

INDICE DE TODOS LOS CASOS CLINICOS DEL LIBRO

(Haga clic sobre el título para acceder a cada caso)

PARTE V

Casos clínicos de enfermedades tratadas con el anti-vírico Oseltamivir con buen resultado.

- **[CASO CLINICO Nº 1](#)**

[MENINGOENCEFALITIS VIRAL, CON CLINICA DE GRIPE, EN EPIDEMIA DE VIRUS DE GRIPE TIPO "B" CURADO CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR](#)

- **[CASO CLINICO Nº 2](#)**

[NEUMONÍA VIRAL PRIMARIA, CON CLINICA DE GRIPE, CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR \(NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD\)](#)

PARTE VI

CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA"

- **[CASO CLINICO Nº 1](#)**

["GRIPE PROLONGADA" CURADA CON ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR, SIN COMPLICACIONES \(ESTE ES UNO DE LOS CASOS CLÍNICOS MÁS FRECUENTES DE LOS CIENTOS DE MILES DE PACIENTES AFECTADOS POR LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

- **[CASO CLINICO Nº 2](#)**

["GRIPE PROLONGADA" COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA. \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

- **[CASO CLINICO Nº 3](#)**

["GRIPE PROLONGADA", COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA CON AFECCIÓN RENAL Y CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO, FALLECE POR NUEVO INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO. \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

- **[CASO CLINICO Nº 4](#)**

[AÑO 2007. "GRIPE PROLONGADA", COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA Y FIBRILACIÓN AURICULAR AGUDA \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\).](#)

- **[CASO CLINICO Nº 5](#)**

["GRIPE PROLONGADA", COMPLICADA CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEFINITIVA](#)

- **[CASO CLINICO Nº 6](#)**

["GRIPE PROLONGADA" COMPLICADA CON NEUMONIA BILATERAL VIRICA PRIMARIA CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON FIBRILACION AURICULAR AGUDA, ISQUEMIA POST - I.A.M. - INSUFICIENCIA RENAL AGUDA-CRONICA - FALLECE POR SEPSIS A STAPHYLOCOCCUS \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

- **[CASO CLINICO Nº 7](#)**

["GRIPE PROLONGADA" COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA, E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA-CRÓNICA \(MEJORA CON TRATAMIENTO ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR\) \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

- **[CASO CLINICO Nº 8](#)**

["GRIPE PROLONGADA" Y "EFECTO RETARDADO" A MEDIANO PLAZO COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA \(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL\)](#)

● **CASO CLINICO Nº 9**

AÑO 2007. "GRIPE PROLONGADA" Y "EFECTO RETARDADO A MEDIANO PLAZO" COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA (NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPAL)

● **CASO CLINICO Nº 10**

AÑO 2008. "GRIPE PROLONGADA" COMPLICADA CON MIOCARDITIS AGUDA, E INSUFICIENCIA CARDIACA AGUDA. MEJORA CON TRATAMIENTO ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR (MIOCARDITIS ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPAL)

● **CASO CLINICO Nº 11 (SÍNTESIS)**

AÑO 2010. "GRIPE PROLONGADA" COMPLICADA CON LIQUEN ROJO PLANO. MEJORA CON TRATAMIENTO ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR.

● **CASO CLINICO Nº 12**

AÑO 2012 - GRIPE PROLONGADA (NIÑA DE 9 MESES)
"GRIPE PROLONGADA,"COMPLICADA CON NEUMONÍA VIRAL PRIMARIA UNILATERAL, CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA - CURADA CON ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR EN SEIS DÍAS
(NEUMONÍA ADQUIRIDA POR VIRUS DE GRIPE DE LA VACUNA ANTIGRIPAL)

PARTE VII
CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN"

● **CASO CLINICO Nº 1**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACION" - CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

● **CASO CLINICO Nº 2**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACION" - CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

● **CASO CLINICO Nº 3**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN", COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA Y ÓBITO - NO SE TRATÓ CON ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR
(NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD)

● **CASO CLINICO Nº 4**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN", COMPLICADA CON NEUMONÍA VÍRICA PRIMARIA - CURADO CON ANTIVÍRICO OSELTAMIVIR
(NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD)

● **CASO CLINICO Nº 5**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN", COMPLICADA CON NEUMONÍA VIRAL PRIMARIA
(NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD)

● **CASO CLINICO Nº 6**

AÑO 2012 - "GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN", COMPLICADA CON NEUMONÍA BILATERAL VÍRICA PRIMARIA Y CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRADO IV.
CURADO RÁPIDAMENTE CON OSELTAMIVIR.
(NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD)

PARTE V

Casos clínicos de enfermedades tratadas con el antivírico Oseltamivir con buen resultado.

CASO CLINICO N° 1

MENINGOENCEFALITIS VIRAL, CON CLINICA DE GRIPE, EN EPIDEMIA DE VIRUS DE GRIPE TIPO "B" CURADO RÁPIDAMENTE CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

HISTORIA CLINICA: AÑO 2002

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.
Edad: 17 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Estudiante.
Nacionalidad: Argentino.

2) Paciente internado: En Hospital.

Fecha de internación: 10 de septiembre de 2002 en emergencia (día 1).
12 de septiembre de 2002 en sala de clínica médica.
Fecha de egreso: 26 de septiembre de 2002.

3) Motivo de consulta: Cefalea, vómitos, mareos, pérdida de fuerza en miembros inferiores, sensación de cuerpo caliente.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que presenta desde 10 días antes aproximadamente un cuadro de gripe, con los siguientes síntomas: astenia, cefalea, artromialgias, fiebre, rinorrea mucoserosa, tos con escasa expectoración mucoserosa, no respetando el reposo, automedicándose con ácido acetilsalicílico un comprimido de 500 mg. 2 veces al día, aumentando la cefalea a carácter intenso dos días antes de la consulta, acompañándose de fotofobia, dolor de nuca y dificultad para la micción. Como dato de interés existe una epidemia a nivel provincial de gripe tipo "B" y el padre previamente enfermo de gripe, le contagió al hijo.

5) Antecedentes de importancia: Paciente sin antecedentes patológicos previos. Siempre fue sano.

Ingres a la sala de emergencia el día 10/09/2002 con una escala de Glasgow de 15/15 con retención urinaria, colocándose sonda vesical.

El día siguiente 11/09/2002 el paciente presenta mal estado general, rigidez de nuca, soporoso. Se solicita urocultivo, hemocultivos, se realiza T.A.C. de cráneo con resultado normal y punción lumbar, obteniéndose de este: líquido cristal de roca.

El día 12/09/02 ingresa al servicio de clínica médica, el interrogatorio es referido por familiar, por presentar alteración de la conciencia, soporoso y dislalia.

6) Examen físico: Datos importantes

Tensión arterial: 120/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36°C

Inspección general: Paciente en mal estado general, en decúbito dorsal obligado, facie descompuesta, pálido, sudoroso, taquicárdico, soporoso marcha no evaluable.

Piel y Faneras: Elasticidad y turgencia conservada, mucosas húmedas.

Cabeza: Apertura palpebrales disminuidas, pupilas mióticas, isocóricas, hiporreflécticas.

Aparato genitourinario: Puño percusión y puntos ureterales no dolorosos, con sonda vesical permanente.

Sistema nervioso central y periférico: Paciente soporoso y dislábico con fotofobia, rigidez de nuca, apertura palpebrales disminuidas con disminución de fuerza, paresia facial central derecha leve, Babinski positivo izquierdo, fuerza muscular conservada en miembros superiores y disminuida en miembros inferiores, paresia de miembros inferiores.

7) Diagnósticos:

1- Síndrome meníngeo.

2- Meningoencefalitis viral.

3- Gripe.

Se solicita ingreso en terapia intensiva, no disponiéndose de cama en la misma.

8) Métodos complementarios:

T.A.C de cráneo con contraste: normal

Rayos x de tórax de frente: normal

Gases en sangre: normal

Hematocrito: 47%

Leucocitos: 9.000 mm³

Neutrófilos: 78%

Linfocitos: 19%

Monocitos: 3%

Glucemia: 1,43 g/L

Uremia: 0,28 g/L

Ionograma plasmático: normal

Líquido cefalorraquídeo: Incoloro

Ligeramente turbio

Células: 31 con predominio de mononucleares

Glucorraquia: 0,69 g/L

Proteinorraquia: 0,67 g/L

Reacción de pandy: negativa

Bacteriológico: directo, no se observan leucocitos polimorfonucleares, ni microorganismos.

Cultivo: sin desarrollo a la 24hs.

Hemocultivo: negativo

Urocultivo: negativo

V.D.R.L.: no reactiva

HIV: negativo

Se realiza interconsulta con neurología quien solicita una resonancia nuclear magnética para evaluar mesencéfalo, por sospecha de meningoencefalitis vírica.

Día 4 de internación 13 de septiembre de 2002 **(2do día en sala de clínica médica, 1er día con Oseltamivir)**

Paciente en mal estado general, con elevación de temperatura, febril 38°C, soporoso, con cefaleas, náuseas, con rigidez de nuca, se agrega diplopía y paresia de miembros superiores, constituyendo esto ya una cuadriparesia. Se realiza hisopado nasal y faringeo, toma de muestra de sangre y materia fecal para estudios virológicos.

Laboratorio:

Leucocitos: 12.800 mm³

Neutrófilos: 94%

Linfocitos: 5%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Neutrófilos en cayado: 0%

Eritrosedimentación: 13mm/1er H.

El paciente presenta mayor trastorno de conciencia, soporoso, se agrega paresia de miembros superiores. Mayor leucocitosis de 9.000 a 12.800mm³ y mayor neutrofilia, indicando todo esto una mala evolución neurológica progresiva y con mal pronóstico.

Comentarios:

Frente al diagnóstico de meningoencefalitis viral, en el contexto de una epidemia de virus de gripe tipo "B" en la provincia, confirmado por el Instituto Malbrán y sabiendo que el padre del paciente padeció una gripe con leve epistaxis y contagió a su hijo; es posible afirmar que el paciente padece el mismo cuadro clínico gripal de la epidemia que se presentó en San Pedro (Misiones) confirmando que hay una epidemiología familiar y provincial.

Diagnóstico epidemiológico: Existe un diagnóstico de certeza por la epidemiología en un 85% de exactitud, con el cuadro clínico de gripe y epidemia confirmada de gripe por virus tipo "B" por autoridad sanitaria.

Razonamiento:

Frente a esta presentación clínica, epidemiológica, familiar y provincial, también por la mala evolución neurológica, que se agrava progresivamente, es por lo que se indica el tratamiento con antivírico Oseltamivir, ante la sospecha de gripe por virus tipo "B" y ante la imposibilidad de realizar otro tratamiento, ya que no existe en la bibliografía médica mundial tratamiento específico para las meningoencefalitis virales por virus de gripe.

Tratamiento:

Se inicia el tratamiento con Oseltamivir con dosis de una cápsula de 75mg. cada 12hs. vía oral, también plan de hidratación a 35 gotas por minuto.

Día 5 de internación 14 de septiembre de 2002
(2do día con Oseltamivir)

El paciente relata una rápida mejora con la primera cápsula ingerida y **refiere que se empezó a despertar**. Al mismo tiempo **se constata clínicamente una mejora franca en el sensorio del paciente**, desapareciendo el sopor y despertándose en mayor grado, pero continuando con fiebre 38°C. Frente a esta mejora clínica se aumenta la dosis del Oseltamivir, una cápsula cada 8hs.

Se realiza Resonancia Nuclear Magnética de cráneo: Informando lesión del tronco encefálico, pedúnculo cerebeloso superior derecho y uncus temporal derecho, compatible con cambios desmielinizantes.

Día 6 de internación 15 de septiembre de 2002
(3er día con Oseltamivir)

El paciente totalmente lúcido, febril 38,5°C mejora de su paresia de miembros superiores y en menor de sus miembros inferiores, **sentándose sin ayuda en la cama**, sigue con sonda vesical y observándose una franca mejoría clínica.

Se aumenta la dosis de Oseltamivir a una cápsula cada 6hs. y se agrega vitamina del complejo "B".

Día 7 de internación 16 de septiembre de 2002
(4to día con Oseltamivir)

El paciente mejora progresivamente de su meningoencefalitis, presentándose afebril, lúcido, ubicado en tiempo y espacio, con el sensorio normal, **desapareciendo náuseas, vómitos y cefaleas, Babinski negativo y mejora de la paresia de miembros inferiores y casi total de los miembros superiores**. **El paciente logra pararse sin ayuda**, sigue con parálisis del VI par bilateral, en pulmón presenta escasos rales bibasales, sigue con sonda vesical.

Laboratorio:

Leucocitos: 12.100 mm³

Neutrófilos: 75%

Linfocitos: 18%

Monocitos: 2%

Eosinófilos: 5%

Basófilos: 0%

Neutrofilos en cayado: 0%

Recuento de plaquetas: 258.000 mm³

Eritrosedimentación: 45mm/1er H.

Ante la muy buena evolución clínica se decide disminuir la dosis del Oseltamivir a una cápsula cada 8hs.

Día 8 de internación 17 de septiembre de 2002 **(5to día con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando progresivamente presentando una recuperación casi total de miembros superiores y solamente leve paresia de miembros inferiores, permitiéndole la deambulaci3n; **comienza a caminar sin ayuda.**

Refiere prurito en tronco y miembros inferiores, en el aparato respiratorio no se auscultan ruidos agregados.

Se recibe test de inmunofluorescencia de secreci3n nasal y faringea para virus respiratorios, sincitial respiratorio, adenovirus, influenza "A" y "B" y parainfluenza 1, 2 y 3, todos no reactivos de laboratorio.

Tratamiento: Se sigue con Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 8hs.

Día 9 de internaci3n 18 de septiembre de 2002 **(6to día con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando clínicamente de su paresia de miembros inferiores, sigue caminando y presenta todavía parálisis del VI par bilateral.

Laboratorio:

Leucocitos: 7.700 mm³

Neutr3filos: 60%

Linfocitos: 31%

Eosin3filos: 9 %

Bas3filos: 0%

Monocitos: 0%

Neutr3filos en cayado: 0%

Se observa una disminuci3n franca de los leucocitos y neutr3filos.

Tratamiento: Se sigue con Oseltamivir una cápsula cada 8hs.

Día 10 de internaci3n 19 de septiembre de 2002 **(7mo día con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando neurol3gicamente, recuperando fuerza muscular en miembros inferiores en forma progresiva, continúa con parálisis del VI par bilateral.

Tratamiento: Debido a la buena evoluci3n clínica se decide disminuir el Oseltamivir a una cápsula cada 12hs. y se agrega ibuprofeno 600mg. cada 12hs. vía oral, por dolores musculares en espalda.

Día 11 de internaci3n 20 de septiembre de 2002 **(8vo día con Oseltamivir)**

El paciente sigue progresivamente mejorando, recuperando la fuerza muscular de miembros inferiores y sigue caminando mejor.

Laboratorio: Se recibe resultados del Instituto Malbrán de Buenos Aires donde informa: análisis del servicio de neurovirosis, enterovirus y parotiditis, todos negativos (método de detección de genoma viral).

Del servicio de virus respiratorio (método por inmunofluorescencia y anticuerpos IgM).

Virus sincitial respiratorio: negativo

Adenovirus: negativo

Parainfluenza 1, 2 y 3: negativo

Virus influenza "A": negativo

Virus influenza "B ": negativo

Detección por inmunofluorescencia para micoplasma pneumoniae: positivo.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. Se decide frente al resultado del análisis, agregar al tratamiento claritromicina 500mg. cada 12hs. por el informe de inmunofluorescencia para micoplasma pneumoniae positivo, a pesar de que el mismo no coincide con el cuadro clínico, el cuadro epidemiológico y con la muy buena evolución clínica de 8 días al tratamiento antivírico con Oseltamivir.

Día 12 de internación 21 de septiembre de 2002 **(9no día con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando neurológicamente y con sonda vesical, pese a retirarse la misma siguió con retención urinaria, se sospecha vejiga neurogénica.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. y segundo día de claritromicina 500mg. cada 12hs. vía oral.

Día 13 de internación 22 de septiembre de 2002 **(10mo día con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando y continúa con sonda vesical.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. y tercer día de claritromicina 500mg cada 12hs. Se suspende ibuprofeno.

Día 14 de internación 23 de septiembre de 2002 **(11er día con Oseltamivir)**

El paciente sigue evolucionando bien clínica y neurológicamente, mejorando su cuadriparesia y parálisis del VI par bilateral.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. y cuarto día de claritromicina 500mg. cada 12hs.

Día 15 de internación 24 de septiembre de 2002 **(12 días con Oseltamivir)**

El paciente sigue mejorando clínicamente, continúa con sonda vesical.

Laboratorio:

Leucocitos: 6.000 mm³

Neutrófilos: 66%

Linfocitos: 30%

Eosinófilos: 2%
Monocitos: 2%
Basófilos: 0%
Neutrófilos en cayado: 0%
Eritrosedimentación: 45mm/1er H.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. y quinto día de claritromicina 500mg. cada 12hs.

Día 16 de internación 25 de septiembre de 2002 **(13 días con Oseltamivir)**

El paciente evoluciona bien, se retira sonda vesical y se realiza sondaje intermitente.

Tratamiento: Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. y sexto día de claritromicina 500mg. cada 12hs.

Día 17 de internación 26 de septiembre de 2002

Alta médica del paciente, medicado con Oseltamivir 75mg. cada 12hs. por 7 días más (hasta completar 20 días en total) y claritromicina 500mg. cada 12hs. por 9 días más (hasta completar 15 días en total).
Durante la internación no se realizó tratamiento con corticoides.

Comentarios:

Vistas la presentación y evolución clínica del paciente, se interpreta que el cuadro de meningoencefalitis es de origen viral, por presentar clínica previa de gripe, con epidemiología familiar y epidemiología provincial por epidemia de virus gripe tipo "B", confirmada por autoridad sanitaria. Analizando la mala evolución progresiva y neurológica del paciente, con una extraordinaria y rápida recuperación clínica al tratamiento antivírico con Oseltamivir durante las primeras 24 - 48hs. y días siguientes, es de razonar que se reafirma nuevamente el diagnóstico, debido a la muy buena respuesta del tratamiento antivírico instituido, aunque se haya agregado claritromicina 8 días después, como tratamiento ante una posible infección por micoplasma pneumoniae. Este último tratamiento no demostró una mejora clínica franca o diferente frente al antivírico Oseltamivir ya instituido.

Conclusión:

Se interpreta por toda la historia clínica desarrollada, que este paciente presentó como diagnóstico definitivo una MENINGOENCEFALITIS VIRAL DE GRIPE TIPO "B". Curada con antivírico Oseltamivir.

Evolución alejada: Secuelas: el paciente luego del año relata alteraciones de la memoria reciente y dificultad para el aprendizaje en la escuela secundaria la cual abandona. Estos son trastornos cognitivos.

- Queda la pregunta ¿si se hubiera tratado con corticoides, habría mejorado más rápidamente aún y podría haber disminuido o quedado sin secuelas neurológicas?
- Si en este paciente se hubiera hecho el diagnóstico más temprano y tratado con el antivírico Oseltamivir, no se hubiera llegado a este tipo de com-

plicaciones y secuelas.

- Es importante que urgentemente se difunda este tratamiento y se hagan estudios clínicos y epidemiológicos a nivel mundial para tratar esta enfermedad y salvar millones de vidas.

CASO CLINICO Nº 2

NEUMONIA VIRAL PRIMARIA CON CLINICA DE GRIPE, CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR (Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2005

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 72 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada: En Hospital.

Fecha de ingreso: 12 de septiembre de 2005 (1er día).

Fecha de egreso: 24 de septiembre de 2005.

3) Motivo de consulta: Astenia intensa.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Una semana antes a su consulta la paciente comienza con astenia marcada, fiebre, mialgias generalizadas, dolor de garganta, rinorrea, tos con expectoración mucosa escasa, se agrega al cuadro dolor en base de hemitórax derecho que aumenta con la inspiración profunda, posteriormente refiere disfonía.

Como dato de interés refiere presentar desde hace cuatro meses antes disnea clase II-III, disnea paroxística nocturna y debilidad muscular.

5) Antecedentes de importancia: Hipertensión arterial de 30 años de evolución, tratada actualmente con atenolol 100mg. por día.

Hipotiroidismo de más de 30 años de diagnostico tratada con levotiroxina 100mg. por día.

Colecistectomía hace 20 años.

Apendicectomía hace 40 años.

Antecedentes genéticos: Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

6) Examen físico:

Tensión arterial: 210/110 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 50 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 36,4°C

Paciente en regular estado, con Glasgow 15/15, ubicada en tiempo y espacio, facie compuesta, en decúbito dorsal indiferente, marcha no evaluable.

Ingresa en sillas de ruedas con vía venosa periférica.

Tejido celular subcutáneo: Palidez cutánea leve y presenta edemas en miembros inferiores una cruz (de cuatro).

Cuello: No se palpan tiroides.

Aparato respiratorio: Presenta hipoventilación y rales crepitantes en base del hemitórax derecho.

Sistema nervioso central y periférico: La paciente lateraliza hacia el lado derecho al incorporarse.

7) Diagnósticos:

- 1- Neumonía adquirida de la comunidad.
- 2- Gripe.
- 3- Alteración del equilibrio.

Otros diagnósticos:

- 1- Hipertensión arterial.
- 2- Hipotiroidismo.
- 3- Obesidad.

8) Métodos complementarios:

Laboratorio previo a su internación del día 05 de septiembre de 2005:

Leucocitos: 11.000 mm³

Neutrófilos: 74%

Neutrófilos en cayado: 0%

Linfocitos: 24 %

Eosinófilos: 4%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

TSH: 12,9 mUI/ml aumentada (valores normales: 0,32 a 5)

Métodos complementarios durante su internación: Rayos x de tórax previa a su internación de fecha 24 de agosto de 2005.

Infiltrado intersticio alveolar en ambas bases y en hemitórax izquierdo, hili congestivos. Ver Fig.1

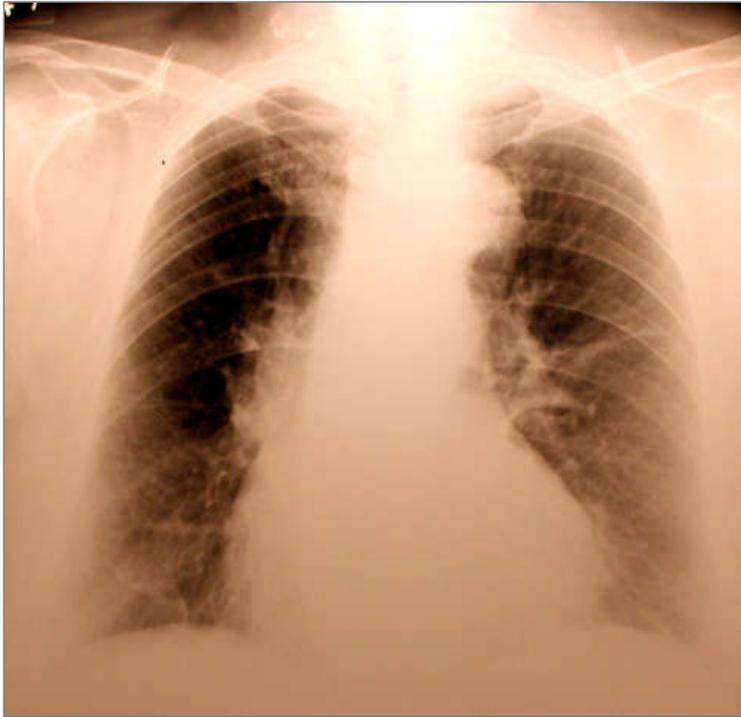


Fig.1: Fecha: 24/08/05

Radiografía de tórax del ingreso día 12/09/05: Se observan hilios congestivos, infiltrado intersticio alveolar en hemitórax derecho y menor en el izquierdo, cisuritis en hemitórax derecho. Tractos fibrosos en hemitórax izquierdo. Ver Fig.2



Fig.2: Fecha: 12/09/05

Electrocardiograma: Bradicardia sinusal. Hipertrofia del ventrículo izquierdo con sobrecarga.

Laboratorio:

Leucocitos: 9.600 mm³
Neutrófilos: 75%
Neutrófilos en cayado: 0%
Linfocitos: 15%
Eosinófilos: 5%
Basófilos: 0%
Monocitos: 1%
Glucemia: 1,87 g/L
Urea: 0,32 g/L
Hematocrito: 43%

9) Confirmación diagnóstica: Frente al cuadro clínico, la radiografía de tórax y el laboratorio se realiza el diagnóstico de:

- 1- Neumonía viral primaria por gripe.
- 2- Diabetes tipo II de reciente diagnóstico durante su internación.

Diagnóstico presuntivo: 1- Alteración del equilibrio, afección neurológica a confirmar, producida por la misma enfermedad viral de gripe.

10) Tratamiento:

- 1- Reposo.
- 2- Dieta hiposódica y para diabético.
- 3- Atenolol 50mg. por día (se disminuye la dosis de 100mg. por bradicardia).
- 4- Enalapril 20mg. por día (se agrega por mayor cifras tensionales).
- 5- Espironolactona 25mg. por día.
- 6- Levotiroxina 100mg. por día.
- 7- Heparina sódica 5.000 unidades cada 12hs. subcutánea (prevención de trombosis venosa profunda).

Día 2 de internación 13 de septiembre de 2005

La paciente se encuentra afebril, hipertensa 170/80 mm. Hg., con frecuencia cardíaca 52 x', continúa con hipoventilación y rales crepitantes en base derecha.

Día 3 de internación 14 de septiembre de 2005
(1er día con Oseltamivir)

La paciente continúa afebril, hipertensa, en la semiología respiratoria sigue con hipoventilación y rales crepitantes en base de hemitórax derecho. Se realiza hisopado nasal y de fauces para estudios diagnósticos de virus. Interconsulta neurológica informa disbasia.

Laboratorio:

Leucocitos: 10.300 mm³
Neutrófilos: 66%

Neutrófilos en cayado: 0%
Linfocitos: 32%
Eosinófilos: 2%
Basófilos: 0%
Monocitos: 1%
Eritrosedimentación: 15m/1er H.
Glucemia: 1,25 g/L
Proteínas totales: 8,13 g/dl
Albúmina: 3,74 g/dl
Colesterol total: 205 mg/dl
Triglicéridos: 124 mg/dl
Orina completa: normal

Ecografía abdominal: Normal.

Se decide frente al diagnóstico clínico de neumonía viral y de gripe, agregar al tratamiento un antivírico específico para virus de gripe, como es el Oseltamivir en dosis de una cápsula de 75mg. cada 8hs. y esperar su respuesta terapéutica y no tratar con antibióticos.

Día 4 de internación 15 de septiembre de 2005 **(2do día con Oseltamivir)**

Paciente afebril, con tensión arterial 140/70 mm. Hg., frecuencia cardiaca 60 x', en la semiología respiratoria presenta mejor entrada de aire en base pulmonar derecha y persistencia de los rales crepitantes, la paciente mejora extraordinariamente de su evolución clínica, notándose una franca recuperación luego del tratamiento con Oseltamivir y sin antibióticos.

Relato de la paciente: Mejora de su estado anímico, físico, movilidad en la cama, la astenia intensa disminuye casi totalmente, refiere la mejoría inmediata de su cuadro, con la primera dosis del tratamiento antivírico con Oseltamivir.

Día 5 de internación 16 de septiembre de 2005 **(3er día con Oseltamivir)**

Continúa afebril, hipertensa con valores elevados de glucemia 1,37 g/L, sigue mejorando la semiología respiratoria, mejor entrada de aire en base pulmonar derecha y escasos rales crepitantes del mismo lado. Mejora su alteración del equilibrio casi por completo.

Relata la paciente una mejora del 70% de su afección, posterior al tratamiento con el Oseltamivir.

Se decide seguir el tratamiento con Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 8hs. debido a la rápida y muy buena evolución clínica.

Se realiza estudio de ambos oídos con resultado normal.

