL LABORATORIO NÚCLEO-2025

CONTENIDO:

1. PROCEDIMIENTO DERIVACIÓN DE MUESTRAS PARA LA TIPIFICACIÓN Y GENOTIPIFICACIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS (SARS CoV-2, Influenza y Otros virus respiratorios (OVR))

PROPÓSITO

Establecer un protocolo entre los Laboratorios de la Red de Virus Respiratorios (VR) de la Provincia, para unificar los procedimientos de manejo de muestras respiratorias: toma de muestra, criterios de selección y condiciones de envío.

ALCANCE

Laboratorios pertenecientes a la Red de Vigilancia de Influenza y OVR, laboratorios públicos y privados. Muestras de pacientes que se encuadren dentro de las estrategias de vigilancia, la cual se encuentra establecida en la "Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) 2024".

TIPO DE MUESTRA

MUESTRAS RESPIRATORIAS: Hisopado nasal, hisopado faríngeo, hisopado nasofaríngeo (con hisopos de dacrón en 1ml de solución fisiológica o PBS), aspirado nasofaríngeo, lavado nasofaríngeo, lavado broncoalveolar, lavado nasal, biopsia de pulmón, líquido pleural, **tomadas dentro de las 48-72hs del comienzo de los síntomas clínicos.** Se rechazarán muestras tomadas con hisopo de madera. Recomendado: Muestras del tracto respiratorio bajo, incluyendo esputo, lavado broncoalveolar y aspirado traqueal (cuando sea posible, según los criterios médicos).

ENVÍO

Las muestras deben enviarse correctamente rotuladas indicando nombre y apellido, fecha de toma, tipo de muestra, en tubos falcon con tapa a rosca (no usar frascos de urocultivos). Como medio de transporte usar 1ml de solución fisiológica o PBS. Todas las muestras deben ser enviadas en condiciones de bioseguridad (triple envase).

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

- ✓ Notificar el caso y derivar en el **SNVS 2.0.**
- ✓ Remitir la planilla precarga al mail **labnu.informes@gmail.com.** Debe tener los **campos obligatorios completos:** DNI, apellido y nombre, hospital derivante, fecha de toma de muestra, resultados obtenidos en cada virus (detectable o no detectable) en caso que corresponda el valor CT. (Respetar formato Excel predeterminado).

HORARIOS DE RECEPCIÓN

Lunes a viernes de 9 a 14hs. Laboratorio Núcleo. Talcahuano 2194, Godoy Cruz, Mendoza.

LABORATORIOS PERTENECIENTES A LA RED

Laboratorio Hospital Central,
Laboratorio Hospital Notti,
Laboratorio Hospital Lagomaggiore,
Laboratorio Hospital Scaravelli,
Laboratorio Hospital Schestakow,



Laboratorio Hospital Perrupato,
Laboratorio Hospital Paroissien,
Laboratorio Núcleo

2. PROCEDIMIENTO VIGILANCIA PILOTO DE METAPNEUMOVIRUS HUMANO EN PACIENTES INTERNADOS (MPVh)

PROPÓSITO

Implementar una vigilancia piloto en pacientes hospitalizados por infección respiratoria aguda (IRA), para complementar la vigilancia de MPVh a nivel nacional. Unificar los criterios de selección y condiciones de envío.

ALCANCE

Muestras de pacientes internados por **IRA de cualquier edad y sexo** con muestras positivas y/o detectables para MPVh por **inmunofluorescencia (IF) y/o PCR**, respectivamente. Las muestras detectables por PCR, deben tener un valor de CT menor o igual a 30 y cumplir con la carga de los datos clínicos y epidemiológicos que se detallan en el **"Instructivo de carga solapa Clínica y Laboratorio en el SNVS 2.0"** (ver página 4).

TIPO DE MUESTRA

MUESTRAS RESPIRATORIAS: Hisopado nasal, hisopado faríngeo, hisopado nasofaríngeo (con hisopos de dacrón en 1ml de solución fisiológica o PBS), aspirado nasofaríngeo, lavado nasofaríngeo, lavado broncoalveolar, lavado nasal, biopsia de pulmón, líquido pleural, **detectables para MPVh por inmunofluorescencia (IF) y/o PCR, respectivamente**. Se rechazarán muestras tomadas con hisopo de madera.

ENVÍO

Las muestras positivas y/o detectables para MPVh deben enviarse **al Laboratorio Núcleo** correctamente rotuladas indicando nombre y apellido, fecha de toma, tipo de muestra, en tubos falcon con tapa a rosca (no usar frascos de urocultivos). Como medio de transporte usar 1ml de solución fisiológica o PBS. Evitar ciclos de congelamiento y descongelamiento. Todas las muestras deben ser enviadas en condiciones de bioseguridad (triple envase), asegurando la cadena de frío durante la conservación y transporte.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

FICHA EPIDEMIOLÓGICA: Las muestras deberán enviarse acompañadas de la ficha de notificación correspondiente que se envía junto con este documento ya sea en formato papel o escaneada.