Día 6 de internación 17 de septiembre de 2005 **(4to día con Oseltamivir)**

La paciente se encuentra afebril, normotensa, glucemia 1,40 g/L, con mejor ventilación respiratoria y escasos rales crepitantes en base pulmonar derecha.

La paciente continúa con buena evolución clínica.

Se realiza T.A.C. de cráneo donde se informa como conclusión: atrofia encefálica difusa córtico- subcortical, no se encontraron focos isquémicos ni hemorrágicos, en fosa posterior no presenta alteraciones.

No se solicita resonancia nuclear magnética, que sí debería realizarse para evaluar tronco cerebral.

Día 7 de internación 18 de septiembre de 2005
(5to día con Oseltamivir)

Paciente afebril, normotensa, glucemia 1,40 g/L.
Deambula sola y se ve una mejora clínica notable.

Día 8 de internación 19 de septiembre de 2005
(6to día con Oseltamivir)

Paciente afebril, normotensa, con glucemia de 1,10 g/L, con buena entrada de aire en ambos pulmones ya no presenta rales crepitantes en la base pulmonar derecha, no presenta lateralización al deambular, buena evolución clínica, respiratoria y neurológica.

Laboratorio:

Leucocitos: 10.700 mm³

Neutrófilos: 71%

Neutrófilos en cayados: 0%

Linfocitos: 24%

Eosinófilos: 2%

Basófilos: 0%

Monocitos: 3%

Recuento de plaquetas: 290.000 mm³

Glucemia: 1,13 g/L

Tratamiento: Frente a esta buena evolución se disminuye el Oseltamivir a una cápsula cada 12hs.

Día 9 de internación 20 de septiembre de 2005
(7mo día con Oseltamivir)

Paciente con buena evolución clínica, afebril, normotensa, deambula sola.

Se realiza fondo de ojo: Arterias de calibre muy disminuido, no se observa otra patología.

Radiografía de tórax (control): Franca disminución del infiltrado intersticio alveolar en base de hemitórax derecho e izquierdo. Ver Fig.3

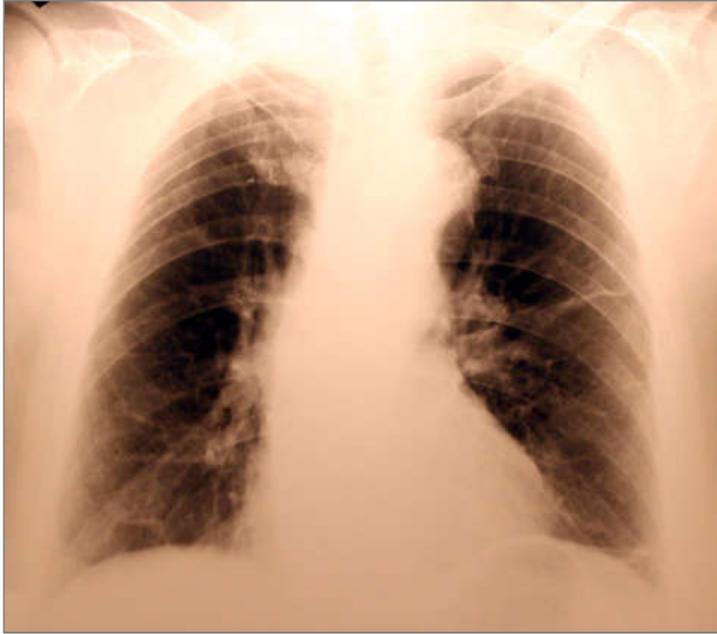


Fig.3: Fecha: 20/09/05

Laboratorio: Proteína c reactiva (++++) positiva.

Se solicita mamografía y rayos x de columna cervical.

Día 10 de internación 21 de septiembre de 2005
(8vo día con Oseltamivir)

La paciente se encuentra afebril, normotensa con buena evolución clínica.

Día 11 de internación 22 de septiembre de 2005
(9no día con Oseltamivir)

Afebril, normotensa, buena evolución clínica.

Informe de mamografía: normal para la edad de la paciente.

Laboratorio: Eritrosedimentación 75mm/1er H.

Día 12 de internación 23 de septiembre de 2005
(10mo día con Oseltamivir)

Buena recuperación clínica.

Examen otológico: normal.

Rayos x de columna cervical: normal.

Día 13 de internación 24 de septiembre de 2005
(11 con oOseltamivir)

Alta médica con iguales indicaciones médicas y con Oseltamivir en dosis de una cápsula cada 12hs. por un total de 5 días más.

Durante la internación no se realizó tratamiento con antiinflamatorios.

Laboratorio:

Leucocitos: 5.200 mm³

Neutrófilos: 69%

Neutrófilos en cayados: 0%

Linfocitos: 26%

Eosinófilos: 1%

Monocitos: 1%
Basófilos: 0%
Glucemia: 1,24 g/L
Colesterol total: 194 mg/dl
Triglicéridos: 122 mg/dl

Falta el informe viral de hisopado nasal y faringeo.

Comentario final:

Ante el diagnóstico clínico viral, respiratorio, agudo, con toda la clínica de gripe sin expectoración mucopurulenta y diagnóstico de neumonía, con la radiografía de tórax donde se observa infiltrado intersticio alveolar. Laboratorio con leucocitosis a predominio neutrófilos y con cuadro inflamatorio por P.C.R. (+++++) positiva y eritrosedimentación alta, se diagnostica una neumonía viral primaria por gripe.

Frente a este diagnóstico se trata específicamente con antivírico Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 8hs. durante los 5 primeros días y luego cada 12hs. hasta completar los 15 días de tratamiento.

La paciente en los primeros días con el tratamiento antiviral, **presenta una mejora extraordinaria del cuadro clínico en 48hs. de un 70%** mejorando todos los síntomas y signos. También **la paciente relata una mejora en un 70% aproximadamente en 48hs. de todos sus síntomas luego de la administración del Oseltamivir.**

La mejora clínica extraordinaria y rápida en 24 a 48 horas con Oseltamivir, está nuevamente reafirmando que el diagnóstico de neumonía viral por virus de gripe es el correcto, por la respuesta al tratamiento específico con antivírico para virus de gripe (buena respuesta al tratamiento).

También puede considerarse esto **como una prueba diagnóstica**, para ver la respuesta con la primera dosis del antivírico Oseltamivir, en pocas horas o en 24 - 48hs. de su efecto terapéutico.

Si bien la persistencia de leucocitos y P.C.R. elevada de (+++++) positiva hasta el 6to y 7mo día del tratamiento con Oseltamivir podría corresponder a la falta de tratamiento con antiinflamatorios, ya que en la paciente no se utilizaron corticoides por su diabetes y no se indicó ningún tipo de antiinflamatorio no esteroideo, lo cual podría haber mejorado más rápidamente su evolución clínica.

La aparición de la diabetes es generalmente por una predisposición genética, pero en este caso lo más probable es que se produzca por una lesión pancreática por el virus.

Se concluye que este caso de neumonía viral primaria por gripe, diagnosticada por la clínica y tratada con antivírico específico para la gripe, el Oseltamivir, ha tenido una excelente y rápida respuesta, por lo que se sugiere el tratamiento del mismo y realizar más estudios clínicos y epidemiológicos. Se observan en los cuadros clínicos de "Gripe Prolongada" y "Gripe Prolongada por Mutación" que presentan un proceso inflamatorio importante, donde la P.C.R. positiva acompañada de leucocitosis con neutrofilia es muy importante, ya detalladas en dichas enfermedades.

[Volver al menú](#)

PARTE VI

CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA"

CASO CLINICO N° 1 GRIPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada"

Curada con antivírico Oseltamivir, sin complicaciones

(Este es uno de los casos clínicos más frecuentes de los cientos de miles de pacientes afectados por la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 44 años.

Domicilio: Garupá - Misiones.

Ocupación: Enfermera.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 17 de septiembre de 2007.

3) Motivo de consulta: Astenia marcada, rinitis y fiebre.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que se aplica la vacuna antigripal por primera vez el día 27/07/07 y a los 7 días comienza con rinitis mucoserosa, estornudos muy fuertes y repetitivos, fiebre alta mayor a 38°C por 48hs. y luego menor a 38°C, astenia intensa, anorexia marcada, artromialgias intensas, cefaleas frontales muy intensas, fotofobia, transpiración nocturna, palpitaciones, epistaxis, dolor de ojos, lagrimeo, dolor de garganta intenso, garganta seca y caliente con sensación áspera que dificulta la deglución, tos intensa e irritativa, expectoración mucoserosa y sanguinolenta, presenta broncoespasmo (sibilancias), dolor de espalda que aumenta con la inspiración profunda, adinamia, preocupación por una enfermedad prolongada.

Luego a los 20 días la rinitis con secreción mucoserosa y la expectoración mucoserosa, recién se transforman en mucopurulenta.

El cuadro agudo duró en total 20 días, no mejorando totalmente presentando luego 2 reagudizaciones o recaídas más con iguales síntomas pero con menor intensidad, sin mejorar todavía hasta la fecha de esta consulta.

Durante esta enfermedad bajó de peso 12Kg. por la gran anorexia que presentaba.

Actualmente ya lleva un mes y 20 días sin curarse totalmente y con síntomas permanentes de astenia, rinitis mucoserosa y fiebre por la tarde.

Fue medicada en tres oportunidades con antipiréticos, antiinflamatorios y antibióticos sin mejorar y sin curar, durante casi dos meses.

5) Otros antecedentes de importancia: Paciente totalmente sana sin enfermedades previas.

6) Examen físico: Paciente lúcida, afebril, asténica.

Tensión arterial: 120/70 mm.Hg.

Aparato respiratorio: A la auscultación se presenta normal.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, igual. No presenta soplos, primero y segundo ruidos normales.

7) Diagnóstico: Frente a esta presentación clínica se realiza el diagnóstico de:

1) Enfermedad viral respiratoria prolongada.

2) Gripe Prolongada.

8) Tratamiento: Aplicando el tratamiento únicamente con antivírico para virus de gripe: Oseltamivir en dosis de una cápsula de 75mg. cada 12 horas por cinco días, sin ninguna otra medicación.

9) Evolución: La paciente mejora ya con la tercera cápsula (36hs.) y a las 48hs. mejoró un 40%, a los 4 días un 80% y a los 5 días el 100%.

Esta mejora fue relatada por la paciente y confirmada por la buena evolución clínica.

Evolución treinta días después: Sigue en perfecto estado de salud sin repetir ningún síntoma de la enfermedad.

10) Evolución y comentario del tratamiento: Con el tratamiento antivírico se observó una muy buena respuesta clínica, curando la paciente en 5 días totalmente.

Solamente se indicó el antivírico Oseltamivir, no tratándose con otra medicación como antiinflamatorios o antibióticos.

Este efecto terapéutico rápido y efectivo, donde se trató únicamente con el antivírico Oseltamivir para virus de gripe, demuestra una vez más que esta enfermedad está producida por virus de gripe.

Si no se hubiera tratado con el antivírico específico como el oseltamivir, la paciente no se hubiera mejorado ni curado y seguiría enferma presentando reagudizaciones con complicaciones pulmonares, cardíacas, renales y otras con riesgo de vida.

Comentarios de importancia: La paciente nunca antes se había vacunado con la antigripal.

Este año 2007 es la primera vez que se aplica.

Se aplicó en su lugar de trabajo (Hospital) y se enfermó igual que otras compañeras de trabajo con los mismos síntomas respiratorios prolongados, repitiendo la misma enfermedad después de la aplicación de la vacuna antigripal.

Relata que diez compañeras de trabajo que se vacunaron con la antigripal al mismo tiempo, cinco de ellas se enfermaron con los mismos síntomas y la

misma enfermedad.

Es la primera vez que presenta sibilancias y broncoespasmo que nunca antes había tenido.

Es la primera vez que se enferma de un cuadro viral respiratorio tan intenso y prolongado que no cura.

Antes, una gripe le duraba 3 días y curaba sola.

Nunca antes presentó esta enfermedad tan prolongada en su vida, sólo después de la aplicación de la vacuna antigripal.

Decide no aplicarse más la vacuna antigripal.

- Este es otro caso más de los cientos de pacientes, donde se realizó un diagnóstico correcto y se trató específicamente con el antivírico correspondiente curando la paciente totalmente.
- Pero quedan todavía cientos de miles de personas afectadas, no diagnosticadas y no tratadas específicamente, que padecen esta enfermedad, con riesgo de complicaciones y de muerte aun en este año 2013.

CASO CLINICO Nº 2 GRIPE PROLONGADA

“Gripe Prolongada”

Complicada con Neumonía bilateral vírica primaria.

(Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente internada)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 60 años.

Domicilio: Santo Pipo - Misiones.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

Fecha de ingreso: 07 de julio de 2006 en sala de emergencia.

Fecha de egreso: 21 de julio de 2006.

3) Motivo de consulta: Disnea de reposo (derivada de centro de menor complejidad por crisis asmática).

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que comienza ocho días antes de la consulta (30/06/06) con los siguientes síntomas: astenia marcada, cefaleas, estornudos, rinitis, dolor de garganta y artromialgias; tres días después se agregan disnea clase II-III, fiebre, tos, expectoración mucoserosa y luego mucopurulenta, dolor pleurítico en base izquierda, diarrea de tres días de duración y después aumenta la disnea a clase IV, lo que finalmente motiva la consulta y la internación.

Estos síntomas corresponden a una infección viral respiratoria.

Dato de interés: Se aplica la vacuna antigripal en abril del 2006, presentando a los 7 días la enfermedad de "Gripe Prolongada" de dos meses de evolución, la cual no cura totalmente y presenta en mayo y junio dos reagudizaciones más y en julio la tercera reagudización lo que genera esta enfermedad, consulta al facultativo quien decide la internación. Esta última reagudización de la enfermedad actual corresponde a la enfermedad "Gripe Prolongada".

5) Antecedentes de importancia: Asma bronquial, diagnosticada hace 19 años y tratada en la actualidad con salbutamol y budesonide en forma regular.

Hipertensión arterial diagnosticada hace 20 años y tratada actualmente con enalapril 10mg. por día.

6) Examen físico: Paciente lúcida, ubicada en tiempo y espacio con Glasgow 15/15 en decúbito dorsal activo.

Tensión arterial: 160/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,7°C

Frecuencia cardiaca: 110x'

Frecuencia respiratoria: 25 x'

Peso: 62kg

Cuello: Ingurgitación yugular de 2/3 con colapso inspiratorio.

Aparato respiratorio: Presenta disnea clase IV, hipoventilación en ambas bases pulmonares y sibilancias en ambos pulmones, rales crepitantes en bases pulmonares a predominio izquierdo.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos hipofonéticos, no se auscultan soplos.

7) Diagnósticos:

1- Neumonía bilateral.

2- Asma bronquial reagudizada.

3- Infección viral respiratoria previa como inicio de la enfermedad (reagudización).

4- Enfermedad viral respiratoria de 4 meses de evolución que no cura, producida por la vacuna antigripal en abril del 2006 "Gripe Prolongada".

Otros diagnósticos:

1- Asma bronquial de larga data.

2- Hipertensión arterial.

8) Métodos complementarios: Radiografía de tórax frente, hilios congestivos, infiltrado intersticio alveolar en ambas bases pulmonares, rectificación del segundo arco cardiaco izquierdo. Índice cardio torácico: 0.43

Electrocardiograma:

Frecuencia cardiaca: 110x', ritmo sinusal, onda "t" negativa en V1, falta de progresión de onda "r" de V1 a V3.

Laboratorio:

Leucocitos: 12.800 mm³

Hematocrito: 49%
Urea: 0,32 g/L
Glucemia: 2,94 g/L

9) Confirmación Diagnóstica: 1- Neumonía bilateral vírica primaria (por la radiografía de tórax y por la clínica).

La paciente presenta hiperglucemia por lo que sospecha una diabetes.

10) Tratamiento:

- 1- Hidratación oral abundante.
- 2- Venoclisis con solución fisiológica 3lts. por día.
- 3- Aminofilina parenteral.
- 4- Difenhidramina un comprimido cada 8hs.
- 5- Hidrocortisona 500mg. por día.
- 6- Insulina corriente según control de glucemias.
- 7- Oxígeno húmedo a bajo flujo intermitente.
- 8- Nebulizaciones con salbutamol cada 6hs., más bromuro de ipratropio.
- 9- Control de glucemias por tiras reactivas sanguíneas.
- 10- Dieta para diabetes e hiposódica.
- 11- Kinesioterapia respiratoria.
- 12- Posición semisentada.

Día 2 de internación 8 de julio de 2006

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.
Frecuencia cardiaca: 100x'
Frecuencia respiratoria: 28 x'
Temperatura: 36,5°C

Paciente en mal estado general, disnea clase IV, hipoventilación en ambos pulmones y sibilancias generalizadas.

Día 3 de internación 9 de julio de 2006

Tensión arterial: 130/100 mm. Hg.
Frecuencia cardiaca: 85 x'
Frecuencia respiratoria: 21 x'
Temperatura: 37°C

Persiste la hipoventilación generalizada, sibilancias en ambos pulmones, continua las deposiciones diarreicas con dolor abdominal generalizado leve. Se agrega al tratamiento loperamida después de cada deposición cada 6 horas y ranitidina un comprimido cada 8 horas. Se suspende difenhidramina. Se solicita hemocultivos por 2, cultivo de esputo y BAAR (Bacilo Acido Alcohol Resistente) para tisiología.

Día 4 de internación 10 de julio de 2006

Tensión arterial: 170/100 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 120 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,5°C

Mejoran la clínica de la paciente y el estado general, hipoventilación bilateral, con roncus y sibilancias en ambos pulmones, moviliza abundantes secreciones, diarrea importante y profusa, continúa tratada con loperamida.

Se suspende aminofilina por vía parenteral.

Laboratorio:

Leucocitos: 4.900 mm³

Neutrófilos: 84%

Linfocitos: 16%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Urea: 0,62 g/L

Glucemia: 3,13 g/L

Recuento de plaquetas: 157.000 mm³

Hematocrito: 46%

Gases en sangre:

pH: 7,49

pCO₂: 40% mm.Hg.

pO₂: 79% mm.Hg.

Sat. O₂: 87%

Día 5 de internación 11 de julio de 2006 **(ingresa a la sala de internación)**

Tensión arterial: 160/100 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 22 x'

Temperatura: 36,5°C

Presenta regular estado general, hipoventilación en ambos campos pulmonares, sibilancias se auscultan generalizadas y rales crepitantes en ambas bases pulmonares a predominio izquierdo, el abdomen se palpa blando, no doloroso, presenta escasas deposiciones diarreicas.

Se disminuye la hidratación parenteral a un litro por día.

Se suspende loperamida y se agrega enalapril por registros de presión elevada 5mg. cada 12hs. además se agrega antibióticos en forma empírica ampicilina + sulbactam 1,5gr. cada 6hs. endovenosa.

Laboratorio:

Leucocitos: 10.900 mm³

Urea: 0,25 g/L

Día 6 de internación 12 de julio de 2006

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Hipoventilación en ambos pulmones, rales crepitantes en ambas bases pulmonares a predominio izquierdo, abdomen no doloroso a la palpación y no presenta deposiciones diarreicas.

Laboratorio:

Leucocitos: 11.300 mm³

Neutrófilos: 80%

Linfocitos: 19%

Eosinófilos: 0%

Monocitos: 1%

Basófilos: 0%

Glucemias: 1,75 g/L

Urea: 0,24 g/L

Creatinina: 0,61 mg/dl

Proteínas totales: 7,56 g/dl

Albúmina: 3,56 g/dl

Resultados de hemocultivos por 2: Sin desarrollo a las 24 horas.

Cultivo para esputo: Leucocitos más de 25 por campo, células epiteliales menos de 10 por campo. Se observan leucocitos polimorfonucleares cocos gram positivos en diplo y cadena, identificación streptococcus pneumoniae.

Antibiograma: Sensible a penicilinas y derivados.

BAAR: negativo, no se observa.

Día 7 de internación 13 de julio de 2006

Tensión arterial: 160/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general.

Aparato Respiratorio: con menor disnea, hipoventilación en ambos pulmones, rales crepitantes en bases a predominio izquierdo.

Día 8 de internación 14 de julio de 2006

Tensión arterial: 160/80 mm. Hg.

Temperatura : 36,3°C

Aparato respiratorio: Se ausculta hipoventilación generalizada, rales crepitantes en bases pulmonares a predominio izquierdo. Se suspende la hidrocortisona endovenosa y se indica prednisona vía oral 40mg/día, se suspende enalapril y se indica amlodipina 10mg. por día.

Día 9 de internación 15 de julio de 2006

Tensión arterial: 120/80 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Aparato respiratorio: Se ausculta hipoventilación generalizada en ambos pulmones, rales crepitantes en base de hemitórax izquierdo.

Día 10 de internación 16 de julio de 2006

Tensión arterial: 140/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, continúa igual.

Día 11 de internación 17 de julio de 2006

Tensión arterial: 130/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Se ausculta rales crepitantes en ambas bases pulmonares a predominio izquierdo.

Laboratorio:

Leucocitos: 13.000 mm³

Neutrófilos: 53%

Linfocitos: 43%

Eosinófilos: 4%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0%

Creatinina: 0,72 mg/dl

Glucemia: 1,29 g/L

Eritrosedimentación: 35mm/1er H.

Hematocrito: 45%

Se suspende prednisona y broncodilatadores en nebulización, se agrega en "puff" de aerosol salmeterol y fluticasona.

Día 12 de internación 18 de julio de 2006

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Temperatura: 36,8°C

Se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares y menos sibilancias generalizadas.

Laboratorio: Se recibe sedimento de orina que informa: abundantes células planas, leucocitos 4 a 6 por campo y hematíes 1 a 3 por campo.

Día 13 de internación 19 de julio 2006

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en bases y aisladas sibilancias.

Día 14 de internación 20 de julio de 2006

Tensión arterial: 120/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Se auscultan pocos rales crepitantes y aisladas sibilancias en bases pulmonares.

Laboratorio:Leucocitos: 6.100 mm³Glucemia: 1,58 g/L

Urea: 0,33 g/L

Creatinina: 0,68 mg/dl

Neutrófilos: 51%Linfocitos: 42 %Eosinófilos: 5%Basófilos: 0%Monocitos: 2%

Se suspenden antibióticos por vía endovenosa ampicilina + sulbactam cumpliendo 9 días y se pasa a vía oral amoxicilina + clavulánico un comprimido cada 8 horas por 5 días más, hasta completar 14 días de tratamiento y metformina 500 mg. en el almuerzo y en la cena.

(No es posible conseguir ampicilina + sulbactam en comprimidos).

Se decide el alta médica del paciente el 21 de julio de 2006, con 14 días de internación.

- Presenta **otro diagnóstico definitivo: Diabetes tipo II**
Nunca había presentado esta diabetes antes de la vacunación.

Comentario:

Esta paciente presentó el diagnóstico de "Gripe Prolongada" complicada con Neumonía bilateral vírica primaria, por la clínica y antecedentes de aplicación de la vacuna antigripal en el 2006 y sobreinfección bronquial bacteriana, por neumococo (*streptococcus pneumoniae*).

Como dato de interés la paciente nunca presentó neumonía y la crisis asmática fue la de mayor intensidad y duración que tuvo en su vida. Sí presentó estas dos complicaciones después de aplicarse de la vacuna antigripal por primera vez.

Se destaca la semiología de la neumonía viral en ambas bases pulmonares, con mayor predominio en base izquierda, que a pesar del tratamiento con antibióticos durante 10 días, no mejoró rápidamente, ya que persistió hasta el alta médica de la misma.

También el 17 de julio de 2006, después de 7 días de tratamiento con antibióticos, presenta una elevación de leucocitos a 13.000 mm³ sin ninguna otra afección clínica, esto hace pensar también en un componente viral ya que no mejoró con antibióticos en forma rápida.

No recibió tratamiento con el antiviral Oseltamivir.

Este es otro caso más de "Gripe Prolongada" complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y sobreinfección bronquial bacteriana, de los miles de afectados por la aplicación de la vacuna antigripal, no diagnosticados y no tratados.

● **Importante:** Llama la atención que con esta enfermedad "Gripe Prolongada" y en la internación se diagnostique por primera vez la diabetes tipo II, que nunca había padecido ni hecho diagnóstico anteriormente.

Esto es importante ya que en muchos casos de "Gripe Prolongada" con complicaciones se observa esta relación donde también aparece la diabetes por primera vez, con elevación de amilasa y amilazuria.

Es de pensar que la aparición de diabetes puede ser a raíz de dos posibilidades: 1- Como consecuencia genética previa y por la enfermedad viral complicada con neumonía, actuaría como un factor desencadenante de la aparición de la diabetes, como cualquier otra enfermedad infecciosa o de otras patologías. 2 - El virus de gripe mutado de la "Gripe Prolongada" ejer-

cería una acción directa sobre el páncreas, produciendo una lesión que desencadenaría la diabetes, por mecanismos aún desconocidos. Observándose en muchos casos, elevación enzimáticas de amilasa y amilasuria.

CASO CLINICO N° 3

GRIPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria con Afección Renal y con Infarto Agudo de Miocardio, fallece por nuevo Infarto Agudo de Miocardio (Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente internada)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.
Edad: 66 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Ama de casa.
Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

Fecha de ingreso: 7 de octubre de 2006 en sala de emergencia (Día 1). 8 de octubre de 2006 en sala de internación (Día 2).
Fecha de fallecimiento en internación: 17 de octubre de 2006.

3) Motivo de consulta: Disnea y mal estado general.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente que presenta 10 días antes fiebre, astenia, adinamia, artromialgias generalizadas, escalofríos, estornudos y rinitis mucoserosa. Agregándose 4 días previos a su internación tos con expectoración mucoserosa que luego pasa a ser mucoपुरulenta, con dolor torácico dorsal de tipo pleurítico que aumenta con la tos y la inspiración profunda, además refiere disnea clase II-III. La paciente consulta a facultativo quien la medica con antibióticos amoxicilina 875mg. cada 12 horas vía oral. A pesar del tratamiento no mejora, agravándose su disnea a clase IV, motivo por el cual consulta nuevamente y se decide su internación, presenta además dolor retroesternal opresivo con náuseas y vómitos, 5 días antes de su internación.

5) Antecedentes de importancia: Diabetes tipo II de larga data, tratada con insulina NPH 50 unidades por día.
Hipertensión arterial diagnosticada 10 años antes, tratada actualmente con enalapril 10mg. por día.
Amputación de miembro inferior derecho en 2004, por pie diabético infectado con alteración de la circulación.

- Se aplicó la vacuna antigripal en mayo del 2006, en centro de atención primaria de salud. Enfermándose por la vacuna a los 7 días y presentando "Gripe Prolongada", durando la etapa aguda 30 días y no curando totalmen-

te. Posteriormente presentó tres reagudizaciones en julio, agosto. A fines del mes de septiembre presenta la última reagudización y es por la cual se enferma y consulta actualmente.

Nunca padeció de enfermedad coronaria ni infarto agudo de miocardio.

Nunca presentó asma bronquial, broncoespasmo, sibilancias ni neumonías.

Nunca presentó insuficiencia renal aguda o crónica.

Antecedentes hereditarios genéticos: Madre fallecida por diabetes, hermanos con hipertensión arterial, no refiere patologías de infarto de miocardio en la familia.

6) Examen físico: Paciente en mal estado general, disnea clase IV, en ortopnea, con escala de Glasgow 15/15 con presencia de sibilancias audibles a distancia. Con utilización de músculos accesorios de la respiración.

Tensión arterial: 130/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 38 x'

Temperatura: 36,8°C

Piel: Presenta dermatitis ocre en pierna izquierda, lesión puntiformes en dedos del pie izquierdo, edemas de +++ en miembro inferior izquierdo y sensibilidad superficial disminuida en todo el pie izquierdo.

Cuello: Ingurgitación yugular de 2/3 con colapso inspiratorio.