PLANILLA PRECARGA: Remitir la planilla precarga al mail labnu.informes@gmail.com. Debe tener los **campos obligatorios completos**: DNI, apellido y nombre, hospital derivante, fecha de toma de muestra, resultados obtenidos (detectable o no detectable) en caso que corresponda, el valor CT. (Respetar formato Excel predeterminado).

CARGA DE DATOS EN SNVS 2.0: Se solicita la carga del evento Internado y/o fallecido por COVID o IRA (que se encuentra en el grupo de eventos Infección Respiratoria Aguda). También debe realizar la derivación virtual del caso al Laboratorio Núcleo en la solapa "Laboratorio".

HORARIOS DE RECEPCIÓN

Lunes a viernes de 9 a 14hs. Laboratorio Núcleo. Talcahuano 2194, Godoy Cruz, Mendoza.

3. PROCEDIMIENTO PARA DERIVACIÓN DE MUESTRAS RESPIRATORIAS PARA DIAGNOSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS VIRALES (Sars CoV-2, Influenza y OVR)

PROPÓSITO

Establecer un protocolo entre los Laboratorios de la Red de Virus Respiratorios (VR) de la Provincia, para unificar los procedimientos de manejo de muestras respiratorias: toma de muestra, criterios de selección y condiciones de envío.

ALCANCE

Muestras de pacientes mayores de 60 y menores de 5 años internados con sospecha de Infección Respiratoria Aguda (IRA) y pacientes de cualquier edad con Asistencia Respiratoria Mecánica de **Hospitales públicos** que no tengan capacidad diagnóstica para la detección de virus respiratorios.

TIPO DE MUESTRA

MUESTRAS RESPIRATORIAS: Hisopado nasal, hisopado faríngeo, hisopado nasofaríngeo (con hisopos de dacrón en 1ml de solución fisiológica o PBS), aspirado nasofaríngeo, lavado nasofaríngeo, lavado broncoalveolar, lavado nasal, biopsia de pulmón, líquido pleural, **tomadas dentro de las 48-72hs del comienzo de los síntomas clínicos**. Se rechazarán muestras tomadas con hisopo de madera. Recomendado: Muestras del tracto respiratorio bajo, incluyendo esputo, lavado broncoalveolar y aspirado traqueal (cuando sea posible, según los criterios médicos).

ENVÍO

Las muestras deben enviarse correctamente rotuladas indicando nombre y apellido, fecha de toma, tipo de muestra, en tubos falcon con tapa a rosca (no usar frascos de urocultivos). Como medio de transporte usar 1ml de solución fisiológica o PBS. Todas las muestras deben ser enviadas en condiciones de bioseguridad (triple envase).

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

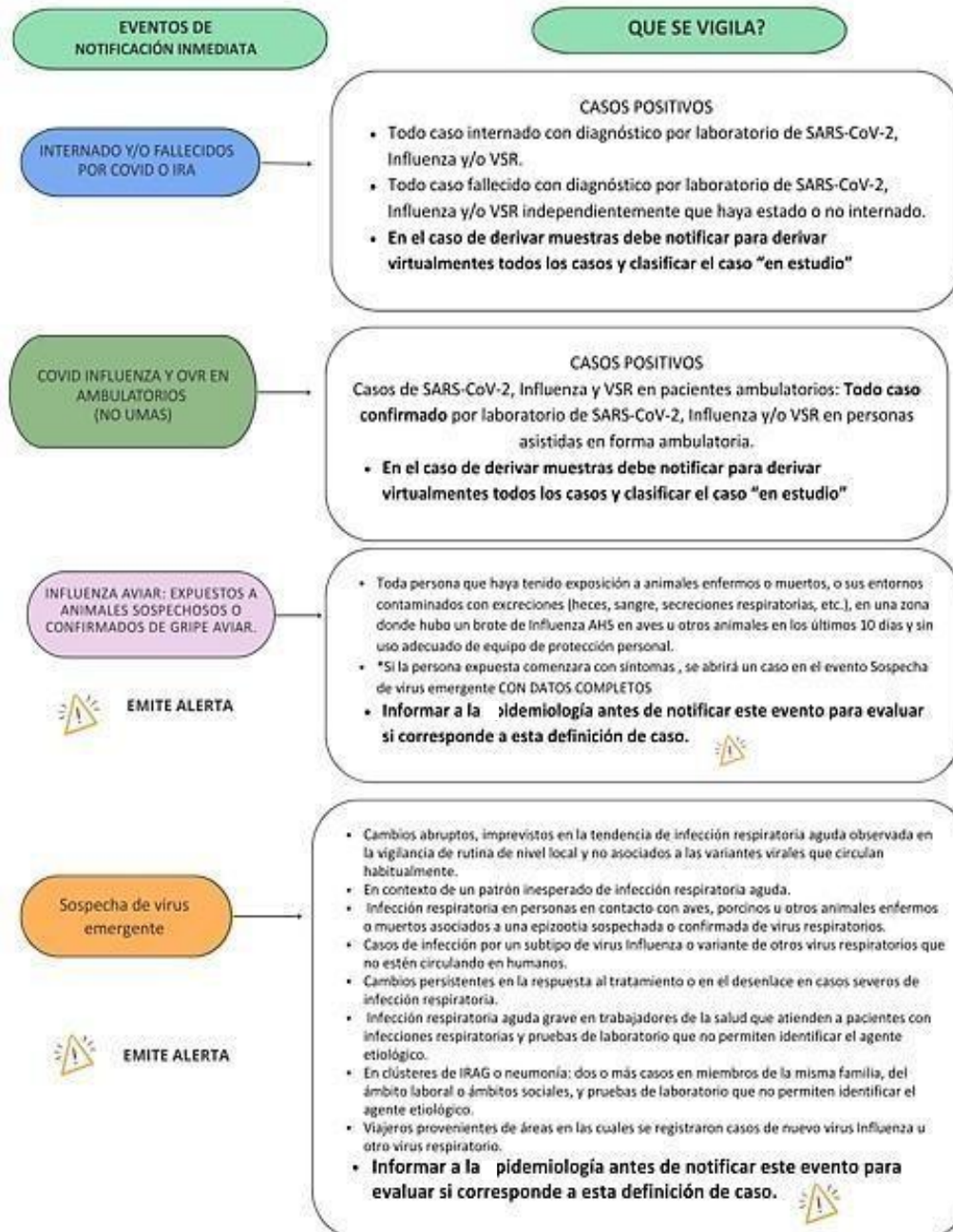
- ✓ La muestra debe enviarse con **ficha epidemiológica de Internado y/o fallecido por Covid o IRA** (datos completos y legibles).
- ✓ Notificar el caso y derivar en el **SNVS 2.0**.
- ✓ Remitir la planilla precarga al mail **labnu.informes@gmail.com**. Debe tener los **campos obligatorios completos**: DNI, apellido y nombre, hospital derivante, fecha de toma de muestra, resultados obtenidos en cada virus (detectable o no detectable) en caso que correspond, el valor CT. (Respetar formato Excel predeterminado).

HORARIOS DE RECEPCIÓN

Lunes a viernes de 9 a 14hs. Laboratorio Núcleo. Talcahuano 2194, Godoy Cruz, Mendoza.

4. NOTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE VIGILANCIA UNIVERSAL NO CENTINELA

Grupo de eventos: Infecciones respiratorias agudas - Laboratorio



5. CLASIFICACIÓN MANUAL DE LOS CASOS

Tabla 1: Para laboratorios que relizan sus propios diagnósticos

Resultado	Clasificación manual
Sars Cov 2 positivo o detectable	Test de Ag: Sars-Cov-2 positivo por test de Ag PCR : Sars-Cov-2 positivo por métodos moleculares
Influenza A positiva	Influenza A- Positivo
Influenza B positiva	Influenza B - Positivo
Virus sincial respiratorio (VSR)	Virus sincial respiratorio (VSR) Positivo
Parainfluenza 1,2,3, Metapneumovirus o Adenovirus positivo	OVR (No Sars-Cov-2, Influeza ni VSR) Positivo
Positivo para más de un virus	Co-detección de virus respiratorios

Tabla 2: Para laboratorios que relizan sus propios diagnósticos y reciben derivaciones

Derivaciones	Clasificación manual
Muestra derivada	Efector de origen clasifica "En estudio"
Resultado Negativo para Virus Respiratorios	Efector que realiza el diagnóstico : "Negativo Sars Cov 2 y OVR"
Resutados positivos para cualquier virus respiratorio	Efector que realiza el diagnóstico : Remitirse a la tabla 1 para clasificar los casos

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Infecciones Respiratorias Agudas (IRA). Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control. MSAL 2026
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/10/guia_2026_infecciones_respiratorias_agudas_ira.pdf
- 2- Boletín Epidemiológico Nacional N°810, SE 20, Año 2026- MSAL
[file:///C:/Users/Salud/Downloads/ben_810_se_20_vf-03-06%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Salud/Downloads/ben_810_se_20_vf-03-06%20(1).pdf)
- 3- Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de notificación obligatoria, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina actualización 2026.
- 4- Ficha epidemiológica "COVID-19, Influenza y OVR en ambulatorio (no UMAS)" (Disponible en https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_COVID-19_Influenza_y_OVR_en_ambulatorios_No_UMAs.pdf)
- 5- Ficha epidemiológica: "Internado y/ o fallecido por COVID-19 o IRA" (Disponible en: https://www.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/7/2022/06/Ficha_Internado_y_o_fallecido_por_COVID-19_o_IRA.pdf)



Gobierno de la Provincia de Mendoza
"Año del 90° Aniversario de la Fiesta Nacional de la Vendimia"

Nota

Número:

Mendoza,

Referencia: Reporte Epidemiológico N 22- IRA-Influenza

A: Fabiana Fiore (MODERNIZACION#MSDSYD),

Con Copia A:

De mi mayor consideración:

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 18 pagina/s.

Sin otro particular saluda atte.