Aparato respiratorio: Disminución de la expansión de bases y vértices, hipoventilación marcada en ambos pulmones, sibilancias y roncus generalizados, rales crepitantes en ambas bases pulmonares a predominio izquierdo.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, presenta en femorales pulso permeable y disminuidos en tibial posterior y pedio izquierdo, soplos cardiacos no se auscultan. Ruidos cardiacos no se auscultan bien por ruidos pulmonares sobreagregados.

Abdomen: Prominente, no se palpan organomegalias.

Miembro inferior derecho: Presenta muñón de muslo con cicatriz de 30cm. aproximadamente de color hipocrómico.

7) Diagnósticos:

1- Neumonía bilateral vírica adquirida por la vacuna antigripal.

2- Insuficiencia respiratoria aguda severa.

3- Enfermedad viral respiratoria reagudizada.

4- "Gripe Prolongada" complicada y reagudizada.

5- Pie diabético.

Diagnóstico presuntivo: Infarto agudo de miocardio en evolución.

Otros diagnósticos:

1- Diabetes tipo II.

2- Hipertensión arterial.

8) Métodos complementarios:

Radiografía de tórax: Hilios congestivos, infiltrado intersticio alveolar en ambas bases.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 90x', hemibloqueo anterior izquierdo, bloqueo completo de rama derecha, presencia de QS en V1, V2 y V3 con supradesnivel del ST, con onda T alta y simétrica en V2, V3 y V4, ST rectificado en V6, ST de sobrecarga en DI y AVL, onda P en doble lomo (mellada en DII, AVF, V2, V3, V5 y V6) dilatación aurícula izquierda.

Diagnósticos definitivos:

- 1- Neumonía bilateral vírica primaria.
- 2- Infarto Agudo de Miocardio en evolución.

El diagnóstico de la neumonía bilateral vírica es por la clínica y la radiografía de tórax. El infarto agudo de miocardio es por la clínica y el electrocardiograma.

Laboratorio:

Leucocitos: 14.000 mm³

Glucemia: 5,58 g/L

Urea: 1,25 g/L

Ionograma serico:

Na: 134,2 meq/L

K: 4,9 meq/L

CPK: 290 U/L

CPK mb: 17 U/L

GOT: 17 U/L

Recuento de plaquetas: 240.000 mm³

Gases en sangre:

pH: 7,27

pCO₂: 44% mm.Hg.

pO₂: 59% mm.Hg.

Sat O₂: 86%

HCO₃: 19% mm.ol / l

Sedimento de orina: Leucocitos 6-8 x campo, bacilos gram negativos. Se sospecha de infección urinaria (sin clínica).

Gases en sangre con mascara a bajo flujo de O₂ húmedo:

pH: 7,41

pCO₂: 27% mm.Hg.

pO₂: 152% mm.Hg.

HCO₃: 17% mm.ol / l

Sat. O₂: 99%

Esputo directo para bacteriología, muestra no válida (repetir).

Se solicita cama de internación en unidad de terapia intensiva, donde no se acepta por no haber cama disponible.

Se realizan hemocultivos, urocultivo, cultivo de esputo y también ecografía abdominal.

9) Tratamiento:

- 1- Dieta hiposódica y para diabético.
- 2- Posición semisentada.

- 3- Venoclisis a un litro día.
- 4- Máscara de O2 húmedo a bajo flujo.
- 5- Ampicilina + sulbactam 1,5gr. cada 6 horas vía parenteral.
- 6- Enalapril 5 mg cada 12 horas vía oral.
- 7- Hidrocortisona 500mg. cada 8 horas vía parenteral.
- 8- Heparina sódica 5.000 unidades cada 8 horas vía subcutánea.
- 9- Aminofilina por vía parenteral.
- 10- Nebulizaciones con salbutamol cada 6 horas.
- 11- Control de glucemia y corrección con insulina corriente.
- 12- Kinesioterapia respiratoria.
- 13- Furosemida 40mg. cada 12 horas por vía oral.

Día 3 de internación 9 de octubre 2006
(2do día de antibiótico (atb.))

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Control de glucemia con tiras reactivas 1,80 g/L.

Paciente con leve mejora clínica, disneica, presenta sibilancias y rales crepitantes en ambas bases pulmonares.

Hemocultivos sin desarrollo a las 24 horas.

Ecografía abdominal: Riñones conservados de tamaño, ecoestructura conservada, hígado de tamaño aumentado, con ecoestructura conservada, vesícula biliar, vías biliares, colédoco y páncreas sin particularidades, bazo tamaño y ecoestructura conservada.

Laboratorio:

Leucocitos: 9.900 mm³

Neutrófilos: 98%

Linfocitos: 2%

Monocitos: 0%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Hematocrito: 37%

Glucemia: 4,32 g/L

Urea: 1,30 g/L

Creatinina: 2,97 mg/dl

Eritrosedimentación: 105mm/1er H.

Recuento de plaquetas: 266.000 mm³

CPK: 1499 U/L

LDH: 742 U/L

GOT: 28 U/L

Colesterol: 282 mg/dl

Colesterol HDL: 35 mg/dl

Colesterol LDL: 187 mg/dl

Triglicéridos: 386 mg/dl

Serología: chagas no reactiva

Ionograma: Na: 136 meq/L

K: 3,9 meq/L

Cl: 108 meq/L

Con el laboratorio de enzimas CPK y LDH altas se confirma el diagnóstico de infarto agudo de miocardio.

Se disminuye la hidratación parenteral a 500cc. día, se suspende la aminofilina, se pasa a teofilina vía oral 200mg. cada 12 horas.

Comentarios:

Se interpreta en base a los resultados de creatinina alta **una falla renal aguda** por, su diabetes, hipertensión arterial, o por una vasculitis renal (vasculitis) ocasionada por la vacuna antigripal o por una suma de estos factores.

Día 4 de internación 10 de octubre de 2006 (3er día de atb.)

Tensión arterial: 140/90 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

Control de glucemia con tiras reactivas 2,50 g/L.

Paciente con mejor estado respiratorio, menos roncus en ambas bases pulmonares, menos sibilancias sobre todo en pulmón derecho, persistencia de rales crepitantes en ambas bases pulmonares.

Laboratorio:

Urocultivo:

Tipificación de microorganismos: grupo kes.

Antibiograma: Sensible a aminopenicilinas + sulbactam, trimetoprima + sulfametoxazol, resistentes a ciprofloxacina y nitrofurantoina.

Cetonuria: negativa

CPK: 996 U/L

LDH: 878 U/L

GOT: 16 U/L

Comentarios:

Se sigue el tratamiento con ampicilina + sulbactam, por identificación bacteriana grupo kes en urocultivo.

Debido a la elevación de enzimas y curva para infarto agudo de miocardio, más la clínica típica de los síntomas previos a la internación, se reafirma el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en evolución de cara anteroseptal.

Electrocardiograma: Presenta cambios con respecto al día anterior (09/10/06):

Mayor T negativa en DI y AVL.

Mayor sobrecarga del ventrículo izquierdo, disminución del voltaje de las ondas T en V1-V2-V3, y V4.

Leve disminución del segmento ST en V4 -V5-V6 posible isquemia.

No se pudo realizar ecocardiograma por no disponerse del mismo (descompuesto).

Tratamiento: Se agrega amiodarona 200mg. cada 12 horas vía oral para bajar la frecuencia cardíaca.

Mononitrato de isosorbide 10mg. cada 12 horas vía oral, para mejorar la precarga y ante la sospecha isquémica por leve disminución del infradesnivel del ST en V4 -V5 -V6.

Clopidogrel 75mg. por día vía oral, como antiagregante plaquetario.

Ranitidina 300mg. por día vía oral, como protector gástrico.

Día 5 de internación 11 de octubre de 2006 **(4to día de atb.)**

Tensión arterial: 130/60 mm. Hg.

Frecuencia respiratoria: 23x'

Temperatura: 37°C

Control de glucemia con tiras reactivas 2,5 g/L

Paciente sigue evolucionando mejor de su insuficiencia respiratoria, menos sibilancias en pulmón derecho, persisten los rales crepitantes en ambas bases pulmonares.

Laboratorio:

Troponina T 0,499 (positiva) aumentada (valores normales 0.000 – 0.010)

T. Protombina: 61%

T. parcial de tromboplastina: 44"

Recuento de plaquetas: 231.000 mm³

Comentarios:

La troponina T positiva certifica aún más el diagnóstico de infarto agudo de miocardio en evolución anteroseptal. Se decide como tratamiento iniciar la anticoagulación endovenosa, por el tipo de infarto agudo de miocardio y por la sospecha isquémica, se suspenden el clopidogrel y la heparina sódica subcutánea. Se comienza la anticoagulación con controles cada 6 horas de tiempo parcial de tromboplastina.

Día 6 de internación 12 de octubre de 2006 **(5to día de atb.)**

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 57 x'

Frecuencia respiratoria: 17 x'

Temperatura: 36,8°C

Control de glucemia con tiras reactivas 3 g/L.

Paciente en regular estado general, mejor patrón respiratorio, tolera el decúbito dorsal, se auscultan sibilancias aisladas en ambos pulmones, continúa con rales crepitantes en bases pulmonares.

Laboratorio: T. parcial de tromboplastina: 110"

Tratamiento: Se suspende hidrocortisona (v.p.), se agrega prednisona 20mg. por día vía oral y se suspende amiodarona por frecuencia cardiaca de 57 x'.

Día 7 de internación 13 de octubre de 2006 **(6to día de atb.)**

Tensión arterial: 140/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 58 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,8°C

Continúa con igual patrón respiratorio, sibilancias aisladas, persistencia de rales crepitantes en ambas bases pulmonares.

Laboratorio:

Glucemia: 4,26 g/L

T. parcial de tromboplastina mayor 180".

Tratamiento: Se suspende la anticoagulación endovenosa.

Día 8 de internación 14 de octubre de 2006

(7mo día de atb.)

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 70 x'

Temperatura: 37°C

Evoluciona con mejor estado general, se moviliza bien en la cama, se encuentra lúcida, colaboradora, sin sibilancias ni roncus, los rales crepitantes persisten en menor intensidad en bases pulmonares.

A pesar del tratamiento no desaparecen los rales crepitantes bibasales.

Laboratorio:

T. parcial de tromboplastina: 53".

Electrocardiograma: Con frecuencia cardiaca 80 x', extrasístoles supra-ventriculares aisladas, menor voltaje de la onda T en V1- V2- V3 y V4 mayor insinuación del infradesnivel del ST en V4.

Se plantea la posibilidad de realizar un cateterismo cardiaco con coronario angiografía por sospecha isquémica (isquemia post I.A.M) y no se realiza por motivos económicos.

Tratamiento: Se comienza con dicumarínicos orales y control con hematología. Amiodarona 200mg. por día nuevamente.

Día 9 de internación 15 de octubre de 2006

(8vo día de atb.)

Tensión arterial: 100/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

La paciente continúa en igual estado general, sin cambios característicos, lúcida, colaboradora.

Laboratorio:

T. parcial de tromboplastina: 56".

Día 10 de internación 16 de octubre de 2006

(9no día de atb.)

Tensión arterial: 60/40 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Temperatura: 36,3°C

Control de glucemia con tiras reactivas 3,31 g/L

Paciente se encuentra en mal estado general, continúa con rales crepitantes bibasales, con hipotensión arterial 60/40 mm. Hg., FC 90 x', alteración del sensorio, se constata midriasis unilateral (foco neurológico).

Se sospecha un accidente cerebro vascular (hemorrágico o isquémico).
Se solicita internación en unidad de terapia intensiva, no se dispone de cama, por lo que se decide continuar en sala de internación.
Se suspende la anticoagulación vía oral, se aplica vitamina K, queda solamente con medicación: amiodarona, ampicilina + sulbactam, ranitidina, nebulizaciones con salbutamol, O2 húmedo a bajo flujo e hidratación por venoclisis.
Se coloca sonda vesical y nasogastrica para mejor control, se observa orinas hemáticas, comienza el tratamiento con dopamina.
Se solicita T.A.C. de cerebro.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, FC 100 x', aparece mayor infradesnivel del ST en V3- V4- V5 y V6 de tipo isquémico, compatibles con isquemia aguda subendocárdica en la cara anterior y lateral (donde hay onda r), extrasístoles supraventriculares frecuentes y por momentos bigeminadas.

Laboratorio:

Hematocrito: 20%
Hemoglobina: 6,2 g/dl
Glucemia: 3,31 g/L
Urea: 0,48 g/L
T. Protrombina: 31%
RIN: 2,33
Ionograma: Na: 133 meq/L
K: 2,93 meq/L
Cl: 105 meq/L
Recuento de plaquetas: 178.000 mm³

La paciente presenta control de anticoagulación normal.

Día 11 de internación 17 de octubre de 2006
(10mo día de atb.)

Tensión arterial: 70/50 mm. Hg.
Temperatura: 36,3°C

Sigue en mal estado general con alteración del sensorio, Glasgow 3/15, disnea clase IV, con rales crepitantes en ambas bases pulmonares y sibilancias.

En abdomen: Se encuentra blando, depresible sin dolor a la palpación, diuresis positiva por sonda vesical sin hematuria, sonda nasogastrica sin sangrado, catarsis positiva sin sangrado.

No presenta evidencias de hemorragias por la clínica.

Se continúan trámites para la realización de T.A.C. de cráneo.

Laboratorio:

Eritrosedimentación: 140mm 1er H.
Glucemia: 2,33 g/L
Urea: 1,53 g/L
Creatinina: 4,59 mg/dl
CPK: 3.919 U/L
LDH: 910 U/L

GOT: 25 U/L
P.C.R.: Positiva (++++)
Ionograma: Na: 133.9 meq/L
K: 3,07 meq/L
Cl: 105 meq/L

Electrocardiograma: Infradesnivel ST en DI, con disminución de ST en V4-V5 y V6 desaparición del ST en V3, con extrasístoles supraventriculares frecuentes y por momentos bigeminadas, extrasístoles ventriculares aisladas.

Comentario: Paciente en mal estado con sensorio muy deprimido, presenta nuevamente alteraciones electrocardiográficas de isquemia del día anterior 16/10/06 y este día 17/10/06 con elevación de enzimas cardiacas CPK y LDH nuevamente, **confirmándose un nuevo infarto agudo de miocardio** anterolateral, no "Q" o subendocárdico.

Sigue con O2 húmedo a bajo flujo constante se solicita nuevamente pase a terapia intensiva, no se dispone de cama para la misma.

La paciente a las 17 horas presenta un paro cardiaco por lo que es reanimada sin poder recuperarla y fallece a las 17:30 horas.

La paciente no fue tratada con el antiviral Oseltamivir.

Comentario del día 11 de internación 17 de octubre de 2006:

La paciente con persistencia de neumonía bilateral vírica no curada e infarto agudo de miocardio en evolución, con complicación neurológica A.C.V. por la alteración del sensorio y midriasis unilateral, que podría corresponder a una complicación del tratamiento anticoagulante, pero con la elevación de las enzimas cardiacas nuevamente y cambios importantes isquémicos en el electrocardiograma del día 16/10/06, se considera un nuevo infarto agudo de miocardio de cara anterior y lateral (acompañada de P.C.R. (++++ positiva), que puede generar trombos intracavitarios y embolizar en un 80% al cerebro y producir un accidente cerebro vascular de tipo isquémico, que junto con el tratamiento de la anticoagulación puede transformarse en hemorrágico podría ser esto otra posible causa.

No se pudo realizar T.A.C. de cerebro.

Comentario final:

Paciente que luego de la aplicación de la vacuna antigripal en mayo del 2006, en el centro de atención primaria de Salud Pública, presenta a los 7 días una "Gripe Prolongada" de 30 días la etapa aguda, no curando totalmente y posteriormente con 3 reagudizaciones en los meses siguientes y a fin de septiembre presenta la ultima reagudización por la que se enferma con mayor intensidad y se complica, motivo por el que consulta y es internada, en esta oportunidad con diagnóstico de "Gripe Prolongada" complicada con neumonía bilateral vírica primaria (por el virus gripe de la vacuna) con insuficiencia respiratoria severa, con broncoespasmo (que nunca padeció anteriormente) y cursando un infarto agudo de miocardio en evolución de 5 días antes de la internación.

También una afección aguda en la función renal que pudo ser una **vasculitis o vascularitis ocasionada por la vacuna antigripal**, o por su diabetes o hipertensión arterial.

No se encontraron infecciones bacterianas en hemocultivos, ni en esputo, por lo que se deduce que la neumonía es de origen viral y también porque a pesar de los 11 días de tratamiento con antibióticos no mejoró totalmente su semiología respiratoria, persistiendo los rales crepitantes bibasales y sibilancias (broncoespasmo), presentando antes de fallecer un segundo infarto agudo de miocardio (por el electrocardiograma y enzimas cardiacas) y un accidente cerebro vascular, por lo que fallece.

Podría ser también una vasculitis a nivel cerebral, por efecto de la vacuna antigripal por acción inflamatoria de los vasos sanguíneos cerebrales produciendo un A.C.V.

Estas complicaciones producidas por la vacuna antigripal son de observarse y están descritas en el informe médico de esta enfermedad "Gripe Prolongada", también en los informes y comunicados al Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina.

Este caso es uno de los miles de pacientes afectados y fallecidos que no son diagnosticados y por lo tanto no tratados específicamente, llegando a consecuencias fatales.

CASO CLINICO Nº 4

GRYPE PROLONGADA

Año 2007. "Gripe Prolongada", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y fibrilación auricular aguda (Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

Durante dos años (2006-2007) se aplicó la vacuna antigripal y posteriormente presentó "Gripe Prolongada" complicada con neumonía en los 2 años.

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente internada)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 61 años.

Domicilio: Cuña Pirú- Misiones.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

Fecha de ingreso: 13 de julio de 2007.

Fecha de egreso: 18 de julio de 2007.

3) Motivo de consulta: Disnea y dolor torácico. Derivada de servicio de hemodiálisis.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Comienza 7 días antes con rinitis mucoserosa, astenia, adinamia, artromialgias, tos irritativa, luego con expectoración mucoserosa, sin cambios de coloración de la misma, 5 días después se agrega dolor de tipo opresivo en ambos hemitórax sin irradiación, que aumenta con la tos, concomitantemente se agrega disnea clase I-II, sensación de cuerpo caliente, fiebre, acompañada con escalofrío, sudora-

ción profusa y palpitaciones motivo por el cual consulta a facultativo quien le indica amoxicilina, no recordando la dosis la que toma durante 48hs. sin mejora del cuadro. Consultando luego al servicio de hemodiálisis el cual decide su internación.

5) Antecedentes de importancia: Hipertensión arterial de varios años de evolución. Actualmente tratada con carvedilol.

Insuficiencia renal crónica de 12 años de diagnóstico, en plan de diálisis tri-semanal.

- Aplicación de la vacuna antigripal en abril de 2007 y luego de 15 días presenta una infección viral de vías aéreas superiores e inferiores de 20 días de duración permaniendo en reposo 15 días en cama y no curando totalmente, de dos meses y medio de duración, con tres reagudizaciones sucesivas sin mejorar y la tercera reagudización es la que motiva esta enfermedad actual, complicándose con neumonía y requiriendo internación.

- Se deduce entonces que la enfermedad viral respiratoria que motiva esta internación no es un hecho aislado, sino una reagudización de la gripe prolongada de abril y que las reagudizaciones sucesivas como en este caso la tercera reagudización, se complican con neumonía.

- En 2006 se aplicó la vacuna antigripal y a los pocos días presentó una infección viral respiratoria que le duró dos meses y medio, complicándose con hemoptisis y con neumonía requiriendo internación. Este es el segundo año (2007) que se vacuna y se enferma con los mismos síntomas y complicación con neumonía en 2006.

Hemorragia digestiva baja hace 3 años, curada.

Con antecedentes de leucopenia y plaquetopenia de etiología no aclarada de varios años atrás.

Hepatitis hace 8 años curada.

Fractura de cadera hace 2 años, reparada con cirugía.

Nunca antes se puso la vacuna antigripal.

Nunca antes presentó neumonías.

Nunca antes presentó esta enfermedad viral respiratoria prolongada y con reagudizaciones (Gripe Prolongada).

6) Examen físico:

Tensión arterial: 80/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36,5°C

Paciente lúcida, Glasgow 15/15, marcha eubásica.

Piel: Palidez cutáneo mucosa. Dermatitis en tercio inferior de pierna izquierda.

Tejido celular subcutáneo: Se palpa edema en misma pierna izquierda hasta tercio medio, de característica frío y duro.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares. Disminución de la entrada de aire generalizada.

Aparato cardiovascular: No se auscultan soplos, ruidos cardiacos variables.

Pulso: irregular, desigual.

7) Diagnósticos:

- 1- Neumonía bilateral.
- 2- Fibrilación auricular aguda.
- 3- Síndrome viral respiratorio reagudizado.
- 4- Enfermedad viral respiratoria prolongada y reagudizada. "Gripe Prolongada".
- 5- Alteraciones tróficas y circulatorias en miembro inferior izquierdo.

Otros diagnósticos:

- 1- Insuficiencia renal crónica, en plan de hemodiálisis.
- 2- Hipertensión arterial.

8) Métodos complementarios:

Radiografía de tórax: Infiltrado intersticio alveolar en ambas bases pulmonares a predominio derecho y en tercio medio de hemitórax derecho. Hilos congestivos. Ver Fig.1



Fig.1: Fecha: 13/07/07

Electrocardiograma: Ritmo irregular, no sinusal, frecuencia cardiaca 90 x', extrasístoles ventriculares aisladas.

Laboratorio:

Hematocrito: 38%
Leucocitos: 3.900 mm³
Hemoglobina: 12,3 g/dl
Recuento de plaquetas: 65.000 mm³

9) Diagnóstico definitivo:

- 1- Neumonía bilateral vírica primaria.
- 2- Fibrilación auricular aguda.
- 3- Síndrome viral respiratorio reagudizado.
- 4- Gripe Prolongada reagudizada y complicada con neumonía.

10) Tratamiento:

- 1- Dieta hiposódica y renal.
- 2- Máscara de O2 húmedo a bajo flujo.
- 3- Calcio 2 comprimidos con almuerzo y cena.
- 4- Nebulizaciones con solución salina cada 8 horas

Día 2 de internación 14 de julio 2007 (1er día antibiótico)

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Paciente en regular estado general, lúcida, ubicada en tiempo y espacio, afebril.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares y disminución de la entrada de aire en forma generalizada.

Aparato cardiovascular: Se auscultan primero y segundo ruido normofonéticos, no se auscultan soplos.

Pulso: regular, igual. Paciente que espontáneamente revierte la fibrilación auricular a ritmo sinusal.

Tratamiento: Se inicia tratamiento con antibiótico, ampicilina + sulbactan 1,5gr. cada 6hs., por vía parenteral, claritromicina 500mg. cada 12hs. vía oral y vía parenteral con dextrosa al 5%, 500cc. por día.

Se realiza hemocultivo, laboratorio.

Laboratorio:

Leucocitos: 3.700 mm³

T. Protrombina: 85%

Recuento de plaquetas: 74.000 mm³

Ionograma: Na: 133,6 meq/L

K: 3,84 meq/L

Cl: 94,1 meq/L

Día 3 de internación 15 de julio 2007 (2do día de antibiótico)

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura : 36,5°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril continúa sin cambios.

Día 4 de internación 16 de julio 2007 (3er día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,3°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares y disminución de la entrada de aire generalizada.

Aparato cardiovascular: Se auscultan primero y segundo ruido normofonéticos, no se auscultan soplos.

Pulso: regular, igual.

Se realizaron **rayos x de tórax** de control, con disminución de los infiltrados intersticio alveolar en ambas bases y en tercio medio hemitórax derecho. Ver Fig.2



Fig.2: Fecha: 16/07/07

Laboratorio:

Hematocrito: 38%

Leucocitos: 3.600 mm³

Recuento de plaquetas: 95.000 mm³

Hemocultivos informa: Sin desarrollo para bacterias.

Día 5 de internación 17 de julio 2007 (4to día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,2°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril, deambula normalmente.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares y disminución de la entrada de aire generalizada.

Aparato cardiovascular: Se auscultan primero y segundo ruido normofonéticos, no se auscultan soplos.

Pulso: regular, igual.

Se realiza **electrocardiograma** de control sigue con ritmo sinusal sin cambios.

Laboratorio:

Hematocrito: 34%
Leucocitos: 3.600 mm³
Neutrófilos: 54%
Linfocitos: 42%
Eosinófilos: 2%
Monocitos: 2%
Basófilos: 0%
Recuento de plaquetas: 86.000 mm³
P.C.R.: Positivo (++)
Glucemia: 0,86 g/L
Urea: 1,26 g/L
Creatinina: 6,46 mg/dl
GOT: 12 U/L
GPT: 11 U/L
Fosfatasa alcalina: 355 U/L
Colesterol total: 152 mg/dl
T. Protrombina: 72%
Proteínas totales: 7,72 g/dl
Albúmina: 3,48 g/dl
Ionograma: Na: 132,9 meq/L
K: 4,59 meq/L
Cl: 98 meq/L
Fósforo: 280 mg/dl

Bacteriología: Esputo: Examen directo, leucocitos más de 25 por campo. Examen por coloración se observa flora mixta pleomórfica sin predominio.

Comentario: Si bien los leucocitos no se modificaron durante la internación, sí se observó una disminución de las plaquetas, que al inicio de la internación eran de 65.000 mm³ y al final de 86.000 mm³, indicando esto una leve afección de las plaquetas con esta enfermedad viral respiratoria prolongada. A pesar de tener la paciente como base una leucopenia y plaquetopenia sin diagnóstico etiológico.

Día 6 de internación 18 de julio 2007 (5to día de antibiótico)

Se le da el alta a la paciente por encontrarse en mejor estado y con antibióticos vía oral hasta completar 10 días.

La paciente no fue tratada con el antiviral Oseltamivir.

Comentario:

Paciente con antecedente de insuficiencia renal crónica en plan de hemodiálisis, que se vacuna con la antigripal por primera vez en su vida en el año 2006 y que vuelve a vacunarse por segunda vez en abril del 2007 y que luego en pocos días presenta una infección viral respiratoria de vías aéreas superiores e inferiores, de 20 días de duración permaneciendo en reposo 15 días en cama y no curando totalmente. Presentando en los siguientes dos meses y medio dos reagudizaciones o recaídas con iguales síntomas pero de menor intensidad, a los pocos días presenta la tercera reagudización o re-

caída con igual sintomatología lo que motiva esta enfermedad actual, complicándose con:

1- Neumonía bilateral vírica primaria y 2- Taquiarritmia supraventricular, una Fibrilación Auricular aguda.

Estas afecciones requieren internación y presentan riesgo de vida.

Es la segunda vez que se vacuna con la antigripal y repite la misma enfermedad infecciosa respiratoria prolongada y con complicaciones.

- Se vacunó con la antigripal en 2006 y presentó la misma enfermedad infecciosa viral respiratoria de vías aéreas superiores e inferiores, prolongada y con reagudizaciones o recaídas presentando hemoptisis de dos meses de duración, que luego se complica con neumonía vírica que requiere internación y con riesgo de vida.

- **Se vacunó en 2006-2007, los dos años -inmediatamente- se enfermó del mismo cuadro viral infeccioso respiratorio prolongado, con reagudizaciones o recaídas y se complicó los dos años con neumonía viral primaria.**

Nunca antes se vacunó con la antigripal.

Casi nunca se enripaba y si lo padecía era pocos días y leve.

En 2006 es la primera vez que se enferma tan prolongado, después de la aplicación de la vacuna y presenta neumonía.

En 2007 es la segunda vez que se enferma tan prolongado, después de la aplicación de la vacuna y presenta neumonía.

Nunca antes en su vida presentó neumonía.

La paciente está segura de que la vacuna la enfermó.

No volvería a vacunarse.

Conoce a familias que se vacunaron y se enfermaron igual de fuerte y prolongado, como ella.

- Se reproduce en los dos años después de la aplicación de la vacuna antigripal, la misma enfermedad con las mismas complicaciones respiratorias que nunca antes había padecido y otras complicaciones como hemoptisis y fibrilación auricular aguda.

- Esto demuestra y confirma una vez más la relación que existe entre la vacuna antigripal y la aparición de esta enfermedad "Gripe Prolongada", con complicaciones y riesgo de vida.

- Este caso es una prueba más **del diagnóstico clínico y del diagnóstico epidemiológico y la relación causa-efecto** que produce la vacuna antigripal generando una enfermedad respiratoria igual a la gripe, pero más intensa y prolongada, a la que llamo "Gripe Prolongada".

Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por la vacuna antigripal con complicaciones graves y con riesgo de vida, que no se hacen diagnóstico y no se tratan específicamente, aún en los años 2006, 2007 continuando hasta el 2013, a pesar de todas las alertas ya notificadas desde hace 20 años atrás con la consecuencia de miles de enfermos y muertos.

CASO CLINICO N° 5

GRUPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada", complicada con Hipertensión Arterial definitiva

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 47 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 30 de julio de 2007.

3) Motivo de consulta: Tos, rinitis, estornudos y dolor de nuca.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que presenta tos, rinitis, estornudos y dolor de nuca, padeciendo todos estos síntomas en forma persistente desde dos meses y medio antes hasta esta entrevista. Los síntomas comenzaron luego de la aplicación de la vacuna antigripal el día 08/05/2007 a las 24hs. y son los siguientes: estornudos muy fuertes, seguidos y rápidos, muchos accesos al día durante dos días seguidos. Fiebre mayor a 38° de pocos días de duración. Astenia muy intensa. Artralgias generalizadas e intensa. Rinitis mucoserosa abundante que luego a la semana se torna mucopurulenta. Cefaleas con predominio en región frontal y en toda la cabeza, de tipo intenso. Dolor de oído derecho. Fotofobia. Dolor de garganta intenso. Garganta seca y caliente. Tos intensa, irritativa y siguió así hasta esta entrevista. Sin expectoración. Dificultad para caminar. Dolor de piernas por siete días. Dolor de espalda. También presentó durante 12 días dolor y rubor en zona local de hombro donde fue aplicada la vacuna. La paciente realizó reposo en cama por 6 días seguidos debido a lo mal que se sentía.

Fue medicada con antiinflamatorios, antitusivos y antifebril no curando con dicha medicación.

Todo el cuadro agudo le duró 15 días aproximadamente, quedando con secuelas de tos, rinitis, estornudos con los cambios de clima más frío en forma más frecuente y dolor de nuca.

La cefalea frontal y de toda la cabeza desapareció a los 15 días, pero persistió el dolor de nuca y al mes se constató hipertensión arterial que nunca había tenido antes. Relacionándose el dolor de nuca persistente con la hipertensión arterial. De cifras normales de presión arterial de 100/80 mm.Hg. que tenía antes de vacunarse, pasó a presentar cifras de 150/100 mm.Hg. en forma persistente después de vacunarse, quedando con hipertensión arterial definitiva y con dolor de nuca.

Es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal y se enferma de gripe en forma tan prolongada e intensa, que nunca antes había padecido.

Las gripes de antes eran leves y le duraban a lo sumo dos o tres días y nunca se vió obligada a hacer reposo en cama.

Su madre se puso por primera vez la vacuna antigripal en el 2006 y a los

tres días se enfermó de una gripe muy fuerte y prolongada, padeciendo el mismo cuadro viral respiratorio descrito, pero con mayor gravedad que requirió internación.

La paciente sospechó que la vacuna la enfermó y decidió no ponerse más.

5) Otros antecedentes de importancia: Paciente totalmente sana sin ninguna enfermedad previa.

Es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal, nunca antes se había vacunado.

6) Examen físico: Paciente lúcida, afebril, ubicada en tiempo y espacio.

Tensión arterial: 150/100 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 70 x'

Aparato respiratorio: Buena entrada de aire bilateral, no se auscultan ruidos agregados.

Aparato cardiovascular: No se auscultan soplos.

Comentario: Debido a los dos meses y medio transcurridos y con secuelas, siguen los síntomas en menor intensidad de la "Gripe Prolongada", con complicación de tos, rinitis, estornudos, dolor de nuca e hipertensión arterial persistente.

7) Diagnóstico:

1) "Gripe Prolongada" complicada con Hipertensión Arterial definitiva (secuela).

8) Tratamiento:

1- Es medicada con el antivírico Oseltamivir 75mg. cada 12hs. durante cinco días y 48hs. después se aplica corticoide, dexametasona de acción rápida y lenta una ampolla intramuscular.

9) Evolución: La paciente mejora en 48hs. un 60% y en seis días el 100% de todos los síntomas respiratorios. Llamativamente el dolor de nuca y la hipertensión arterial desaparecieron totalmente durante el tratamiento, normalizándose la presión arterial durante 10 días a 100/70 mm.Hg. Pero luego reapareció la hipertensión arterial en forma definitiva con mayores cifras tensionales de 180/100 - 150/100mm.Hg. y reaparece conjuntamente el dolor de nuca, necesitando ser tratada con antihipertensivo en forma definitiva.

10) Comentarios: Esta efectividad tan rápida al tratamiento antivírico con Oseltamivir, demuestra y reafirma una vez más que esta enfermedad está producida por un virus de gripe vivo, de un nuevo tipo de virus gripe, que el antivírico específico oseltamivir logra curar la enfermedad, pero quedan secuelas de hipertensión arterial.

Esto demuestra también como un tratamiento muy específico aplicado y que es efectivo, con muy buena y rápida respuesta al tratamiento antivírico, reafirma una vez más el diagnóstico de origen viral por esta enfermedad "Gripe Prolongada" y que se origina de la vacuna antigripal.

Este es otro caso más en que se realizó el diagnóstico correcto y el tratamiento específico antiviral, curando rápidamente a la paciente pero quedando ésta con secuela de hipertensión arterial definitiva.

Pero siguen quedando cientos de miles de pacientes no diagnosticados y no tratados, afectados por la vacuna antigripal, presentando la enfermedad "Gripe Prolongada" con complicaciones y riesgo de vida.

Es lamentable que todavía en este año 2013 se sigan enfermando y muriendo miles de personas afectadas por esta enfermedad "Gripe Prolongada" y por la vacuna antigripal. A pesar de haberse notificado a las autoridades sanitarias nacionales hace ya 20 años.

CASO CLINICO Nº 6

"GRIPE PROLONGADA"

GRIPE PROLONGADA, COMPLICADA CON NEUMONIA BILATERAL VIRICA PRIMARIA CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON FIBRILACION AURICULAR AGUDA

ISQUEMIA POST - I.A.M.

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA-CRONICA

FALLECE POR SEPSIS A STAPHYLOCOCCUS

(Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

La paciente presentó tres internaciones:

PRIMERA INTERNACION: AÑO 2006

HISTORIA CLINICA:

1) Datos de filiación:

Sexo: Femenino.

Edad: 70 años.

Domicilio: Encarnación-Paraguay.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Paraguaya.

2) Paciente internada:

Fecha de internación: 19 de octubre de 2006.

Fecha de egreso: 31 de octubre de 2006.

3) Motivo de consulta: Astenia, mal estado general.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: La paciente comienza un mes antes de la consulta con, astenia, adinamia, artromialgias generalizadas, rinitis con secreción mucoserosa, tos con expectoración blanquecina, disnea clase II-III, disnea paroxística nocturna y edemas de miembros inferiores, por tal motivo es internada en la ciudad de Encarnación-Paraguay, con diagnóstico de **neumonía** y tratada durante una semana con antibióticos (**primer tratamiento**) no mejorando el cuadro clínico y persistiendo el mismo por una semana más, durante la cual se agregan, fiebre, escalofríos, dolor torácico, motivo por el cual nuevamente consulta a facultativo, quien

diagnostica neumonía nuevamente y medica con antibióticos (**segundo tratamiento**) donde presenta leve mejora clínica, pero no se curó totalmente, persistiendo el mismo cuadro clínico.

Tres días antes de la internación se agregan disuria, polaquiuria y dos días después de esto comienza con expectoración hemoptoica, fiebre y progresión de la disnea llegando a clase IV, por lo que consulta y es internada en la ciudad de Posadas - Misiones.

5) Antecedentes de importancia: Tuberculosis pulmonar diagnosticada hace 30 años, realizó tratamiento durante un año curándose totalmente. Hipertensión arterial diagnosticada hace 4 años.

• Se aplicó la vacuna antigripal el día 13/05/2006. Luego de 5 días presentó un cuadro viral respiratorio intenso y prolongado, la etapa aguda duró 20 días aproximadamente, no curando totalmente. Siguiendo durante 5 meses presentando 4 reagudizaciones más, una cada mes, hasta complicarse en la última reagudización con neumonía, un mes antes de ser internada.

Se le diagnosticó Neumonía y fue tratada en dos oportunidades con antibióticos sin mejorar.

Persistió dicho cuadro y la infección viral respiratoria prolongada también, sin curar, ocasionando la enfermedad actual y la internación. Esta enfermedad es la "Gripe Prolongada" complicada.

6) Examen físico: Paciente en mal estado general, con disnea de reposo, semisentada, con Glasgow 15/15, por momentos desorientada en tiempo y espacio.

Tensión arterial: 120/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 92 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 67,200 kg.

Talla: 1,50 mtrs.

Edemas en miembros inferiores infrapatelares de cuatro cruces. Ingurgitación yugular de 2/3 con colapso inspiratorio.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, igual, tensión arterial 120/50 mm.Hg., no se auscultan soplos, ruidos hipofonéticos.

En aparato respiratorio: Rales subcrepitantes en ambas bases pulmonares a predominio derecho.

7) Diagnósticos:

- 1- Neumonía bilateral.
- 2- Insuficiencia respiratoria.
- 3- Infección viral respiratoria prolongada y reagudizada.
- 4- "Gripe prolongada".

Diagnósticos posibles:

- 1- Fallo renal.
- 2- Infección urinaria.

Otros diagnósticos:

- 1- Hipertensión arterial.
- 2- Secuela de tuberculosis curada.

8) Tratamiento:

- 1- Dieta hiposódica.
- 2- O2 húmedo a bajo flujo.
- 3- Restricción hídrica.
- 4- Venoclisis con dextrosa de 5% - 500cc. por día.
- 5- Enalapril 10mg. por día.
- 6- Furosemida 40mg. cada 12hs.

9) Métodos complementarios:

Ecocardiograma del día 25/09/06: Hipertrofia miocárdica septal, con función sistólica normal del ventrículo izquierdo, leve disfunción diastólica, válvula mitral y aórtica leve fibrosis, aurícula izquierda normal, fracción de eyección 73%.

Laboratorio del día 13/10/06:

Leucocitos: 13.100 mm³

Neutrófilos: 90%

Linfocitos: 20%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Hematocrito: 39%

Hemoglobina: 12, 60 g/dl

Laboratorio del día 19 /10/06:

Leucocitos: 13.300 mm³

Neutrófilos: 92%

Linfocitos: 8%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Glucemia: 1,04 g/L

Urea: 1,66 g/L

Sedimento de orina: Escasas células epiteliales planas, leucocitos 7-8 por campo, hematíes 100 por campo, abundantes cilindros granulosos.

Estudios del día 19/10/06:

Ecografía abdominal: Normal a excepción del parénquima del riñón izquierdo con aumento de la ecogenicidad.

Radiografía de tórax: Infiltrado intersticio alveolar en base derecha, en tercio superior de hemitórax izquierdo presenta imagen fibrosa cicatrizal por tuberculosis.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 90x', hemibloqueo anterior izquierdo, onda T negativa en AVL.

10) Diagnóstico definitivo: 1- Neumonía bilateral vírica primaria.

Por la clínica y la radiografía de tórax con infiltrado intersticio alveolar.

Frente al diagnóstico de Neumonía bilateral vírica primaria y "Gripe Prolongada" se plantea el tratamiento con el antivírico Oseltamivir y no se realiza.

Se solicitan hemocultivos, urocultivos y laboratorio.

Comentario importante: Con **diagnóstico de neumonía por tercera vez en un mes**, se inicia el **(tercer tratamiento)** con antibióticos, desde la reagudización de su enfermedad un mes antes.

Nunca presentó patologías renales.

Día 2 de internación 20 de octubre de 2006 **(1er día de antibiótico)**

Tensión arterial: 140/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Peso: 66,800 kg.

Paciente en mal estado general, refiere dolor precordial inespecífico, rales subcrepitantes en ambas bases pulmonares y tercio medio de hemitórax derecho, puño percusión lumbar y puntos ureterales no dolorosos.

Laboratorio:

Leucocitos: 16.000 mm³

Hematocrito: 36%

Urocultivo: negativo para gérmenes habituales a las 24hs. pH de 6 y presencia de hemoglobina de (+++).

Gases en sangre:pH: 7,29

pCO₂: 26% mm.Hg.

pO₂: 76% mm.Hg.

HCO₃:12% mm.ol/l

Sat. O₂: 94%

Glucemia: 0,94 g/L

Eritrosedimentación: 135mm/1er H.

Tiempo de protrombina: 76%

Urea: 2,10 g/L

Creatinina: 8,24 mg/dl

Colesterol total: 172 mg/dl

LDL: 107 U/L

HDL: 33 U/L

Triglicéridos: 159 mg/dl

Comentario: Con diagnóstico de insuficiencia renal a determinar. Se sospecha insuficiencia renal aguda.

Se agrega al tratamiento:

1- Diltiazem 30mg. día (por miocardiopatía hipertrófica).

2- Ampicilina + sulbactam 1,5gr. cada 12hs. se agrega este antibiótico por la neumonía y ante la posibilidad de una sobreinfección bacteriana bronquial, las dosis cada 12hs. son por la insuficiencia renal.

3- Nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio.

Día 3 de internación 21 de octubre de 2006
(2do día de antibiótico)

Paciente en mal estado general, muy astenica, con disnea clase IV, rales crepitantes en base de hemitórax derecho, rales subcrepitantes en base izquierda.

Se solicita interconsulta con nefrología y se indica hemodiálisis.

• **Se confirma diagnóstico de: Insuficiencia renal aguda.**

Electrocardiograma: Desaparece onda T negativa en AVL.

Ecocardiograma: Derrame pericardico moderado, hipertrofia septal del ventrículo izquierdo, función sistólica normal.

Día 4 de internación 22 de octubre de 2006
(3er día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en mal estado general, es canulada en yugular interna izquierda e ingresa a hemodiálisis, mejorando luego de la primera sesión.

• Hemocultivos negativos.

Día 5 de internación 23 de octubre de 2006
(4to día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, comienza a incorporarse y a deambular, rales crepitantes en base de hemitórax derecho, rales subcrepitantes en base izquierda, en plan de hemodiálisis trisemanal.

A pesar de la hemodiálisis persisten los rales crepitantes y subcrepitantes.

Laboratorio:

Leucocitos: 13.800 mm³

Neutrófilo en cayado: 1%

Neutrófilo segmentado: 89%

Linfocitos: 2%

Eosinófilos: 2%

Hematocrito: 31%

Recuento de plaquetas: 155.000 mm³

Eritrosedimentación: 60mm/1er H.

Glucemia: 0,65 g/L

Urea: 2,55 g/L

Creatinina: 12 mg/dl

Albúmina: 2,58 g/dl

P.C.R.: positiva (++++)

C.P.K.: 66 U/L

L.D.H.: 741 U/L

G.O.T.: 19 U/L

Fosfatasa alcalina: 335 U/L

Bilirrubina directa: 0,34 mg/dl

indirecta: 0,52 mg/dl
Ionograma: Na: 132 meq/L
K: 6,4 meq/L
Cl: 101 meq/L
Serologías:
Chagas: no reactiva
H.I.V.: no reactiva
Anti hepatitis C: no reactiva
Antígeno de superficie para hepatitis B: no reactiva.

Comentario: El hematocrito bajó de 39% y 12,60 g/dl de hemoglobina a hematocrito de 31%, en el término de 6 días sin clínica de hemorragia.

• Después de 4 días de antibióticos sigue con leucocitosis de 13.800 mm³ con neutrófilos encayado 1% y segmentados 89%.

Día 6 de internación 24 de octubre de 2006
(5to día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.
Temperatura: 36,7°C

Paciente en regular estado general, rales crepitantes en ambas bases a pre-dominio derecho.

Día 7 de internación 25 de octubre de 2006
(6to día de antibiótico)

Tensión arterial: 140/90 mm. Hg.
Temperatura: 36,5°C

Paciente presenta rales subcrepitantes en ambas bases pulmonares.

Tratamiento: Se aumenta diltiazem a 60mg. cada 8hs.

Día 8 de internación 26 de octubre de 2006
(7mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 130/70 mm. Hg.
Temperatura: 36,6°C

Paciente presenta rales crepitantes y subcrepitantes en base de hemitórax derecho.

Presenta dolor de garganta, que no puede precisar sus características. La paciente presenta desorientación en tiempo y por momentos en espacio. Se realiza hemodiálisis.

Laboratorio:

Calcemia: 8,16 mg/dl
Fosfatemia: 8,88 mg/dl
Leucocitos: 33.700 mm³
Neutrófilos: 76%
Linfocitos: 21%
Monocitos: 2%
Eosinófilos: 1%
Hematocrito: 34%

Hemoglobina: 9,6 g/dl
Recuento de plaquetas: 480.000 mm³
T. Protrombina: 68%

Sedimento de orina: Franca hematuria, campos cubiertos por hematíes.

Comentario: A pesar de hemodiálisis y de 7 días con antibiótico la paciente no mejora su semiología respiratoria y aumenta la leucocitosis a 33.700 mm³.

Se solicita Troponina "T", enzimas cardíacas y ecocardiograma.

Día 9 de internación 27 de octubre de 2006 **(8vo día de antibiótico)**

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.
Temperatura : 36,5°C
Peso: 65kg.

Paciente continúa con dolor de garganta, presenta síntomas nuevos de náuseas, vómitos, taquicardia y pulso irregular.

Sigue con rales crepitantes en base de hemitórax derecho, rales subcrepitantes en base de hemitórax izquierdo.

Electrocardiograma: Se observa taquiarritmia supraventricular aguda, es una fibrilación auricular aguda con frecuencia cardíaca de 150 por minuto, con alta respuesta ventricular.

Laboratorio:

Ionograma: Na: 133 meq/L
K: 6,28 meq/L
Cl: 107 meq/L
Clearance de creatinina: 4,68 ml/min.
Troponina T positiva: 0,017
CPK: 15 U/L
GOT: 19 U/L
LDH: 835 U/L
Urea: 1,91 g/L
Creatinina: 10,60 mg/dl

Ecocardiograma: No hay derrame pericárdico, motilidad y función sistólica normales, hipertrofia septal (el equipo de ecocardiografía tiene limitaciones para evaluar la motilidad parietal).

Comentario: El derrame pericárdico desaparece con la hemodiálisis.

Comentarios:

Se diagnostica un infarto agudo de miocardio por los síntomas de: dolor de garganta, náuseas, vómitos, fibrilación auricular aguda, troponina "t" positiva como un infarto no "Q" complicado con fibrilación auricular aguda. (Primer I.A.M., ¿angina inestable?).

Se solicita internación en terapia intensiva, no hay cama.

Tratamiento: Se realiza por vía parenteral carga de amiodarona 450mg. en una hora y luego mantenimiento con 750mg. durante 24hs. más, aspirina 250mg. por día y ranitidina 150mg. por día.

Con carga de amiodarona la fibrilación auricular revierte en dos horas a ritmo sinusal a 90 latidos por minutos.

Electrocardiograma: Cambios del "ST", rectificado en DI e infradesnivel y "T" negativa en AVL.

Día 10 de internación 28 de octubre de 2006 **(9no día de antibiótico)**

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,8°C

Peso: 65,800kg.

Paciente se hemodializa y baja de peso a 63,800 kg. sigue presentando rales crepitantes en base derecha, rales subcrepitantes en base de hemitórax izquierdo, continúa con pulso regular.

Comentario: A pesar de la hemodialisis y de bajar de peso de 67,200 kg. al ingreso a 63,800 kg. actualmente, con disminución de líquidos y balance negativo, persisten los rales crepitantes en base derecha y subcrepitantes en base izquierda. Esto significa que no es por una sobrecarga de líquidos a nivel pulmonar por su insuficiencia renal, ni de origen cardiaca, si se reafirma más el diagnóstico de neumonía bilateral vírica persistente. (Ver Fig. 1)

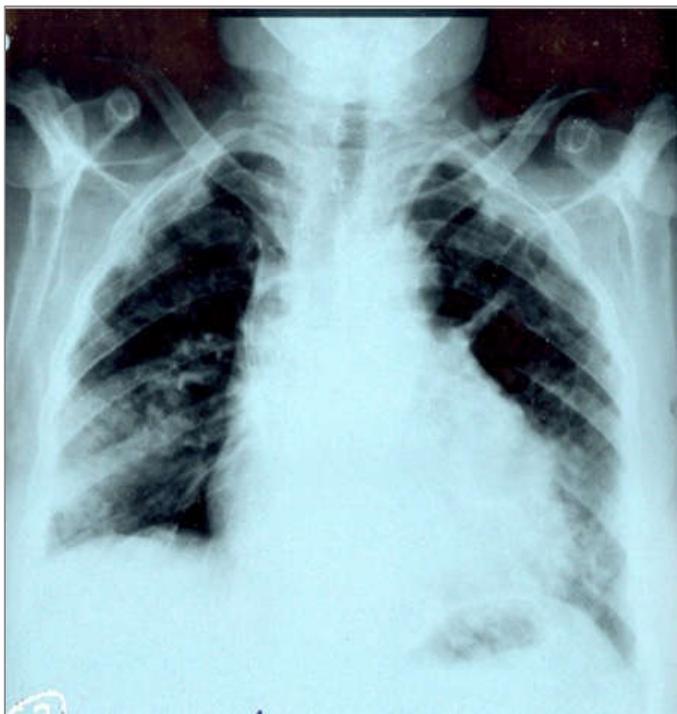


Fig. 1

NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar bilateral en ambas bases y parte de campos medios. Trazo fibrótico secuelar en tercio superior de hemitórax izquierdo. Cánula (doble luz) en vena subclavia izquierda. (28 de octubre 2006)

Electrocardiograma: Ritmo sinusal con frecuencia cardiaca 90 x' con iguales cambios del día anterior.

Tratamiento: Sigue con amiodarona 200mg. por día vía oral.

Día 11 de internación 29 de octubre de 2006
(10mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/60 mm. Hg.
Temperatura : 36,2°C

Paciente en regular estado general, no mejora la patología pulmonar a pesar de 10 días de tratamiento con antibióticos.

Día 12 de internación 30 de octubre de 2006
(11er día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/80 mm. Hg.
Temperatura: 36,6°C
Peso: 64,500kg.

Paciente en regular estado general, no mejora semiología respiratoria, continúa con rales crepitantes en base derecha.

Laboratorio:

Ionograma: Na: 134,8 meq/L
K: 4,68 meq/L
Cl: 102 meq/L
Leucocitos: 22.100 mm³
Neutrófilos: 95%
Linfocitos: 5%
Eritrosedimentación: 140mm/1er H.
Hematocrito: 26%
Recuento de plaquetas: 294.000 mm³
Protrombina: 71%
T. parcial de tromboplastina: 31"
Glucemia: 0,70 g/L
Urea: 1,37 g/L
Creatinina: 7,87 mg/dl
Clearance de creatinina: 6,38 ml/min.
Calcemia: 6,23 mg/dl
Fosfatemia: 5,82 mg/dl
Albúmina: 2,82 g/dl

• El hematocrito sigue bajando sin encontrarse explicación, de 39% al ingreso a 26% actualmente, sin clínica de hemorragias.

Tratamiento: Calcio un comprimido cada 12 horas vía oral. Se suspende diltiazem.

Comentario:

Se suspende el diltiazem porque se interpreta un infarto agudo de miocardio y los bloqueantes de calcio pueden empeorar el pronóstico y también al bajar la frecuencia cardiaca para no potenciar tanto con la amiodarona.

Los leucocitos siguen elevados en 22.100 mm³ con eritrosedimentación de 140mm en 1rah. con persistencia de los rales crepitantes en base derecha, continúa la neumonía pese a los 11 días de antibióticos, esto confirma su neumonía viral que no cura con antibióticos, es persistente y se complica aún más con un infarto agudo de miocardio.

**Día 13 de internación 31 de octubre de 2006
(12 días de antibiótico)**

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Laboratorio:

CPK: 21 U/L

GOT: 222 U/L

LDH: 609 U/L

En el día de la fecha la paciente es externada con tratamiento ambulatorio.

SEGUNDA INTERNACION: Reinternación a las 24 horas

Fecha de reinternación: 01 de noviembre de 2006

La paciente presenta mal estado general y por descompensación hemodinámica después de la hemodiálisis, con los siguientes síntomas: hipotensión arterial, palpitaciones, dolor precordial de tipo opresivo, sudoración profusa y relajación de esfínteres.

Dicho episodio persistió durante varias horas, por lo que consulta y es nuevamente internada, además refiere episodios de diarrea.

Examen físico:

Tensión arterial: 80/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 64kg.

Mal estado general, paciente con sensorio deprimido.

Piel y tejido subcutáneo: Palidez cutáneo mucosa generalizada, edemas infrapatelares bilaterales de++.

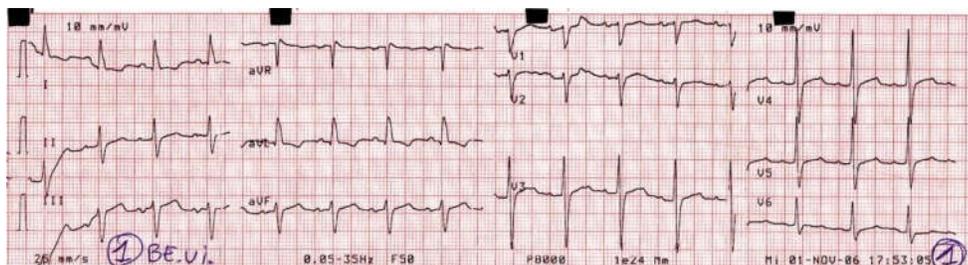
Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes y aisladas sibilancias en base de pulmón derecho.

Aparato cardiovascular: Se ausculta cuarto ruido.

Métodos complementarios:

Radiografía de tórax: Datos positivos, opacidad y velamiento en seno costofrénico derecho.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, con frecuencia cardiaca 100 x', hemibloqueo anterior izquierdo, infradesnivel del "ST" y "T" negativa en D_I y AVL. Disminución del voltaje de la onda "T" en V₂, V₃, V₄, V₅ y V₆ onda "T" bimodal en V₃. (Ver Electrocardiograma 1).



ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese en derivaciones V₁-V₂-V₃-V₄-V₅-V₆ alteración en la repolarización y también en D_I y AVL (paciente no mapeado). (Fecha 01/11/06)

Laboratorio:

Leucocitos: 20.400 mm³

Urea: 1,37 g/L

CPK: 18 U/L

Ionograma: Na: 134 meq/L

K: 4,28 meq/L

Cl: 103 meq/L

Diagnósticos de reinternación:

- 1- Infarto agudo de miocardio.
- 2- Neumonía persistente en base derecha de origen viral.
- 3- Síndrome diarréico.
- 4- Insuficiencia renal.

Paciente en mal estado general, con hipotensión arterial.

Se solicita laboratorio, enzimas cardiacas, troponina T, electrocardiograma, hemocultivos, urocultivos y cultivo retrocánula.

Tratamiento:

- 1- Dieta hiposódica y para renal.
- 2- Amiodarona 200mg. por día.
- 3- Calcio un comprimido cada 12 horas con almuerzo y cena.
- 4- Nebulizaciones con salbutamol cada 6 horas.
- 5- Venoclisis con 500cc. por día.
- 6- Controles de peso y diuresis.

Día 2 de reinternación 2 de noviembre de 2006 **(total 15 días) (1er día de antibiótico)**

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'
Temperatura: 36°C

Paciente presenta mal estado general, fascie dolorosa, hipotensa y presenta artralgias generalizadas y dolor precordial.

Se auscultan rales crepitantes en base derecha y se ausculta cuarto ruido cardiaco.

Ecocardiograma: Hipertrofia septal del ventrículo izquierdo, motilidad y función ventricular normal (la motilidad es poco evaluable ya que el equipo tiene limitaciones para determinación exacta).

Laboratorio:

Leucocitos: 24.600 mm³

Neutrófilos: 99%

Linfocitos: 1%

Monocitos: 0%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Eritrosedimentación: 140mm/1er H.

P.C.R.: Positiva (++++)

Hematocrito: 24%

Hemoglobina: 6,6 g/dl

CPK: 893 U/L

GOT: 15 U/L

LDH: 500 U/L

Urea: 1,21 g/L

Creatinina: 7,24 mg/dl

Albúmina: 2,58 g/dl

Proteínas totales: 5,44 g/dl

Recuento de plaquetas: 200.000 mm³

Protrombina: 65%

Comentario: Se confirma el diagnóstico de infarto agudo de miocardio tipo no "Q", por la clínica y las enzimas altas CPK y LDH.

Se interpreta que completó el infarto agudo de miocardio que anteriormente no había movilizó enzimas cardiacas, pero si por la clínica y troponina "t" positiva.

Nuevamente umentan los leucocitos a 24.600 mm³ y sigue bajando el hematocrito a 24% sin evidencias clínicas de hemorragias.

Coprocultivo: examen directo, leucocitos menos de 5 por campo, mucus regular cantidad, no se observan parásitos, presenta levaduras brotadas.

Urocultivo: Leucocitos menos de 5 por campo, campos cubiertos por hematíes, plocitos no se observan, células escasa cantidad.

Hemocultivos: Para gérmenes habituales sin desarrollo a las 24 horas.

• Es el segundo hemocultivo negativo, en la primera internación también dio negativo.

Electrocardiograma: Sin cambios con respecto al día anterior.

Tratamiento: Se agregan antibióticos, vancomicina 1gr. cada 5 días post diálisis y ciprofloxacina 200mg. cada 12hs.

Comentario: Es el cuarto tratamiento con antibióticos diferentes para una neumonía persistente que ya lleva 45 días de tratamiento y que no cura.

Día 3 de reinternación 3 de noviembre de 2006
(total 16 días) (2do día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Peso: 63kg.

Paciente refiere dolor a la deglución y artralgias generalizadas, sin diarrea.

Aparato cardiovascular: Se ausculta cuarto ruido cardiaco.

Aparato respiratorio: Continúa con rales crepitantes en base de hemitórax derecho.

Se solicita interconsulta con urología por la presencia de hematuria.

Laboratorio:

Troponina T positiva: 0,092

CPK: 20 U/L

LDH: 628 U/L

GOT: 11 U/L

Electrocardiograma: Con onda "T" bimodal en V2 y muy leve supradesnivel del "ST" en V2, V3, V4, V5 y V6.

• **Diagnósticos:** **Se confirma el infarto agudo de miocardio** por la clínica, curva enzimática típica y troponina "t" positiva, el electrocardiograma no muestra claramente necrosis, pero se interpreta un infarto agudo de miocardio no "Q".

• Es el primer infarto agudo de miocardio en estas dos internaciones.

Se interpreta que completó su infarto agudo de miocardio de la internación anterior.

Tratamiento: Se agrega atenolol 12,5mg. por día, ansiolítico (alprazolam 0,5mg. cada 12 horas) y heparina sódica 5.000 unidades cada 12 horas subcutánea.

Día 4 de reinternación 4 de noviembre de 2006
(total 17 días) (3er día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

Se sigue auscultando cuarto ruido cardiaco, rales crepitantes en base de pulmón derecho y rales crepitantes en base izquierda.

Laboratorio:

CPK: 10 U/L

LDH: 304U/L

Coprocultivo: Sin desarrollo de gérmenes.

Hemocultivos: Sin desarrollo.

- Es el tercer hemocultivo sin desarrollo, durante las dos internaciones en 17 días.

Electrocardiograma: Con frecuencia de 64 x', desaparece el infradesnivel "ST" y "T" negativa en DI, pero persiste en AVL, disminución marcada del supradesnivel en V2, V3, V4, V5 y V6, desaparición la onda bimodal en V2.

Se transfunde una unidad de glóbulos rojos.

Se solicita cateterismo cardiaco, coronario angiografía, no se realiza por motivos económicos.

Día 5 de reinternación 5 de noviembre de 2006
(total 18 días) (4to día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Paciente en mal estado general, afebril, sin cambios.

Electrocardiograma: Igual al día anterior.

Igual tratamiento.

Día 6 de reinternación 6 de noviembre de 2006
(total 19 días) (5to día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 60 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,2°C

Paciente en regular estado general, muy somnolienta, no se ausculta más cuarto ruido cardiaco, presenta rales crepitantes en base derecha y rales subcrepitantes en base izquierda.

Electrocardiograma: Igual al día anterior con frecuencia 60 x'.

Laboratorio:

Ionograma: Na: 129, 5 meq/L

K: 4,19 meq/L

Cl: 97 meq/L

Leucocitos: 7.800 mm³

Neutrófilos: 97%

Linfocitos: 3%

Eritrosedimentación: 140 mm/1er H.

CPK: 216 U/L

GOT: 18 U/L

LDH: 389 U/L

Glucemia: 0,69 g/L

Urea: 1,09 g/L

Creatinina: 5,91 mg/dl

Calcemia: 6,68 mg/dl

Fosfatemia: 6,33 mg/dl

Recuento de plaquetas: 264. 000 mm³

Hematocrito: 25%

Hemoglobina: 6,7 g/dl

Clearance de creatinina: 9,22 ml/min.

Comentario: Nuevamente con elevación de enzimas cardiacas, CPK y LDH sin dolor precordial.

Día 7 de reinternación 7 de noviembre de 2006
(total 20 días) (6to día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/80 mm. Hg.
Temperatura: 36,2°C

Paciente en regular estado general, se alimenta poco y deambula muy poco con aumento de los rales crepitantes en base y tercio medio del pulmón de-recho.

Laboratorio:

Coprocultivo: Sin desarrollo de gérmenes en 24 horas.

Se realiza segunda transfusión de glóbulos rojos.

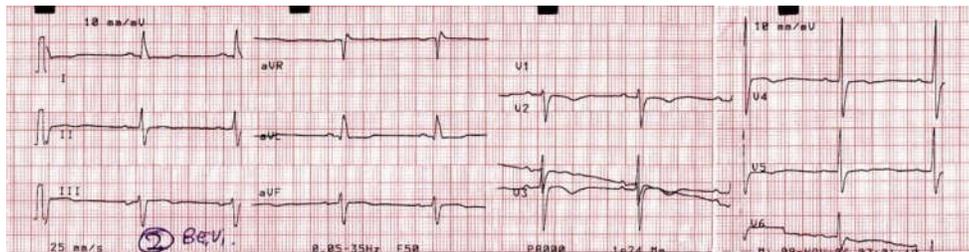
Día 8 de reinternación 8 de noviembre de 2006
(total 21 días) (7mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.
Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, asténica, rales subcrepitantes en ambas bases.

Diuresis 400cc/día.

Electrocardiograma: Frecuencia cardiaca 60 x', desaparición de infrades-nivel del "ST" y "T" negativa en D₁ y AVL, con cambios de la repolarización "T" negativa en V₁, V₂, V₃ y V₄ con disminución del voltaje en las otras derivaciones. (Ver Electrocardiograma 2).



ELECTROCARDIOGRAMA 2: Obsérvese cambios isquémicos en V₁-V₂-V₃-V₄ onda T negativa y en D₁ y AVL ST rectificado, también alteración de la repolarización en D_{II}, D_{III}, AVF y V₅-V₆ con onda T plana a negativa. Aquí presenta clínica de Infarto Agudo de Miocardio, elevación de troponina y de enzimas cardiacas con curva típica, confirmando el diagnóstico de I.A.M. (Paciente mapeado). (Fecha 08/11/06)

Laboratorio:

CPK: 15 U/L

LDH: 440 U/L

GOT: 19 U/L

• Se interpreta como un infarto agudo de miocardio tipo "T" (no "Q") por elevación enzimática típica y alteraciones electrocardiográficas. No refiere dolor precordial.

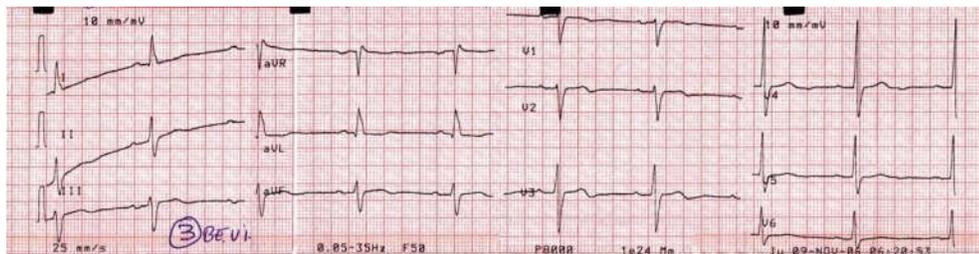
Se solicita citoscopia por la presencia de hematuria.

Día 9 de reinternación 9 de noviembre de 2006
(total 22 días) (8vo día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.
Temperatura: 37,6°C

Paciente en mal estado general, se auscultan rales crepitantes en ambas bases pulmonares y tercio medio de ambos pulmones.

Electrocardiograma: Frecuencia cardiaca 58 x', sigue presentando "T" negativas en V₁, V₂, V₃ y V₄. Ver Electrocardiograma 3.



ELECTROCARDIOGRAMA 3: Obsérvese cambios isquémicos persistentes en V₁-V₂-V₃-V₄ (Paciente mapeado). (Fecha 09/11/06)

Comentario:

Nuevamente con elevación de enzimas cardiacas de infarto de miocardio por segunda vez con CPK 216 y aumento de LDH 440 y con cambios del electrocardiograma con isquemia de cara septal y anterior, con infarto agudo de miocardio tipo "T" (o no "Q").

• **Es el segundo infarto agudo de miocardio que presenta.**

Se diagnostica un nuevo infarto agudo de miocardio (reinfarto), con posible isquemia post I.A.M., por lo que se solicita estudio hemodinámico, cateterismo de urgencia con eventual angioplastia y colocación de stent.

• Se notifica al Ministerio de Salud Pública para la inmediata intervención a fin de ver y ayudar a la paciente y estudiar al caso de efecto adverso producido por la vacuna antigripal.

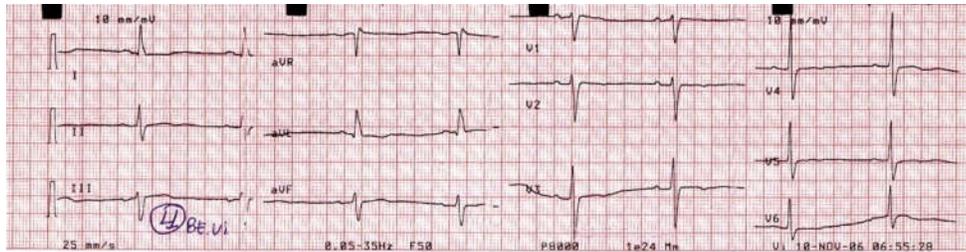
Día 10 de reinternación 10 de noviembre de 2006
(total 23 días) (9no día de antibiótico)

Tensión arterial: 140/60 mm. Hg.
Temperatura: 37,6°C

Paciente en mal estado general, persisten los rales crepitantes en ambas bases pulmonares y tercio medio de ambos pulmones.

Electrocardiograma: Con cambios isquémicos. (Ver Electrocardiograma 4).

[Volver al menú](#)



ELECTROCARDIOGRAMA 4: Obsérvese cambios isquémicos en V₁-V₂-V₃-V₄ y leve supradesnivel del segmento ST en V₁, con clínica y diagnóstico de isquemia persistente post-I.A.M. (Paciente mapeado). (Fecha 10/11/06)

No se puede realizar estudio hemodinámico por problemas económicos.

Laboratorio:

- CPK: 15 U/L
- LDH: 469 U/L
- GOT: 13 U/L
- P.C.R.: Positiva (++++)
- Ionograma: Na: 133,7 meq/L
- K: 4,5 meq/L
- Cl: 103 meq/L

Citoscopia: se encuentra vejiga con mucosa congestiva y un foco pequeño hemorrágico que no altera la pared vesical.

Día 11 de reinternación 11 de noviembre de 2006
(total 24 días) (10mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/80 mm. Hg.
 Frecuencia respiratoria: 20 x'
 Temperatura: 36,5°C

Paciente en regular estado general, asténica, con tolerancia a comidas, se auscultan rales crepitantes en base y tercio medio derecho y rales crepitantes en base izquierda.

Comentario: Persiste con P.C.R. positiva de (++++), indicando esto un estado inflamatorio persistente que no cede y continúa con semiología pulmonar de rales crepitantes en ambas bases que indican una neumonía persistente, no curando con 10 días de antibióticos en esta segunda internación y con 12 días de antibióticos en la primera internación, ya lleva 22 días de tratamiento con antibióticos y no cura su neumonía.

Día 12 de reinternación 12 de noviembre de 2006
(total 25 días) (11er día de antibiótico)

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.
 Temperatura: 37,4°C

Paciente continúa en igual estado.

Día 13 de reinternación 13 de noviembre de 2006
(total 26 días) (12 días de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.
 Temperatura: 37°C

Paciente refiere prurito generalizado nocturno, rales crepitantes en base y tercio medio derecho y rales subcrepitantes en base de pulmón izquierdo.

Electrocardiograma: Persiste "T" negativa en V1, V2, V3 y V4 con frecuencia cardiaca de 60 x'.

Laboratorio:

Leucocitos: 9.300 mm³

Neutrófilos: 80%

Linfocitos: 20%

Eritrosedimentación: 140mm/1er H.

CPK: 201U/L

GOT: 19 U/L

Fosfatasa alcalina: 247 U/L

GPT: 14 U/L

P.C.R.: Positiva (+)

Hematocrito: 27%

Hemoglobina: 7,7 g/dl

Recuento de plaquetas: 312. 000 mm³

T. Protombina: 78%

Glucemia: 0,75 g/L

Urea: 1,09 g/L

Creatinina: 5,80 mg/dl

Calcemia: 6,57 mg/dl

Fosfatemia: 5,51mg/dl

Proteínas totales: 5,43 g/dl

Albúmina: 2,55 g/dl

Colesterol: 143 mg/dl

Comentario:

Sigue con eritrosedimentación alta de 140 mm/1er H., con semiología respiratoria presentando persistencia de rales crepitantes y subcrepitantes en las bases desde la internación que no cede.

Aumento nuevamente de enzimas cardiacas por tercera vez, indicando una nueva necrosis y otro infarto agudo de miocardio pequeño.

Día 14 de reinternación 14 de noviembre de 2006
(total 27 días) (13 días de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Paciente continúa con rales crepitantes en base derecha y con rales subcrepitantes en base izquierda.

Diuresis 350cc.

Día 15 de reinternación 15 de noviembre de 2006
(total 28 días) (14 días de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Peso: 64kg.

Paciente presenta regular estado general, asténica, tolera la comida. Con rales crepitantes en base derecha y rales subcrepitantes en base izquierda.

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 60 x', con alteración en la repolarización con "T" positiva en V1, V2, V3, V4 y V5 y en doble lomo (bimodal).

Laboratorio:

Ionograma: Na: 139 meq/L

K: 3,46 meq/L

CPK: 240 U/L

P.C.R.: Positiva (++++)

T. Protombina: 77%

T. parcial de tromboplastina: 31"

Proteínas totales: 6,98 g/dl

Albúmina: 2,63 g/dl

Sigue con elevación de enzimas cardiacas CPK 240 U/L y con P.C.R. positiva (++++).

Comentario: Se interpreta que la elevación de enzimas CPK como **un nuevo infarto agudo de miocardio** pequeño (**el tercer I.A.M.**) y por los cambios de electrocardiográficos de V1 a V5 una **isquemia post I.A.M.**

Día 16 de reinternación 16 de noviembre de 2006
(total 29 días) (15 días de antibiótico)

Los familiares solicitan el alta voluntaria y la paciente es trasladada a la ciudad de Buenos Aires en ambulancia, en conocimiento de los riesgos que correrá, una vez retirada de la internación.

Estando de alta la paciente indico como médico independiente Oseltamivir 2 cápsulas de inicio y luego una por día durante 10 días (por insuficiencia renal).

Con lo cual la paciente a las 48-72 horas mejora un 80%, desapareciendo la astenia, mejorando el sensorio y su sintomatología respiratoria, recuperándose de la neumonía vírica, estabilizándose de la cardiopatía isquémica y mejorando la función renal. Mejorando un 90% a los 10 días del tratamiento.

La paciente luego que mejoró refiere no acordarse de nada durante la internación. Recién luego del tratamiento de los 10 días con Oseltamivir, refiere recuperar la memoria y sentirse más despierta, como antes de la enfermedad (normal). Mejorando totalmente su sensorio. Posible diagnóstico de encefalitis.

Es atendida a los cuatro días en Buenos Aires y los médicos la encontraron relativamente bien, por lo que no justificaron la internación y la diálisis inmediata, luego de una semana de atención y evaluación en forma deambulatoria nuevamente reiniciaron su plan de hemodiálisis.

El 17 de noviembre de 2006, la historia clínica es sustraída del sector de internación, lo cual motiva a realizar denuncia policial y al juzgado de turno, luego de 17 días la historia clínica reaparece inexplicablemente.

Ecografía renal realizada en Buenos Aires el 20 de noviembre de 2006 informa lo siguiente: ambos riñones con ecogenicidad cortical aumentada,

con forma y tamaño conservado. Vías excretoras no dilatadas, riñón derecho 114mm. y riñón izquierdo 124mm.

Ecocardiograma Doppler realizado en Buenos Aires el 12 de diciembre de 2006 informa lo siguiente: con función sistólica normal, cavidades auriculares y ventriculares normales, enfermedad aórtica leve, insuficiencia mitral leve, hipertrofia septal.

Comentario:

Esta paciente de 70 años de edad, que por primera vez se aplica la vacuna antigripal el 10 /05/06 y luego de un período de incubación de 5 días presenta la enfermedad "Gripe Prolongada" durante 20 días (etapa aguda) y sigue sin curar durante 5 meses, lo cual padeció 4 reagudizaciones o recaídas, agravándose en la última reagudización en septiembre con mayores síntomas, complicándose y diagnosticándose una neumonía tratada con antibióticos, no mejora totalmente y en octubre vuelve a padecer otra neumonía tratándose también con antibiótico, sigue sin mejorar y consulta al hospital donde es internada, con diagnóstico de neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria.

Durante esta internación y reinternación permanece desde el 19/10/06 hasta 16/11/06 en total 29 días, en la que presenta semiología pulmonar con rales crepitantes en base derecha e izquierda y subcrepitantes en forma permanente sin curar, también leucocitosis persistente y que llegó hasta 33.700 mm³ a predominio de neutrófilos, con reacción inflamatoria persistente por la eritrosedimentación de 140mm/1er H. y P.C.R. positiva (++++).

La paciente en mal estado general no presentó -ni se detectó- infección bacteriana aún con tres hemocultivos en diferentes tiempos en las dos internaciones, que no mejoró aún con antibióticos, indica por la clínica que a pesar de dos esquemas de tratamiento con antibióticos, el primero con ampicilina + sulbactam durante 11 días y el segundo con vancomicina y ciprofloxacina durante 15 días no se curó, ni mejoró. **Indicando esto también que fue una neumonía bilateral vírica primaria.**

En total en septiembre, octubre y noviembre presentó cuatro neumonías tratadas con antibióticos en formas diferentes que no curaron, esto indica la gravedad de la **neumonía vírica persistente durante estos tres meses seguidos** y que las reagudizaciones siguieron afectando a la paciente sin mejorar con antibióticos.

- Esto demuestra que no fueron cuatro neumonías separadas que se presentaron en forma independiente en los tres meses, sino que fue una sola neumonía bilateral vírica primaria que persistió durante tres meses seguidos en mayor o menor grado, con sus reagudizaciones, que no curó con antibióticos y sí mejoró rápidamente únicamente con el antivírico Oseltamivir, curándose en 10 días y sin antibióticos.

Presenta **dos eventos de infarto agudo de miocardio y luego un tercer I.A.M. pequeño con una isquemia post infarto agudo de miocardio.**

- Los infartos agudos de miocardio producidos en forma consecutiva y con características de no producir onda "Q" evidente de necrosis, pueden ser

ocasionados también por mecanismo de inflamación arterial de vasculitis o vascularitis en el miocardio, generando diferentes presentaciones clínicas, como infartos de tipo no "Q", isquemia post I.A.M. con mayores o menores síntomas clínicos lo que dificulta aún más el diagnóstico. Por eso es importante el seguimiento estricto por la clínica y con electrocardiograma, enzimas cardíacas, troponina "T" y otros métodos complementarios.

Es de observarse también una P.C.R. positiva (++++), persistente en esta paciente indicando también que pudo haber sido afectado el sistema vascular arterial, además del aparato respiratorio con la neumonía también persistente.

Presenta durante la internación **una insuficiencia renal aguda que nunca antes había tenido, evolucionando en crónica.**

- Esta insuficiencia renal aguda no puede explicarse por una hipertensión de cuatro años de duración, sino que en este caso puede ser producida por una inflamación de los vasos sanguíneos, vasculitis o vascularitis a nivel renal produciendo una insuficiencia renal aguda. Esta vasculitis es producida por la vacuna antigripal y está demostrada y reportada como un efecto adverso de esta vacuna sobre el riñón con afecciones transitorias. Lo que no se informa es que a través de este mecanismo llega a producir lesiones renales graves como esta insuficiencia renal aguda que lleva a insuficiencia renal crónica con graves consecuencias.

Esta relación entre la vacuna antigripal y las lesiones renales transitorias o insuficiencia renal aguda que llevan a la insuficiencia renal crónica son muy frecuentes de observar.

Estas enfermedades:

- 1- Neumonía bilateral vírica primaria persistente.
- 2- Enfermedad viral respiratoria prolongada. "Gripe Prolongada"
- 3- Dos infartos agudos de miocardio, con posibilidad de un tercero y con isquemia post I.A.M.
- 4- Insuficiencia renal aguda y con insuficiencia renal crónica definitiva.
- 5- Síndrome inflamatorio persistente.
- 6- Posible encefalitis.

Son complicaciones típicas producidas por la "Gripe Prolongada" que padeció esta paciente, luego de la aplicación de la vacuna antigripal en el 2006, complicaciones ya descritas en esta enfermedad, Lamentablemente no se pudo realizar el tratamiento con antivírico específico Oseltamivir en esta paciente durante su internación, lo que hubiese mejorado antes a la paciente y disminuído o no presentado más complicaciones sucesivas y graves con riesgo de vida.

Esta es otra paciente que fue afectada por la vacuna antigripal padeciendo "Gripe Prolongada" y complicaciones graves, con riesgo de vida sin un diagnóstico de certeza y sin tratamiento específico.

Este caso lamentablemente es uno más de los miles de pacientes afectados por "Gripe Prolongada" en el mundo, no diagnosticada y no tratada adecuadamente y con riesgo de vida.

TERCERA INTERNACIÓN:

HISTORIA CLINICA:

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 70 años.

Domicilio: Encarnación-Paraguay.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Paraguaya.

2) Paciente internada:

Fecha de internación: 5 de febrero de 2007.

Fecha de fallecimiento: 8 de febrero de 2007.

3) Motivo de consulta: Fiebre, astenia.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Comienza aproximadamente 48hs. antes de la consulta con fiebre, astenia, adinamia y prurito generalizado, agregándose escalofríos, sudoración profusa, refiere dolor a nivel de la cánula de doble luz de 24hs. y con mal estado general, consulta a médico y es internada, al ingresar comienza con diarrea con heces amarillentas sin sangre.

5) Antecedentes de importancia: Paciente afectada por la vacuna anti-gripal en el 2006, presentando la enfermedad "Gripe prolongada" durante seis meses y medio, complicada con afección pulmonar, cardíaca y renal, las cuales son neumonía bilateral vírica primaria persistente de dos meses y medio, cardiopatía isquémica con dos infartos agudos de miocardio y con isquemia post I.A.M., con insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis, transformándose en insuficiencia renal crónica. Inicio de hemodiálisis trisemanal en octubre de 2006.

Luego de la segunda internación (reinternación) hasta noviembre del 2006, al alta voluntaria fue tratada con antivírico Oseltamivir durante 10 días siguientes (una cápsula por día), con buena evolución en los diez días. Mejorando la neumonía viral, estabilizándose la enfermedad coronaria y mejorando levemente la insuficiencia renal (no se pudieron evaluar criterios de curación. Por viajar la paciente a Buenos Aires).

También hipertensión arterial de 4 años atrás y TBC pulmonar curada hace 30 años.

Se realizó fístula arterio-venosa el 16 de enero del 2007.

6) Examen físico:

Paciente en mal estado general, asténica, adinámica, ubicada en tiempo y espacio, no se puede evaluar marcha.

Tensión arterial: **90/60 mm. Hg.**

Frecuencia cardíaca: 70 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'
Temperatura: 36,2°C

Presenta palidez cutánea mucosa generalizada, fístula arterio venosa sin soplo, sin frémito y sin signos de inflamación. En cuello presenta cánula doble luz en el lado derecho.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en base y tercio medio de hemitórax derecho.

Aparato cardiovascular: No se auscultan soplos, primero y segundo ruido hipofonéticos.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, a la palpación, no presenta organomegalias, ruidos hidroaereos presentes.

Radiografía de tórax: Hilios congestivos, redistribución de flujo.

Electrocardiograma: Frecuencia cardiaca 75 x', sobrecarga de ventrículo izquierdo, extrasístoles ventriculares aisladas, ondas "T" negativas en V1 y V2.

Laboratorio:

Leucocitos: 11.900/mm³

Glucemia: 0,80 g/L

Urea: 4,60 g/L

Hemocrito: 28%

Ionograma: Na: 136 meq/L

K: 4,95 meq/L

Cl: 101 meq/L

7) Diagnósticos de ingreso:

- 1- Síndrome febril agudo.
- 2- Insuficiencia renal crónica.

Diagnóstico presuntivo: 1- Posible isquemia miocárdica septal.

Otros diagnósticos:

- 1- Hipertensión arterial.
- 2- Secuela de tuberculosis (hace 30 años).

Se solicita nuevo laboratorio, pancultivo (hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, cultivo de retrocanula), electrocardiograma.

8) Tratamiento:

- 1- Dieta hiposódica y para renal.
- 2- Atenolol 12,5mg. por día.
- 3- Calcio un gramo cada 8 horas.
- 4- Acido fólico un comprimido por día.
- 5- Vitamina B12 un comprimido por día.
- 6- O2 húmedo a bajo flujo.

Día 2 de internación 6 de febrero de 2007

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,2°C

Paciente en mal estado general, se auscultan rales subcrepitantes en base y tercio medio del pulmón derecho, no presenta más heces diarréicas.

Sin diuresis.

Laboratorio:

Leucocitos: 17.000/mm³

Neutrófilos: 92%

Linfocitos: 8%

Hematocrito: 29%

Eritrosedimentación: 115mm/1er H.

P.C.R.: Positiva (++++)

Glucemia: 0,56 g/L

Urea: 0,72 g/L

Creatinina: 4,51 mg/dl

Recuento de plaquetas: 116.000/mm³

Calcemia: 8,26 mg/dl

Fosfatemia: 2,72 mg/dl

Proteínas totales: 6,46 g/dl

Albúmina: 2,88 g/dl

pH: 7,44

pO₂: 50 mm.Hg.

pCO₂: 32 mm.Hg.

Sat O₂: 86%

VDRL: no reactiva

Chagas: no reactiva

Coprocultivo: Leucocitos 5 por campo, no hay gérmenes ni parásitos.

Hemocultivos: Se desarrolla cocos gram positivo en diplo y racimos.

Cultivo contralateral: cocos gram positivo en diplo y racimos.

Se solicita internación en terapia intensiva, no hay cama.

Día 3 de internación 7 de febrero de 2007

(1er día de antibiótico)

Tensión arterial : 80/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Temperatura: 36,7°C

Paciente en mal estado general, se auscultan rales crepitantes en base y tercio medio de hemitórax derecho.

Sin diuresis.

Hemocultivos: tipificación: staphylococcus spp.

Muestra contralateral tipificación: staphylococcus spp.

Laboratorio:

Glucemia: 1,01 g/L

Urea: 1,70 g/L

Ionograma: Na: 145 meq/L
K: 6,06 meq/L
Cl: 107 meq/L

Diagnóstico de bacteriemia a staphylococcus.

Tratamiento: Se agrega vancomicina 1gr. cada 12 horas, se solicita pase a unidad de terapia intensiva en la cual no se dispone de cama.

Día 4 de internación 8 de febrero de 2007
(2do día de antibiótico)

Tensión arterial: 60/20 mm. Hg.
Temperatura: 37,5°C

Paciente en mal estado general, grave con disnea clase IV.
Se auscultan rales crepitantes en base y tercio medio de hemitórax derecho.

Hemocultivos: se identifica staphylococcus aureus.

• **Diagnóstico:** Sepsis por staphylococcus aureus.

Antibiograma: Resistente a gentamicina.

Sensible:

Clindamicina.

Eritromicina.

Rifampicina.

Cefalosporina de 1ra generación.

Ciprofloxacina.

Tetraciclinas.

Trimetropina sulfametoxasol.

Laboratorio:

Ionograma: Na: 141 meq/L

K: 6,92 meq/L

Cl: 108 meq/L

pH: 7,38

pO2: 78 mm.Hg.

pCO2: 42 mm.Hg.

Sat O2: 95%

Tratamiento: Dopamina en goteo como inotropico.

Se solicita nuevamente cama en Unidad de Terapia Intensiva, no disponiéndose de la misma.

Paciente grave, con disnea clase IV, taquicardica, hipotensa con riesgo inminente de muerte.

Paciente en mal estado presenta paro cardiorrespiratorio, se realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar no respondiendo la paciente, falleciendo en la fecha.

Comentario:

Esta paciente es internada, se detecta una infección bacteriana por staphylococcus aureus y fallece por sepsis.

La causa por la que se infecta por staphylococcus aureus podría ser la cánula de hemodiálisis, la paciente presentaba dolor en esa zona, que se infectó y produjo esta sepsis.

Se fundamenta que el fallecimiento de esta paciente por una complicación infecciosa como causa final, está producido en su inicio por la vacuna antigripal y su enfermedad "Gripe Prolongada" con sus complicaciones que derivaron posteriormente en un desenlace fatal.

Si la paciente no se hubiera aplicado la vacuna antigripal, no habría tenido esta enfermedad viral tan prolongada, con reagudizaciones, complicaciones y no hubiera fallecido.

Este es otro caso más, lamentablemente de los miles de pacientes no diagnosticados y no tratados adecuadamente que presentaron la enfermedad "Gripe Prolongada" con complicaciones y falleciendo de la misma.

CASO CLINICO Nº 7

GRIPPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada"

Complicada con neumonía bilateral vírica,
e insuficiencia renal aguda-crónica

(Mejora con tratamiento antivírico oseltamivir)

(Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.

Edad: 56 años.

Domicilio: Capitán Meza.

Ocupación: Comerciante.

Nacionalidad: Paraguayo.

2) Paciente internado: 30 de abril de 2007.

3) Motivo de consulta: Disnea clase III-IV, mareos, dificultad para caminar, náuseas y vómitos.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente estando previamente en buen estado, se aplica la vacuna antigripal el 3 (aproximadamente) de abril de 2007 y a las 24hs. presenta dolor en el lugar de la aplicación (hombro izquierdo) por dos días, a los 7 días de aplicada la vacuna antigripal comienza con fiebre, estornudos, rinitis mucoserosa intensa, cefaleas, artromialgias, astenia marcada, fotofobia, lagrimeo, tos intensa con expectoración mucoserosa por 7 días y luego se transforma en mucopurulenta, transpiración nocturna, dolor de oídos, dificultad para caminar, luego se agrega dolor epigástrico, vómitos y diarrea durante 3 días. Estos síntomas continuaron durante 20 días sin mejorar, se medica al inicio de la enfermedad con antibióticos por 15 días, tiempo en el cual tampoco mejora, persistiendo el cuadro viral respiratorio prolongado, el paciente se agrava presentando disnea clase III-IV, mareos y dificultad para caminar, acompañado de nauseas y vómitos. Por lo que consulta nuevamente y es internado.

5) Antecedentes de importancia: Presenta diabetes tipo II de 8 años de evolución, tratada actualmente con glibenclamida 5mg. cada 12hs.
Hipertensión arterial de 3 años de evolución tratada actualmente con enalapril 10mg. día.
Hepatopatía no aclarada tres meses antes (actualmente normal).
Hematemesis importante dos meses antes.
● Análisis de laboratorio de marzo de 2007, presenta urea de 0,44g/L y creatinina de 0,77mg/dl, normales.

6) Examen físico: Paciente lúcido, afebril, ubicado en tiempo y espacio.

Tensión arterial: 110/40 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 110 x'

Frecuencia respiratoria: 22 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 65,200 kg.

Talla: 1,57mtrs.

Aparato respiratorio: Presenta disminución de la expansión y vibraciones vocales abolidas en base derecha, submatides en misma base.
Presenta a la auscultación hipoventilación en base derecha y rales crepitantes por encima de la base derecha en campo medio derecho, hipoventilación generalizada en ambos pulmones.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, igual. No se auscultan soplos, primero y segundo ruidos normales.

7) Diagnóstico: Frente a esta presentación clínica se realiza el diagnóstico de:

- 1) Neumonía vírica con derrame pleural derecho.
- 2) Enfermedad viral respiratoria prolongada.
- 3) Gripe Prolongada.

Otros diagnósticos:

- 1) Diabetes tipo II.
- 2) Hipertensión arterial.

8) Tratamiento: Se trata con antibiótico cefalosporina de tercera generación (cefotaxima 1 gr. cada 6hs.) y otras indicaciones.
Se sugiere el tratamiento con antivírico Oseltamivir y no se realiza.

9) Métodos complementarios:

Rayos x de tórax: Se observa opacidad homogénea en base derecha con velamiento de seno costofrénico derecho.

Electrocardiograma: Normal, taquicardia sinusal.

Laboratorio:

Leucocitos: 15.000 mm³

Hematocrito: 20%

Neutrófilos: 87%

Linfocitos: 12%

Monocitos: 1%

Glucemia: 2,04 g/L
Creatinina: 4,57 mg/dl
Urea: 0,77 g/L
Ionograma: Na: 135,8 meq/L
K: 6,01 meq/L
Cl: 108 meq/L

Líquido de punción pleural: Cantidad escasa, color amarillo claro aspecto límpido.

Cultivo de líquido pleural: se detecta klebsiella pneumoniae.
No se identifica etiología tuberculosa, B.A.A.R. de líquido pleural y esputo negativos.

10) Evolución: Permaneció internado durante 11 días tratado con antibióticos, bajando los leucocitos a 8.500 mm³ antes del alta.
El paciente es trasladado a otro hospital para seguir tratamiento y evolución, es dado de alta el día 10/05/07.

Otros diagnósticos durante la internación son:

- 1) Anemia
- 2) Insuficiencia renal aguda.

Reinternación: Día 16 de mayo de 2007

Vuelve a reinternarse después de 5 días de su primera internación, presentando reagudización de los mismos síntomas con fiebre, tos con expectoración mucopurulenta, disnea clase funcional III.

El examen físico presenta: en aparato respiratorio se ausculta rales crepitantes en campo medio derecho, roncus y sibilancias generalizadas e hipoventilación generalizada, también presenta rales subcrepitantes en campo medio izquierdo.

- El paciente presenta broncoespasmo que nunca antes había padecido.

Métodos complementarios:

Rayos x de tórax frente día 15/05/07: Infiltrado intersticio alveolar difuso parahiliar izquierdo y opacidad homogénea en base derecha. Ver Fig.1

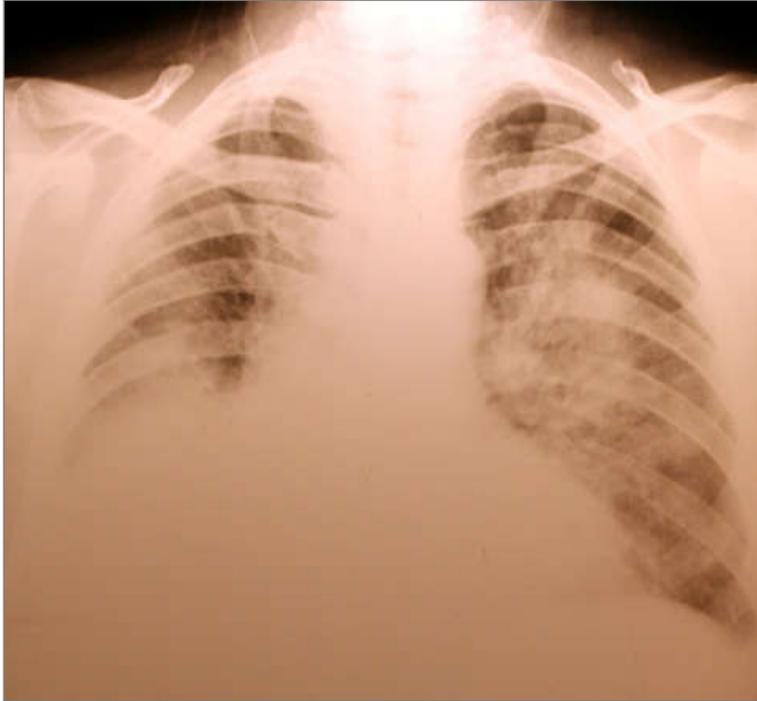


Fig.1: Fecha: 15/05/07

Laboratorio:

Leucocitos: 19.100 mm³

Hematocrito: 20%

Neutrófilos: 94%

Linfocitos: 6%

Glucemia: 3,34 g/L

Creatinina: 3,02 mg/dl

Urea: 1,06 g/L

Ionograma: Na: 137 meq/L

K: 3,78 meq/L

Cl: 108 meq/L

P.C.R.: Positiva (++++)

T. Protombina: 83%

Recuento de Plaquetas: 282.000 mm³

Clearance de creatinina: 24 ml/min.

Proteínas totales: 6,4 g/dl

Albúmina: 2,31 g/dl

Diuresis: 1.400 a 2.400 cc/día

Se realiza ecografía pleural: en base derecha se detecta leve derrame pleural y condensación en base derecha, también se detecta leve derrame pleural izquierdo.

Se realizan hemocultivos, urocultivo, cultivo de esputo, cultivo de líquido pleural, todos fueron sin desarrollo y negativos para bacterias, hongos y tuberculosis.

Ecocardiografía, derrame pericárdico leve, leve dilatación de aurícula izquierda, hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo, función ventricular normal.

Fondo de ojo: múltiples hemorragias y exudados algodonosos y vasos finos.

Ecografía renal, riñones normales, eutópicos, diámetros conservados (10cm. longitud).

Diagnóstico actual de segunda internación:

- 1- Segunda neumonía viral (de hemitórax izquierdo).
Con derrame pleural izquierdo.
- 2- Primera neumonía viral persistente en base derecha.
Con derrame pleural derecho.
- 3- Neumonía bilateral vírica.
- 4- Insuficiencia renal aguda a crónica.
- 5- Síndrome viral respiratorio prolongado (reagudización).
- 6- Gripe Prolongada persistente.
- 7- Derrame pericárdico.

Tratamiento: Es tratado nuevamente con antibiótico, otra cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona cada 12hs.) durante 15 días.
Se sugiere nuevamente el tratamiento con el antivírico Oseltamivir y no se trata.

Evolución: al terminar el tratamiento con antibióticos se realiza rayos x de tórax frente de control con fecha 30/05/07, con persistencia de la radioopacidad de base derecha, y disminución del infiltrado intersticio alveolar en hemitórax izquierdo, pero persistiendo. (Ver Fig.2)



Fig.2: Fecha: 30/05/07

Evolución: Al terminar el tratamiento con antibiótico se realiza tomografía computada de tórax con contraste el 01/06/07 (Ver Fig.3- 4- 5- 6-7- 8- 9 y 10) y punción pulmonar guiada (Ver Fig. 11 y 12), presentando las siguientes conclusiones:

Condensación parenquimatosa del lóbulo medio con broncograma aéreo.

Engrosamiento pleural derecho.

No se detecta derrame pleural derecho.

Infiltrado leve de tipo intersticial de distribución irregular en el pulmón izquierdo.

Leve derrame pleural izquierdo.

Adenomegalias paratraqueales derechas.



Fig.3: Fecha: 01/06/07

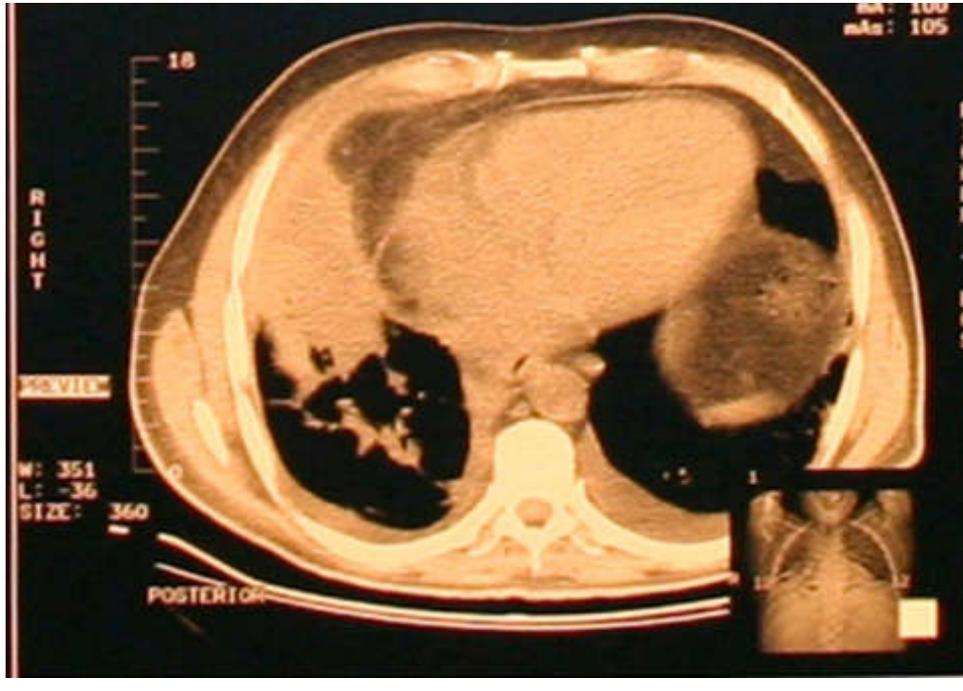


Fig.4: Fecha: 01/06/07

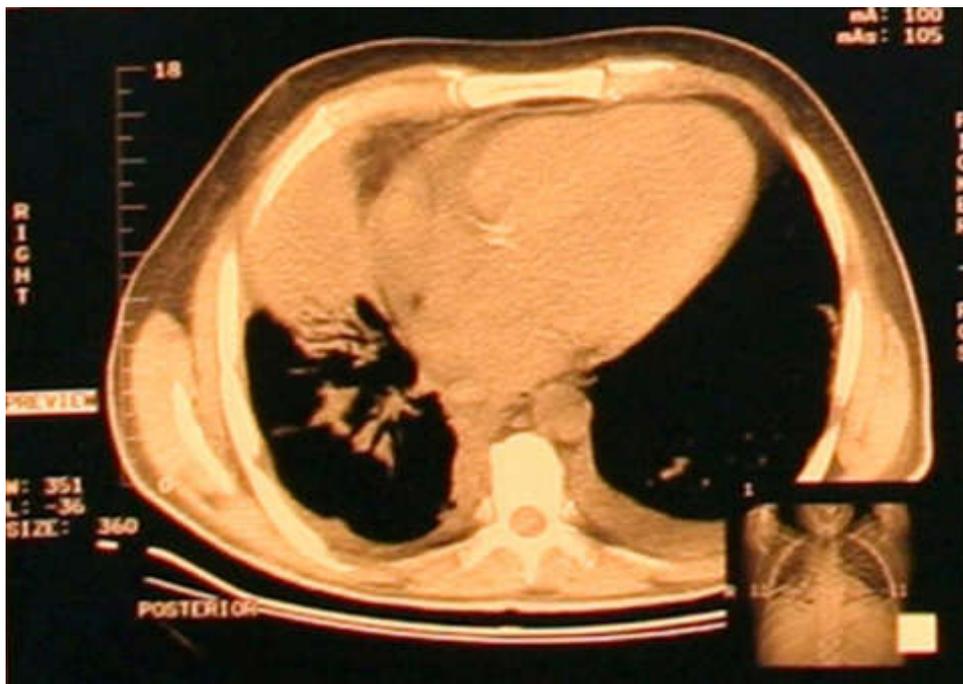


Fig.5: Fecha: 01/06/07

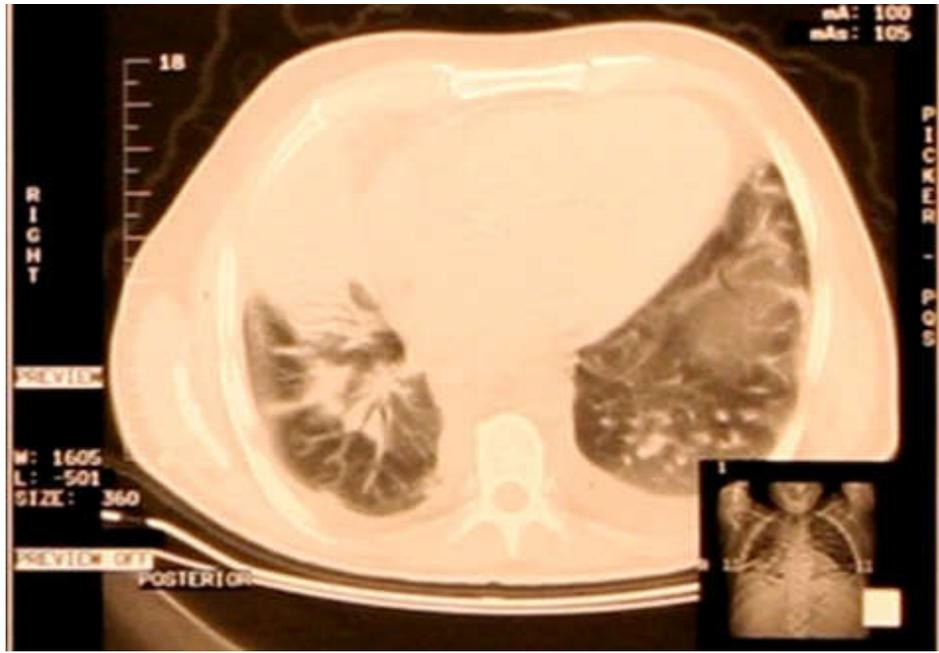


Fig.6: Fecha: 01/06/07

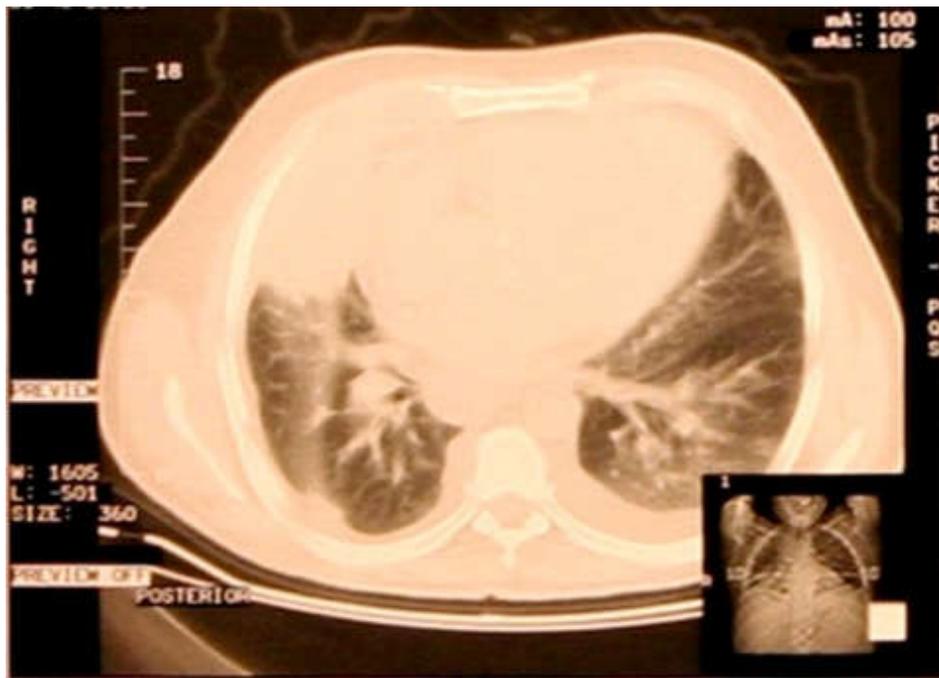


Fig.7: Fecha: 01/06/07



Fig.8: Fecha: 01/06/07

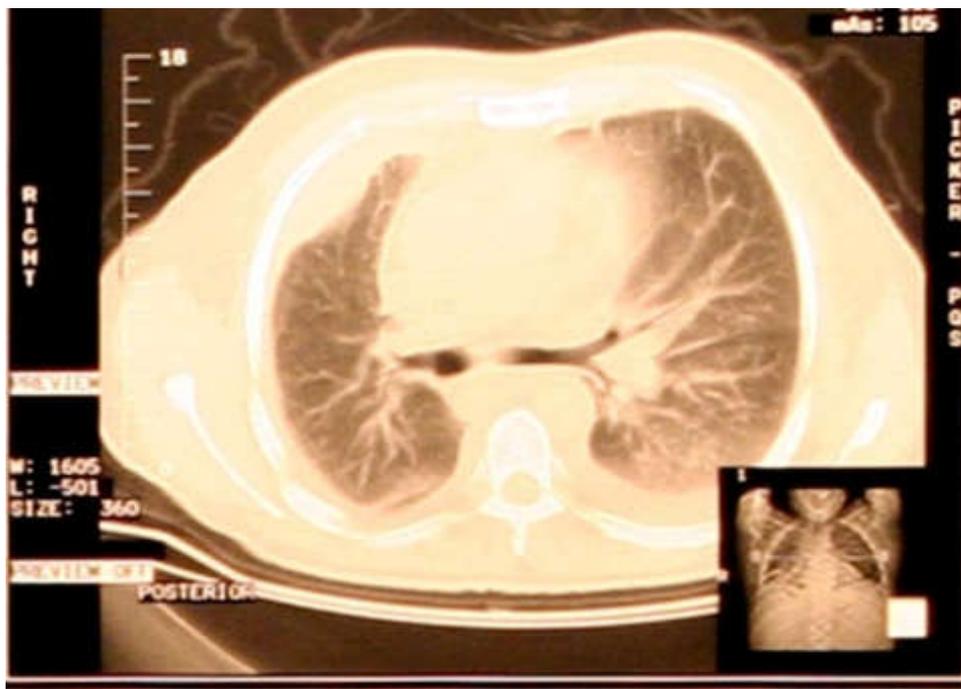


Fig.9: Fecha: 01/06/07

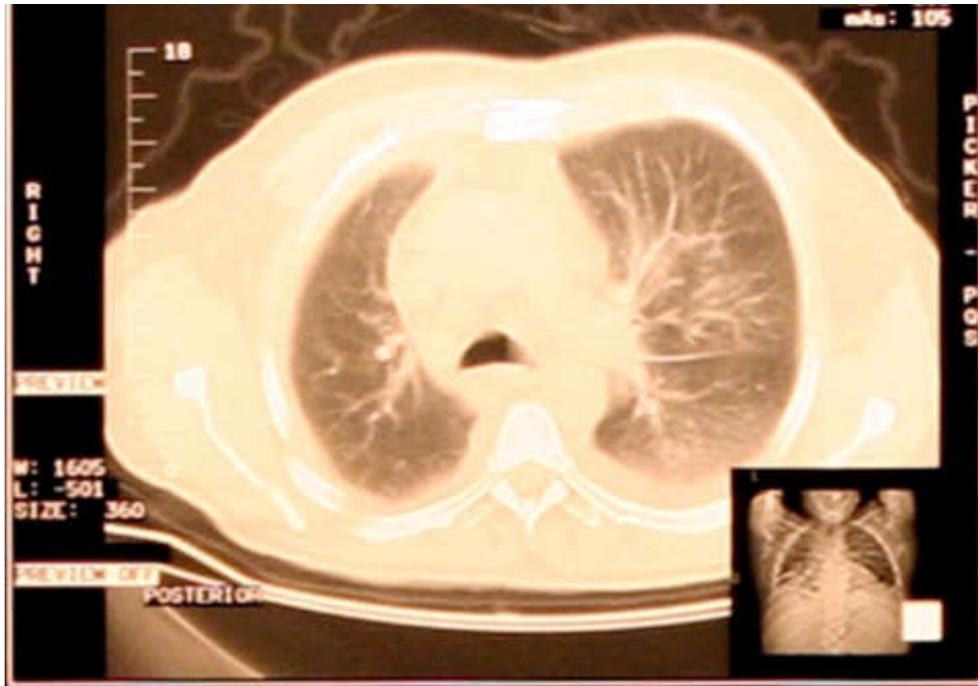


Fig.10: Fecha: 01/06/07

Punción pulmonar guiada por T.A.C.: se realiza en el área de condensación parenquimatosa pulmonar derecha, en un área central de menor densidad, extrayéndose material purulento. El informe del líquido de punción fue sin desarrollo bacteriano.

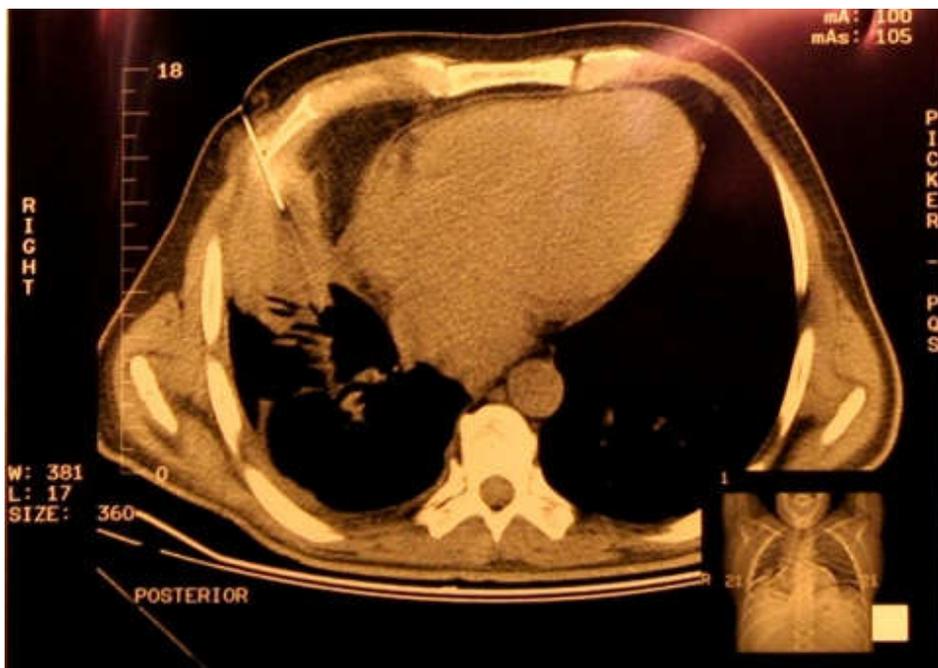


Fig.11: Fecha: 01/06/07



Fig.12: Fecha: 01/06/07

Evolución: Permanece internado por el término de 30 días con mejor estado, pero no resuelta su nueva neumonía viral izquierda, ni su consolidación neumónica de base derecha persistente. Los leucocitos bajan a 7.900 mm³. El paciente es dado de alta.

El paciente por la clínica seguía con una neumonía viral no curada, por lo que se decide el tratamiento con el antivírico Oseltamivir. Al momento del alta se medica con el antivírico Oseltamivir una cápsula por día durante 10 días, la dosis de una cápsula por día es por su insuficiencia renal.

El paciente mejora clínicamente un 90% al cuarto día del tratamiento y sigue así hasta el décimo día. El control de rayos x de tórax a los 10 días, presenta persistencia de su imagen radioopaca derecha y desaparición del infiltrado intersticio alveolar izquierdo. El paciente no vuelve más a la consulta.

- El paciente es la primera vez que se vacuna con la antigripal.
- El paciente nunca antes tuvo una gripe tan fuerte y prolongada.
- El paciente nunca antes tuvo neumonía.
- El paciente nunca presentó broncoespasmo en su vida.
- El paciente no presentaba insuficiencia renal antes de vacunarse.
- El paciente no presentaba derrame pericárdico antes de vacunarse.

Comentarios: Este paciente estando con salud estable, se aplica la vacuna antigripal y a los 7 días presenta todos los síntomas de una enfermedad viral respiratoria prolongada de 20 días, no curando pese a tratamiento con antibióticos durante 15 días, esta enfermedad es la "Gripe Prolongada", se agrava el cuadro clínico y se complica con:

[Volver al menú](#)

1- Neumonía viral de base derecha con derrame pleural.

2- Insuficiencia renal aguda.

Todos los cultivos realizados para bacterias, hongos, y tuberculosis son negativos. Sólo se encuentra una infección de líquido del derrame pleural derecho por klebsiella pneumoniae, la cual es tratada con antibiótico cefalosporina de tercera generación por 10 días, con mejora del cuadro clínico pero no curando totalmente.

Es trasladada a otro hospital para que siga su tratamiento e internación.

A los 5 días, vuelve con reagudización de sus síntomas de infección respiratoria nuevamente, con el agregado nuevo de semiología respiratoria en hemitórax izquierdo y con infiltrado intersticio alveolar del mismo hemitórax izquierdo, confirmando otra nueva neumonía vírica del hemitórax izquierdo.

Esto es otra reagudización vírica de la enfermedad "Gripe Prolongada", con una nueva neumonía vírica izquierda. Además presenta persistencia del derrame pleural en base derecha, más su infiltrado neumónico también persistente en la misma base.

Se realizaron nuevamente todos los cultivos para bacterias, hongos y tuberculosis con resultados negativos.

Se realizó otro tratamiento con otra cefalosporina de tercera generación por 15 días, no curando totalmente por segunda vez.

Se confirma nuevamente el diagnóstico de:

1- Nueva neumonía viral en pulmón izquierdo con derrame pleural leve.

2- Neumonía viral persistente en base de hemitórax derecho con derrame pleural.

Es una neumonía bilateral vírica persistente por la enfermedad "Gripe Prolongada" que no cura con antibióticos por ser de etiología viral.

Esto se confirma por la tomografía axial computada de tórax, donde se observa en base derecha una condensación neumónica con broncograma aéreo persistente. También engrosamiento pleural derecho sin derrame pleural, en pulmón izquierdo presenta un infiltrado intersticial de distribución irregular, con un leve derrame pleural también izquierdo. No presenta más derrame pericárdico.

Además otro diagnóstico es la insuficiencia renal aguda que nunca antes había padecido, esto pudo haber sido también desencadenado o agravado por la vasculitis renal que produce la vacuna antigripal.

También un estado inflamatorio persistente por P.C.R. positiva de (++++).

Este paciente fue tratado con dos esquemas de antibióticos durante 25 días, no curando de las dos neumonías y sin detectar infecciones bacterianas, demostrando esto que las dos neumonías no fueron de origen bacterianas, micóticas o por tuberculosis. Esto reafirma que estas neumonías son de origen viral, por un virus respiratorio de acción prolongada, sería la "Gripe Prolongada". Con más fundamento aún cuando el paciente mejora con el tratamiento antivírico de Oseltamivir un 90% al cuarto día siguiendo así a los 10 días. También mejoró las imágenes en la radiografía de tórax frente, desapareciendo el infiltrado intersticio alveolar izquierdo y persistiendo imagen radioopaca en base derecha, que se interpreta esta imagen como una paquipleuritis secuelar, ya que no se encontró más derrame pleural derecho en la tomografía computada y si un engrosamiento pleural derecho.

Esto demuestra una vez más que esta enfermedad "Gripe Prolongada" produce **complicaciones pulmonares graves**, neumonía vírica persistente con nueva neumonía vírica, produciendo neumonía bilateral vírica primaria, también con afección pleural, con derrame pleural, paquipleuritis y **complicación cardíaca como pericarditis**.

También **complicaciones renales**, una insuficiencia renal aguda producida por la vacuna antigripal y la misma enfermedad "Gripe Prolongada", por vasculitis renal, como desencadenante único o agravando a las lesiones previas de la diabetes o hipertensión arterial.

- Si este paciente se hubiera tratado con el antivírico Oseltamivir al inicio de la enfermedad "Gripe Prolongada", se habría curado y por lo tanto no habría presentado las complicaciones pulmonares, renales y cardíacas. Aún una vez presentada las complicaciones, si se hubiera tratado con antivírico Oseltamivir durante las mismas, éstas hubieran sido de menor gravedad y curado más rápidamente.

- Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por la vacuna antigripal, que produce esta enfermedad "Gripe Prolongada" con complicaciones pulmonares, renales, cardíacas, que no son diagnosticadas ni tratadas específicamente, quedando con secuelas y riesgo de vida. Que no son tratadas a tiempo con tratamiento antivírico Oseltamivir, por no hacer el diagnóstico correcto aún en este año 2013.

- Pero quedan todavía cientos de miles de personas afectadas, no diagnosticadas y no tratadas específicamente, que padecen esta enfermedad, con riesgo de complicaciones y de muerte aún en este año 2013.

CASO CLINICO N° 8

"Gripe Prolongada" y "Efecto retardado" a mediano plazo complicada con Neumonía bilateral vírica primaria

(Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 74 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Jubilada.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

Fecha de ingreso: 1 de septiembre de 2006 en sala de emergencia (Día 1).

4 de septiembre de 2006 en sala de internación (Día 4).

Fecha de egreso: 20 de septiembre de 2006, alta médica.

3) Motivo de consulta: Disnea de reposo y hemoptisis.

Derivada de centro de menor complejidad con diagnósticos de neumonía bilateral e insuficiencia respiratoria.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Refiere comenzar 15 días previos a su internación (15/08/06) con síntomas iguales a los de una gripe: fiebre con predominio nocturno, mialgias, rinorrea, tos, sin expectoración y presencia de hemoptisis, disnea clase II-III que progresa a clase IV, con dolor pleurítico en ambas bases pulmonares que aumenta con la inspiración profunda y con la tos.
Como dato de interés refiere que 2 meses antes ya presentaba disnea clase II, polidipsia e incontinencia urinaria.

5) Antecedentes de importancia: Diabetes tipo II diagnosticada hace 6 años con tratamiento irregular de hipoglucemiantes orales, metformina, glibenclamida.
Hipertensión arterial diagnosticada hace 2 años, tratada con enalapril 20mg. por día.
• Se aplicó la vacuna antigripal en el 2005, en sala de atención de salud, presentando a los 7 días un cuadro respiratorio viral igual a una gripe que le dura 3 meses, presentando 2 reagudizaciones más una en octubre y la segunda en diciembre del 2005. En el año 2006 presenta otra reagudización recién el 15 de agosto (tercera reagudización) que se complica con neumonía bilateral y es lo que motiva la consulta y esta internación.
• Entre la segunda reagudización y la tercera hay 8 meses sin síntomas, normal.
La paciente nunca fue asmática ni presentó broncoespasmo y nunca tuvo neumonía.
No fuma ni bebe alcohol.
Presenta obesidad.

6) Examen físico: Ingresa lúcida en mal estado general con Glasgow 15/15, decúbito dorsal obligado, disnea clase IV.

Tensión arterial: 130/70 mm. Hg.
Frecuencia cardiaca: 95 x'
Frecuencia respiratoria: 32x'
Temperatura: 38,6°C

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas.

Cuello: Ingurgitación yugular de 1/3 con colapso inspiratorio.

Aparato respiratorio: Disnea clase IV en ortopnea, hipoventilación generalizada con predominio en ambas bases, roncus y sibilancias generalizadas, rales crepitantes en ambas bases pulmonares.

Aparato cardiovascular: Ritmo regular, los ruidos son hipofonéticos y hay superposición de ruidos respiratorios, es poco evaluable.

Abdomen: Sin dolor a la palpación, sin organomegalias, ruidos hidroaereos positivos.

7) Diagnósticos:

- 1- Neumonía bilateral.
- 2- Insuficiencia respiratoria severa.
- 3- Enfermedad viral respiratoria reagudizada (tercera reagudización).
- 4- "Gripe Prolongada", afectada por la vacuna antigripal en el año 2005 de tres

meses de duración y 3 reagudizaciones.

5- "Efecto retardado" a mediano plazo. Por la vacuna antigripal. (Tercera reagudización y complicada con neumonía).

Otros diagnósticos:

1- Diabetes tipo II.

2- Hipertensión arterial.

3- Obesidad.

Se solicita: Hemocultivos por 2, se coloca sonda vesical, laboratorio de rutina de sangre, gases en sangre, radiografía de tórax (frente), electrocardiograma, ecocardiograma, ecografía pleural, ecografía abdominal y fondo de ojo.

8) Tratamiento:

1- Venoclisis con hidratación.

2- Posición semisentada.

3- Dieta para diabetes e hiposódica.

4- Oxígeno húmedo a bajo flujo constante.

5- Nebulizaciones con solución fisiológica y salbutamol cada 6 horas.

6- Ampicilina + sulbactam 1,5gr. cada 6 horas.

7- Enalapril 10 mg. cada 12 horas.

8 - Ranitidina 300mg.por día.

9 - Hidrocortisona 500 mg. por día.

10- Insulina corriente según control de glucemias.

11- Asistencia kinesio-respiratoria.

9) Exámenes complementarios:

Radiografía de tórax: Hilios congestivos, infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases pulmonares a predominio izquierdo.

Electrocardiograma: Compatible con la normalidad, complejos de bajo voltaje.

Laboratorio:

Leucocitos: 10.500 mm³

Hematocrito: 40%

Glucemia: 3,80 g/L

Urea: 0,16 g/L

Diagnóstico definitivo: 1- Neumonía bilateral vírica primaria.

Diagnóstico confirmado por la clínica y radiografía de tórax con infiltrado intersticio alveolar bilateral.

Día 2 de internación 2 de septiembre de 2006 (en el servicio de emergencia)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 80 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36,5°C

Paciente en regular estado general, en aparato respiratorio continúa con hi-poventilación generalizada a predominio en ambas bases, con rales crepi-

tantes bibasales.

Se reciben los resultados de hemocultivos por 2, sin desarrollo a las 24 horas.

Se comienza con heparina sódica 5.000 unidades subcutáneas cada 12 horas.

Día 3 de internación 3 de septiembre de 2006 (en el servicio de emergencia)

En semiología respiratoria persiste la hipoventilación generalizada a predominio de bases, con rales crepitantes bibasales.

Día 4 de internación 4 de septiembre de 2006 (en el servicio de internación)

Datos positivos en su examen físico: Paciente en mal estado general, lúcida con disnea clase IV en ortopnea con expansión de bases y vértices disminuidas, abundantes sibilancias en ambos pulmones, se auscultan rales crepitantes en base derecha y región anterior derecha, se retira sonda vesical.

Laboratorio:

Leucocitos: 6.400 mm³

Neutrófilos: 75%

Linfocitos: 23%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 0%

Basófilos: 0%

Urea: 0,28 g/L

Colesterol: 116 mg/dl

Glucemia: 2,10 g/L

Triglicéridos: 119 mg/dl

Se aumenta hidrocortisona un gramo cada 8 horas, por el cuadro de broncoespasmo que presenta la paciente.

Comentario: Se propuso el tratamiento con Oseltamivir y no se realizó.

Día 5 de internación 5 de septiembre de 2006

Paciente en regular estado general, afebril, normotensa, con glucemia de 2,86 g/L.

En semiología respiratoria se auscultan sibilancias en ambos pulmones, rales crepitantes en base derecha, no deambula, diuresis en pañal por incontinencia urinaria.

Laboratorio:

Leucocitos: 5.000 mm³

Neutrófilos: 74%

Linfocitos: 21%

Eosinófilos: 3%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0 %

Urea: 0,38 g/L

Creatinina: 0,81 mg/dl

T. Protrombina: 79%

T. parcial de tromboplastina: 31"

Recuento de plaquetas: 205.000 mm³
Proteínas totales: 7,30 g/dl
Albúmina: 3,05 g/dl

Ecografía abdominal: Se observa litiasis biliar múltiple sin otra alteración a nivel abdominal.

Ecografía de pleura: No se observa líquido libre en pleura, no hay derrame pleural.

Día 6 de internación 6 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 140/70 mm. Hg., no presenta más sibilancias, persisten los rales crepitantes en ambas bases pulmonares y ahora tercio medio del pulmón izquierdo.

Paciente en mejor estado general, se moviliza con ayuda de familiares y comienza a sentarse en silla de ruedas, no se pudo realizar el ecocardiograma por mala ventana torácica y dificultad del tórax de la paciente.

Día 7 de internación 7 de septiembre de 2006

Laboratorio:

Leucocitos: 6.200 mm³

Neutrófilos: 84%

Linfocitos: 15%

Eosinófilos: 0%

Monocitos: 1%

Basófilos: 0%

Proteína C reactiva (P.C.R.): Positiva (++++)

Eritrosedimentación: 85mm/1er H.

A pesar de 7 días de tratamiento sigue con reacción inflamatoria importante.

Se cambia medicación pasando de hidrocortisona a prednisona 40 mg. por día vía oral, se indica insulina NPH 30 unidades por día (20/10) subcutánea.

Día 8 de internación 08 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 140/80 mm. Hg., glucemia de 1,80 g/L.

Paciente en mejor estado general, presenta rales crepitantes en bases y tercio medio de hemitórax izquierdo, se pide baciloscopía de esputo (BAAR)

Día 9 de internación 9 de septiembre de 2006

Paciente afebril, con tensión arterial 160/90 mm. Hg. y glucemia 2,79g/L.

Mejor estado general, presenta rales crepitantes en bases pulmonares y tercio medio de hemitórax izquierdo.

Día 10 de internación 10 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 150/100 mm. Hg., continúa en igual estado que el día anterior.

Día 11 de internación 11 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 150/70 mm. Hg., en aparato respiratorio se auscultan rales crepitantes bibasales, se realiza radiografía de tórax de control.

Laboratorio:

Leucocitos: 7.600 mm³

Neutrófilos: 74%

Linfocitos: 22%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0%

Glucemia: 1,01 g /L

Urea: 0,54 g /L

Creatinina: 0,80 mg/dl

Recuento de plaquetas: 378.000 mm³

Eritrosedimentación: 80mm /1er H.

Día 12 de internación 12 de septiembre de 2006

Paciente en regular estado general, afebril, con tensión arterial 140/90 mm. Hg., rales crepitantes en ambas bases y roncus en ambos pulmones. La paciente refiere dolor intercostal en región lateral derecha de tórax.

A pesar de 12 días de tratamiento persisten los rales crepitantes en ambas bases y roncus, persistiendo la neumonía vírica.

Se suspende antibiótico ampicilina + sulbactam endovenosa, llevando 12 días de tratamiento y se pasa a vía oral amoxicilina + clavulánico un gramo cada 12 horas. Se disminuye la prednisona a 20 mg por día.

Día 13 de internación 13 de septiembre de 2006

Paciente continúa afebril, tensión arterial 130/100 mm. Hg., se auscultan rales crepitantes sólo en base derecha. La paciente deambula sola en forma lenta, se suspenden corticoides (prednisona).

Día 14 de internación 14 de septiembre de 2006

Paciente afebril, tensión arterial 130/70 mm. Hg., se auscultan rales crepitantes sólo en base derecha. La paciente deambula sola, se agrega al tratamiento ibuprofeno un comprimido cada 8 horas por el dolor referido en región lateral derecha de tórax.

Día 15 de internación 15 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 160/80 mm. Hg., se auscultan aislados rales crepitantes en base derecha.

Laboratorio:

BAAR: negativo

Leucocitos: 8.000 mm³

Neutrófilos: 87%

Linfocitos: 15%
Monocitos: 1%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Eritrosedimentación: 75mm/1er H.
Se suspende la medicación con salbutamol en las nebulizaciones.

Día 16 de internación 16 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 120/80 mm. Hg., se auscultan aislados rales crepitantes en base derecha, mejora el estado clínico de la paciente y se suspenden los antibióticos (amoxicilina + clavulánico).

Día 17 de internación 17 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 140/80 mm. Hg., estable con regular estado general.

Día 18 de internación 18 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 110/80 mm. Hg., persisten aislados rales crepitantes en base derecha y roncus generalizados, mejor estado general y clínico.

Laboratorio:

Leucocitos: 5.500 mm³
Neutrófilos: 55%
Linfocitos: 40%
Monocitos: 2%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Eritrosedimentación: 74mm 1er H.
Glucemia: 1,68 g/L
Urea: 0,38 g /L
Creatinina: 0,85 mg/dl
Se realiza nuevamente radiografía de tórax de control.

Día 19 de internación 19 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 130/80 mm. Hg.
Aparato respiratorio: No presenta rales crepitantes, ni roncus, no presenta otros ruidos agregados, mejor estado general.

Día 20 de internación 20 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 130/80 mm. Hg.
Se da el alta médica a la paciente.

Comentarios:

La paciente presentó en la internación semiología respiratoria de rales crepitantes durante 18 días, aún con el tratamiento instituido.

La paciente cumple con el diagnóstico de complicación de la vacuna antigripal como "Efecto prolongado a mediano plazo" (menos de un año de curada).

Se vacuna con la antigripal en abril del año 2005 enfermándose a los 7 días posteriores de "Gripe Prolongada" y por 3 meses de duración (hasta julio

del 2005) y con dos reagudizaciones más una en octubre y la última en diciembre del 2005.

En el 2006 durante los primeros meses no presenta reagudizaciones o recaídas hasta el 15 de agosto del 2006 que comienza con la tercera reagudización o recaída con igual sintomatología de "Gripe Prolongada" complicada con neumonía viral, lo que motiva la enfermedad actual y es internada, por lo cual hay ocho meses sin síntomas lo que cumple diagnóstico de "Efecto retardado a mediano plazo".

Se plantea inmediatamente el tratamiento con Oseltamivir y no fue realizado.

La paciente nunca fue asmática ni padeció broncoespasmos y tampoco tuvo neumonías anteriormente. Esta paciente permaneció durante 20 días internada y presentó un cuadro de broncoespasmo durante 5 días, con persistencia de rales crepitantes durante 18 días, con aumento de leucocitos y desviación de fórmula a la izquierda (neutrofilia), con un cuadro de reacción inflamatoria intensa por la P.C.R. positiva de ++++ y eritrosedimentación de 85mm/1er H. y luego a los 7 días de internación 74mm/1er H. persistente, con cultivos negativos para bacterias y con baciloscopia (TBC) negativa.

Con tratamiento de 12 días con antibióticos vía parenteral y luego completando por 4 días más vía oral, en total 16 días, también con antiinflamatorios esteroideos por 8 días.

Análisis:

Este cuadro de reagudización viral respiratoria, que se complica con esta neumonía bilateral sin expectoración mucoserosa ni mucopurulenta, con una larga internación, no corresponde a una neumonía bacteriana habitual que se suele observar, sino a una neumonía de larga duración con persistencia de la clínica, por los rales crepitantes y con eritrosedimentación de 75mm/1er H., con reacción inflamatoria importante con P.C.R. de ++++ persistente, que fue tratada con antibióticos y corticoides, a pesar del tratamiento no mejoró rápidamente, sino que tardó en mejorar, esto indica que es una neumonía de origen viral primaria.

Este caso clínico es típico de una complicación de la vacuna antigripal, más exactamente un "Efecto retardado a mediano plazo" complicada con neumonía bilateral vírica primaria.

Es un caso más de los miles de pacientes afectados, con complicaciones, no diagnosticados y no tratados específicamente en su presentación clínica y en su etiología y que presentan riesgo de vida.

CASO CLINICO Nº 9

GRYPE PROLONGADA. Año 2007.

"Gripe Prolongada" y "Efecto Retardado a mediano plazo" complicada con Neumonía bilateral vírica primaria (Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

Paciente de sexo femenino de 62 años, vacunada con la antigripal en mayo de 2006, presentando la enfermedad "Gripe Prolongada" con siete recaídas sucesivas, de junio a noviembre del 2006.

En marzo de 2007 sin vacunarse con la antigripal, presenta por primera vez otra recaída con lo mismos síntomas del año anterior, complicándose con una neumonía bilateral vírica con predominio izquierdo.

A pesar de 7 días de tratamiento con antibióticos las imágenes de la neumonía bilateral persisten en menor grado. (Ver Fig.1 y 2)



Fig.1: Fecha: 21/03/07

NEUMONÍA BILATERAL VIRICA CON PREDOMINIO IZQUIERDO: Obsérvese infiltrado intersticio alveolar en base pulmonar derecha y campo medio pulmonar izquierdo. Infiltrado intersticio alveolar (más radioopaco) en base pulmonar izquierda. Hilios congestivos. Índice cardio-torácico 0,64. No presenta insuficiencia cardiaca.



Fig.2: Fecha: 27/03/07

NEUMONÍA BILATERAL VIRICA CON PREDOMINIO IZQUIERDO:

Rayos x de tórax frente 6 días después de tratamiento con antibióticos, persiste el infiltrado intersticio alveolar en ambas bases pulmonares, con disminución de la congestión del hilio izquierdo.

Se trata con antibióticos durante 10 días. No se trata con antivírico Oseltamivir.

No presenta insuficiencia cardiaca.

La semiología pulmonar y la radiología no corresponden a una neumonía de consolidación o bacteriana. Sí a una neumonía bilateral de origen vírica.

A pesar del tratamiento con antibiótico la paciente no mejora totalmente antes del alta.

Correspondiendo este caso a un efecto retardado a mediano plazo por la vacuna antigripal, por presentar una reagudización complicada con neumonía bilateral vírica 4 meses después de curada (de noviembre 2006 a marzo 2007). La paciente no se aplicó más la vacuna antigripal en este año 2007 por presentar la misma reagudización complicada con neumonía y por lo afectada que quedó en el 2006. Nunca presentó neumonía, es la primera vez.

Este es otro caso más, lamentablemente de los miles de pacientes no diagnosticados y no tratados específicamente, que presentaron la enfermedad "Gripe Prolongada", con "Efecto Retardado a mediano plazo" con complicaciones aún en este año 2013.

CASO CLINICO N° 10

Año 2008. "Gripe Prolongada" Complicada con Miocarditis aguda, e Insuficiencia cardiaca aguda.

Mejora con tratamiento Antivírico Oseltamivir

(Miocarditis adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: (Paciente ambulatorio)

1) **Datos personales:**

Fecha de consulta: 10 de octubre de 2008.

Sexo: Masculino.

Edad: 72 años.

Domicilio: La Paz - Paraguay.

Ocupación: Agricultor.

Nacionalidad: Paraguaya

2) Motivo de consulta: Disnea clase III-IV, dificultad para caminar, y dolor en ambas piernas al esfuerzo mínimo de caminar 20 - 30 metros.

Día de consulta 10 de octubre del 2008.

3) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente estando totalmente sano, sin enfermedades previas y en buen estado, se aplica la vacuna antigripal el día 13 de junio de 2008, diez días después de la aplicación, presenta, rinitis mucoserosa, estornudos, astenia marcada, artromialgias, poca fiebre, cefaleas, dolor de nuca, prurito en garganta, tos irritativa intensa, poca expectoración pegajosa, espesa y de color blanca, disfonía y broncoespasmo que duró cuatro días, también disminución de fuerzas de miembros inferiores principalmente y dolor en ambas piernas. La etapa aguda duró 10 días. Esta enfermedad sigue su curso sin mejorar, con síntomas de tos, astenia, disfonía, prurito en garganta, disminución de fuerzas en miembros inferiores y agregándose posteriormente a los 7 días de comenzaba la enfermedad disnea clase III-IV. Presentando seguidamente cinco recaídas que duraban 7 días cada recaída y persistiendo todos estos síntomas hasta esta consulta del 10 de octubre de 2008. Llevando ya tres meses y catorce días de su enfermedad sin curar.

Fue medicado al inicio de su enfermedad durante doce días, con antiinflamatorios no esteroideos, descongestivos y antibióticos sin mejorar el cuadro clínico.

Presenta como complicación a los 20 días de aplicada la vacuna, y a los 7 días de comenzada la enfermedad disnea de esfuerzo grado III-IV progresiva y una Insuficiencia Cardiaca, con diagnóstico de Miocarditis Aguda, con dilatación cardiaca aguda, bloqueo cardiaco aurículo ventricular de primer grado y cardiomegalia. Tratado en ese momento con enalapril e hidroclorotiazida, mejorando muy poco su disnea en un 10%. Siguiendo con esta medicación actualmente.

La enfermedad sigue su curso, prolongándose durante tres meses y catorce días, con complicaciones graves hasta la fecha de esta consulta 10 de octubre de 2008.

4) Antecedentes de importancia: Paciente totalmente sano, sin ninguna enfermedad previa. No fumador, ni enfermedades pulmonares ni cardiacas. Con excelente estado físico, trabajando en tareas agrícolas de esfuerzo.

5) Examen físico: Paciente lúcido, afebril, ubicado en tiempo y espacio.

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 75 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 80 kg.

Talla: 1,65 mts.

Piel y T.C.S.: Presenta edemas en miembros inferiores hasta raíz de muslo, marcándose en piernas el signo de godet de tres cruces sobre cuatro.

Cuello: Ingurgitación yugular, sin colapso inspiratorio.

Aparato respiratorio: Presenta buena entrada de aire, escasos rales crepitantes en base derecha y espiración normal.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, igual. No se auscultan soplos, primero y segundo ruidos hipofonéticos. No se ausculta tercer ruido ni galope.

Abdomen: Se palpa hepatomegalia dolorosa, a tres traveses de dedo del reborde costal, con una altura hepática de 17 cm.

6) Diagnóstico: Frente a esta presentación clínica se realiza el diagnóstico de:

- 1) Gripe Prolongada.
- 2) Enfermedad viral respiratoria prolongada.
- 3) Insuficiencia cardiaca grado III.
- 4) Miocardopatía aguda en estudio.

7) Métodos complementarios:

Rayos X de tórax frente: De fecha fines de junio de 2008 (--/06/08). Al comienzo de su complicación cardiaca. Se observa cardiomegalia importante. Ambos pulmones, con poca redistribución de flujo e hilios poco congestivos. (Ver Fig.1)

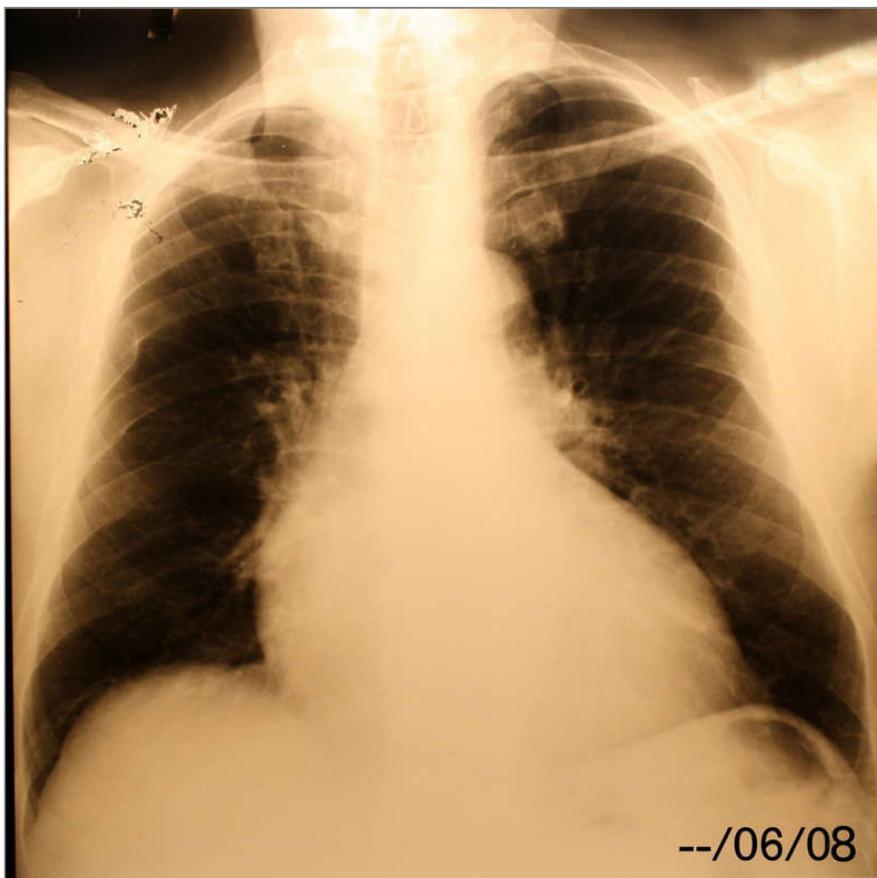


Fig.1: Fecha: --/06/08

Electrocardiograma: De fecha (10/10/08).

Frecuencia cardíaca 75 x', P-R 0,28 prolongado, falta de progresión de R de V1 a V3, falta de onda R DIII

Conclusión: 1) Bloqueo A-V de primer grado, 2) Inactivación eléctrica en cara anteroseptal y en DIII.

Laboratorio: junio 2008

Hormonas tiroideas: normales

8) Tratamiento: El paciente sigue enfermo por su gripe prolongada y que el virus de gripe activo o vivo de la vacuna antigripal, es el agente etiológico de su miocarditis aguda, por lo que el día 12 de octubre de 2008 el paciente inicia tratamiento con:

1) Antivírico Oseltamivir 75mg. cada 12hs. durante 10 días.

2) Dexametasona ampolla de efecto rápido y prolongado. Una dosis.

Se sigue indicando enalapril 5mg. cada 12hs., e hidroclorotiozida (1 comprimido por día) para su insuficiencia cardíaca, además dieta hiposódica y otras medidas generales.

9) Evolución:

Control clínico y cardíaco el día 27 de octubre de 2008: Con el tratamiento Antivírico Oseltamivir, mejora y cura totalmente su cuadro viral respiratorio en cuatro días. A nivel cardíaco nota el paciente que la disnea de

grado IV, a partir del tercer día de tratamiento mejora francamente y progresivamente hasta el décimo quinto día cuando nota una gran mejoría de su disnea en un 70%, pasando a grado I. Desapareció la ingurgitación yugular, la hepatomegalia y edemas de miembros inferiores.

Rayos X de tórax frente: De fecha (20/10/08), ocho días después de iniciado el tratamiento antiviral, sigue con cardiomegalia y con distribución de flujo e hilios pulmonares pocos congestivos. (Ver Fig. 2)

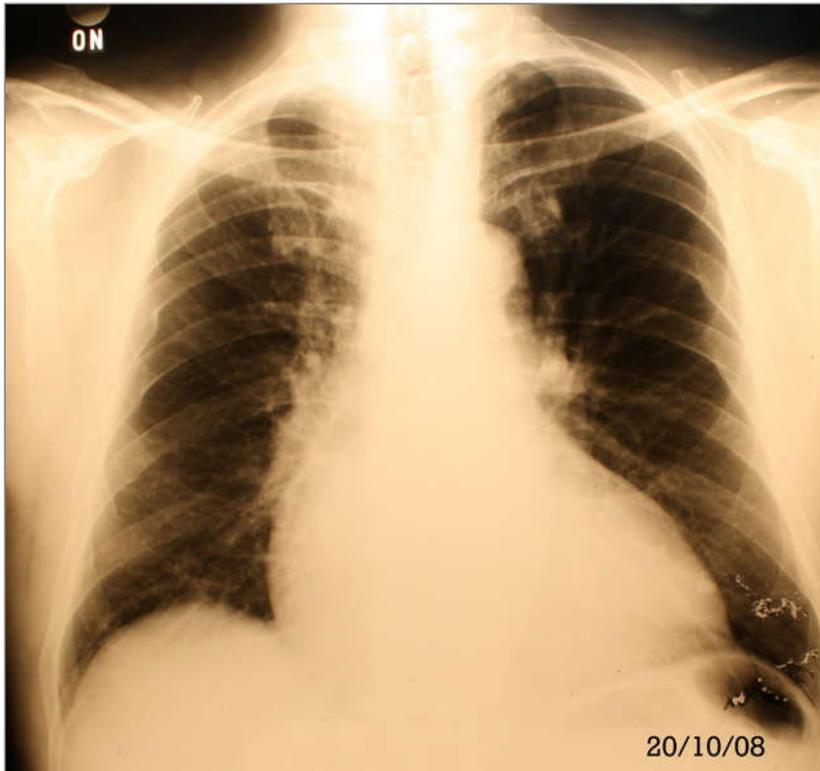


Fig.2: Fecha: 20/10/08

Laboratorio: 23 de Octubre de 2008

Hematíes: 4.450.000/mm³

Leucocitos: 6.500/ mm³

Neutrófilos en cayado: 0%

Neutrófilos segmentados: 60%

Linfocitos: 35%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 3%

Basófilos: 0%

Hematocrito: 44%

Rto. de Plaquetas: 165.000/ mm³

Eritrosedimentación: 22mm/ 1era. hora

P.C.R.: No reactiva

Fosfatasa alcalina: 340 U/L (elevada)

GPT: 85 UI/L (elevada)

Glucemia: 1gr/l

Creatininemia: 1,08 mg/dl

Uricemia: 78mg/l
Bilirrubina directa: 0,44 mg/dl
Bilirrubina total: 1,14 mg/dl
V.D.R.L. cualitativa: No reactiva
Orina: Normal

Control clínico y cardiológico el día 19 de noviembre de 2008: Con mejor estado, disnea de esfuerzo grado I.

Ecocardiograma Modo "M", "2D" y Doppler: De fecha 12 de Noviembre de 2008. (Ver Fig.3.) Ventrículo izquierdo dilatado - dilatación de las dos aurículas - motilidad parietal con hipocinesia global - deterioro leve de la función de los dos ventrículos - signos indirectos de presiones elevadas en cavidades derechas.

Vena cava inferior dilatada, sin colapso inspiratorio.

Ventrículo derecho tamaño normal pero con función sistólica levemente reducida.

Ventrículo izquierdo dilatado diámetro telediastólico 68mm (valor normal hasta 56mm), sin hipertrofia, función sistólica deteriorada en grado levemente reducida, fracción de eyección 52% (por Simpsons) para un valor normal mayor de 55%.

Motilidad parietal hipocinesia global.

Válvula mitral de características normales, falta de coaptación de sus valvas en sístole (insuficiencia mitral leve a moderada secundaria a dilatación del anillo mitral).

Válvula aortica normal, raíz de aorta normal, válvula pulmonar normal.

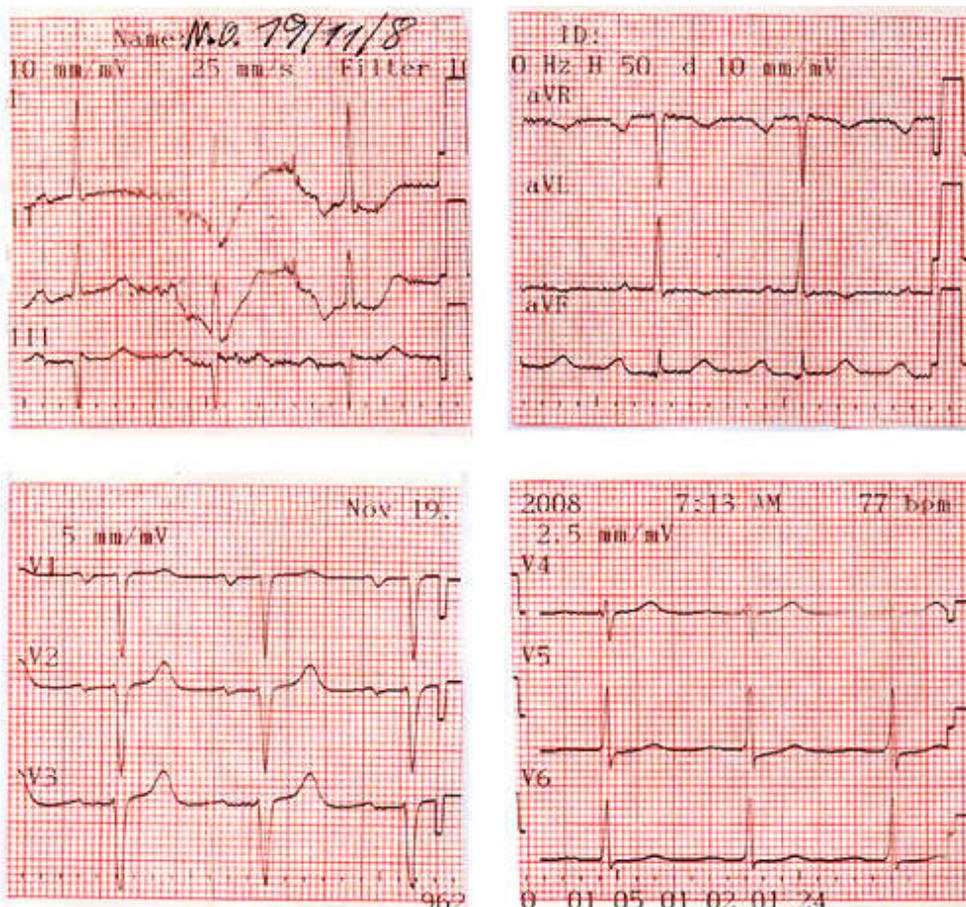


Fig.3: Fecha: 12/11/08

Dilatación de ventrículo izquierdo y dilatación de ambas aurículas.

Lamentablemente no se pudo conseguir el primer estudio de ecocardiografía realizado en julio de 2008, el cual se sospecha estaría peor, para comparar con este último.

Electrocardiograma: De fecha 19 de Noviembre de 2008. Igual a electrocardiograma anterior, persiste bloqueo A-V de primer grado e inactivación eléctrica de V1, V2, V3 y en DIII, alteración de la repolarización en AVL. (Ver Electrocardiograma 1)



Electrocardiograma 1 de Fecha: 19/11/08

Diagnóstico:

- 1) Gripe Prolongada.
- 2) Miocarditis aguda con insuficiencia cardiaca grado III-IV. De etiología vírica, por virus de gripe activo o vivo de la vacuna antigripal.

Comentario: Luego de cuatro meses de evolución y al ser tratado se cura su enfermedad respiratoria (gripe prolongada) totalmente en cuatro días y mejora su insuficiencia cardiaca en un 70%, retrogradando a grado I en quince días con el tratamiento efectuado con el antiviral Oseltamivir, volviendo a trabajar normalmente.

Diagnóstico:

1) Efecto adverso de la vacuna antigripal.

1.1) Gripe Prolongada y complicada con **1.2) Miocarditis aguda con insuficiencia cardiaca grado III-IV.**

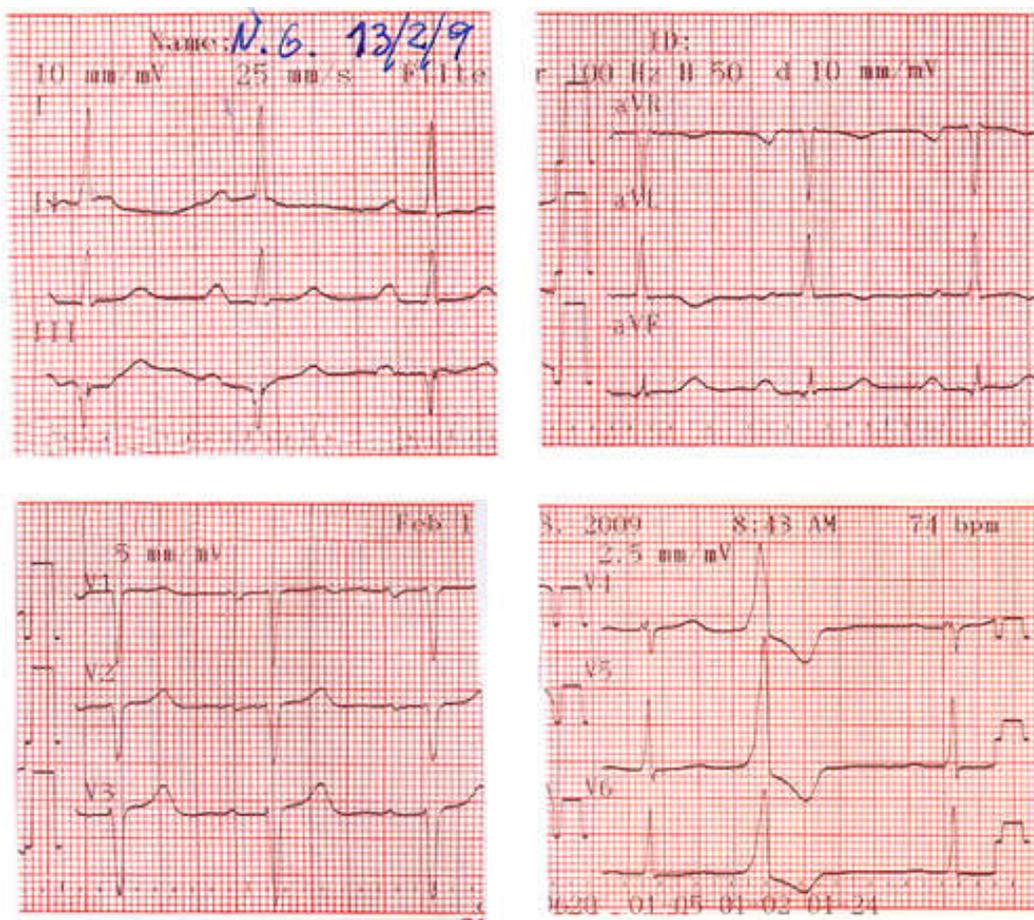
Evolución: Día 13 de febrero de 2009: Con mejora franca y progresiva de su insuficiencia cardiaca, ya a fin de enero 2009 puede correr 50 metros sin disnea y realizar trabajos de agricultura de gran esfuerzo (en el inicio de la enfermedad al caminar 30 metros su disnea era de grado III-IV).

Examen físico: Paciente en buen estado, tensión arterial normal, se ausculta escaso soplo mitral sistólico (un sexto).

Tratamiento:

Enalapril 5mg. cada 12hs., mas Hidroclorotiazida 1 comprimido por día. Aspirina 250mg. día. Se agrega Espironolactona 25mg. día.

Electrocardiograma: De fecha 13 de febrero de 2009. Persistencia del bloqueo A-V de primer grado. Inactivación eléctrica y falta de progresión de "R" de V1 a V4 y en DIII. Alteración de la repolarización en D1, AVL, V5 y V6. Una extrasístole ventricular. (Ver Electrocardiograma 2)



Electrocardiograma 2 de Fecha: 13/02/09

Rayos X de tórax frente: De fecha (13/02/09), se observa mejora radiológica, hilios pocos congestivos y redistribución de flujo más acentuada, con ¿menos cardiomegalia? a pesar de que el índice cardio-torácico se mantuvo igual en las tres radiografías. (Ver Fig.4)

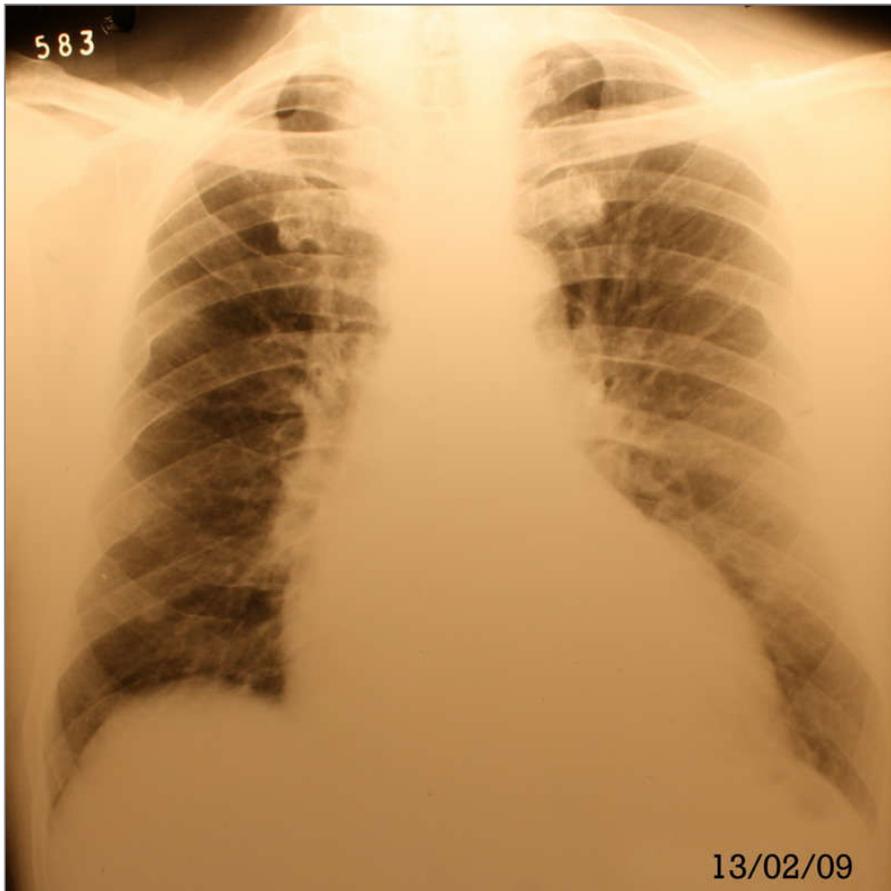


Fig.4: Fecha: 13/02/09

Comentario: Si este paciente hubiese sido tratado con el antiviral (oseltamivir) al inicio de su enfermedad respiratoria, se hubiese curado rápidamente y no habría presentado las complicaciones cardíacas, insuficiencia cardíaca y miocarditis aguda.

Comentarios:

- Primera vez que se aplica la vacuna antigripal en su vida.
- Nunca antes presentó esta enfermedad tan prolongada y estos síntomas, es la primera vez.
- La Gripe común siempre fue leve y de corta duración, no más de cinco días y curaba sólo, la padecía una vez cada tres años.
- Nunca antes presentó broncoespasmo. Es la primera vez luego de aplicarse la vacuna antigripal.
- Clínicamente se observó una curación rápida de su enfermedad respiratoria en cuatro días con el tratamiento antivírico, aún siendo tratada su enfermedad respiratoria prolongada (Gripe Prolongada) a los tres meses y medio de evolución.

- Clínicamente se observó una rápida y franca mejoría de su insuficiencia cardiaca en 15 días y su miocarditis, con el tratamiento antivírico.
- Nunca antes presentó insuficiencia cardiaca.
- Quedó con secuelas de insuficiencia cardiaca y bloqueo cardiaco A-V de primer grado.
- El paciente relata que no se aplicaría nunca más la vacuna antigripal.

Comentario: Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por la vacuna antigripal mal fabricadas, que presenta complicaciones respiratorias y cardiacas graves, quedando con secuelas y con riesgo de vida, que no son diagnosticadas ni tratadas a tiempo con el tratamiento específico.

CASO CLINICO Nº 11 (Síntesis)

Año 2010. "Gripe Prolongada" Complicada con Liquen Rojo Plano. Mejora con tratamiento Antivírico Oseltamivir.

Mujer de 63 años se aplicó la vacuna antigripal e inmediatamente presentó "Gripe Prolongada" con Liquen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia). Se trató con antiviral Oseltamivir, mejorando un 80% rápidamente en 7 días. (Ver Fig. 1)



Fig. 1

CASO CLINICO N° 12

GRIPE PROLONGADA (Niña de 9 meses)

"Gripe Prolongada,"

complicada con Neumonía Viral Primaria unilateral,

con Insuficiencia respiratoria

Curada con antivírico Oseltamivir en seis días

(Neumonía adquirida por virus de gripe de la vacuna antigripal)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2012 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: Niña de 9 meses.

Domicilio: Posadas- Misiones.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de julio de 2012.

3) Motivo de consulta: Disnea grado III-IV, tos.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que le aplican la vacuna antigripal Pandémica trivalente AH1N1 por indicación médica y por ser obligatoria por ley en la Argentina, por primera vez el día 07/06/12 y a los 7 días comienza con rinitis mucoserosa y luego mucopurulenta, estornudos, fiebre de 37.8°, astenia, anorexia marcada. Luego se agrega tos con expectoración mucoserosa y a los días siguientes se agrega mucopurulenta. Presenta después disnea y broncoespasmo, llanto, vómitos e insomnio, hay rechazo a la lactancia.

El cuadro agudo dura 20 días, consulta sucesivamente a varios pediatras que le medican con corticoides, broncodilatadores (salbutamol), amoxicilina, ibuprofeno. No mejorando del cuadro viral respiratorio prolongado, persistiendo en menor intensidad. Luego presenta una reagudización de la misma enfermedad el día 05 de julio de 2012 con mayor intensidad del broncoespasmo y mayor disnea con fiebre alta 38.5, consulta el día 06 de julio a otro pediatra, quién solicita rayos x de tórax y constata una neumonía, trata con antibiótico amoxicilina + clavulánico durante 7 días terminando el día 14 de julio de 2012 no mejorando ni curando con este tratamiento con antibiótico. La paciente niña no mejora de su infección respiratoria prolongada, persistiendo con los síntomas de astenia, tos, expectoración mucopurulenta, con broncoespasmo y disnea grado III – IV.

Siguiendo así hasta que consulta el día 26 de julio 2012 a éste consultorio del hospital de adultos, donde se atiende a la niña y a la madre muy preocupada y angustiada por la enfermedad viral respiratoria prolongada y que no curaba.

La madre relata que también presentaba anorexia y que no subió de peso durante el mes de julio.

Fue vista y tratada por 4 (cuatro) médicos pediatras durante los meses de junio y julio, con varios tratamientos y no curando su cuadro viral respiratorio prolongado de un mes y 12 días de duración, en total (42) cuarenta y dos días sin curar.

Sigue con una enfermedad respiratoria viral y prolongada de 42 días de duración pese a tratamientos de (4) cuatro pediatras sin curar ni mejorar. Al contrario siguió peor y con complicaciones pulmonares como disnea, broncoespasmo y neumonía.

5) Otros antecedentes de importancia: Paciente totalmente sana sin enfermedades previas.

6) Examen físico: Paciente pesa 9 Kg., lúcida, afebril, asténica, rinitis con secreción mucopurulenta, con tos y expectoración mucopurulenta.

Aparato respiratorio: con disminución de la entrada de aire en ambos pulmones, con broncoespasmo, con roncus y sibilancias, se escuchan pocos rales crepitantes en campo medio y superior del hemitórax izquierdo.

Aparato cardiovascular: Pulso regular, igual. No presenta soplos, primero y segundo ruidos normales.

Rx Tórax frente: Día 6/7/12. Presenta infiltrado intersticio alveolar en tercio superior izquierdo de pulmón izquierdo, y congestión bronco vascular en ambos pulmones. Pequeño infiltrado en base izquierda. (Ver Fig.1)

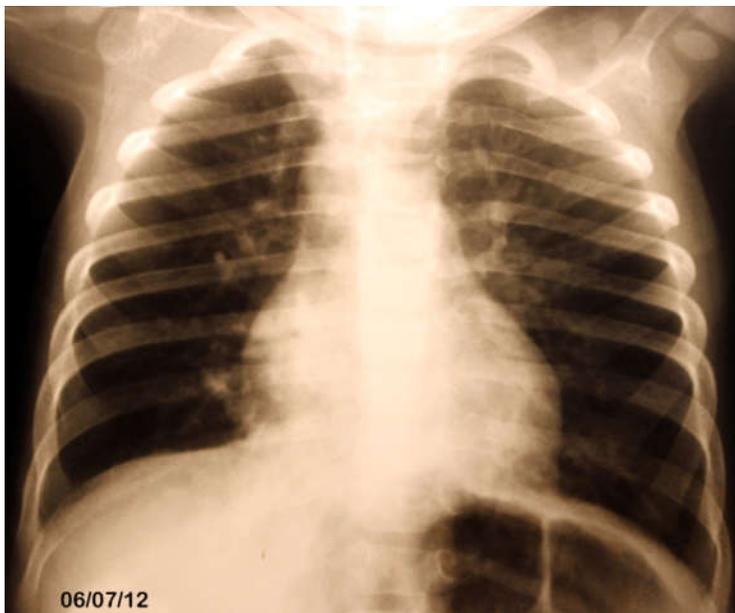


Fig.1

7) Diagnóstico:

Frente a esta presentación clínica se realiza el diagnóstico de:

- 1)** Neumonía viral primaria unilateral. Producida por la vacuna antigripal.
- 2)** Gripe Prolongada en Niña de 9 meses de edad.
- 3)** Gripe prolongada complicada con Insuficiencia respiratoria severa, broncoespasmo, disnea y con Neumonía vírica de Gripe.
- 4)** Enfermedad viral respiratoria prolongada de Gripe complicada con disnea, broncoespasmo y Neumonía.
- 5)** Enfermedad viral respiratoria prolongada de Gripe de 42 días de duración.
- 6)** Efecto adverso de la vacuna antigripal Pandémica trivalente AH1N1 2012 contagiada por virus de Gripe vivos de la vacuna y complicada con Neumonía vírica primaria por virus vivos de Gripe de la vacuna.

Frente a este diagnóstico y complicaciones se indica el tratamiento.

8) Tratamiento: El día 26/7/12 se inicia el tratamiento con antivírico para virus de gripe: Oseltamivir (droga original) en dosis de una cápsula de 30mg. cada 12 horas por cinco días y con ibuprofeno cada 12 hs. por cinco días (las capsulas de Oseltamivir son abiertas y disueltas con líquidos o alimentos).

9) Evolución: Día 1/8/12 Consulta la madre y confirma que la niña mejora ya con la segunda cápsula (24hs.) y a las 48hs. mejoró un 40%, a los 4 días un 80% y a los 5 días el 90% con el tratamiento indicado.

Esta mejora fue relatada por la madre y confirmada por la buena evolución clínica.

La niña se encuentra en buen estado, afebril, la tos desapareció a las 24 hs. de comenzado el tratamiento, desapareció la rinitis y la secreción mucopurulenta, también se curó de la expectoración mucopurulenta, todo sin antibióticos, desapareció la anorexia, toma líquidos, come bien, y la lactancia es normal,

Se constata una recuperación y curación del 90% (Noventa por ciento) en 6 (seis) días de tratamiento.

Examen físico: desapareció la disnea, no presenta broncoespasmo, ni roncus ni sibilancias, sin ruidos agregados, ambos hemitórax ventilan bien.

10) Evolución: Día 8/8/12 Consulta y se constata una niña en buen estado general, al examen físico buena ventilación pulmonar sin ruidos agregados, todo normal. Paciente curada en un 100%

El control de Rx de tórax de frente del día 8/8/12 presenta una mejora importante desapareciendo la imagen del infiltrado intersticio alveolar en tercio superior izquierdo, menor congestión broncovascular y casi desaparición del pequeño infiltrado en base pulmón izquierdo. (Ver Fig.2)

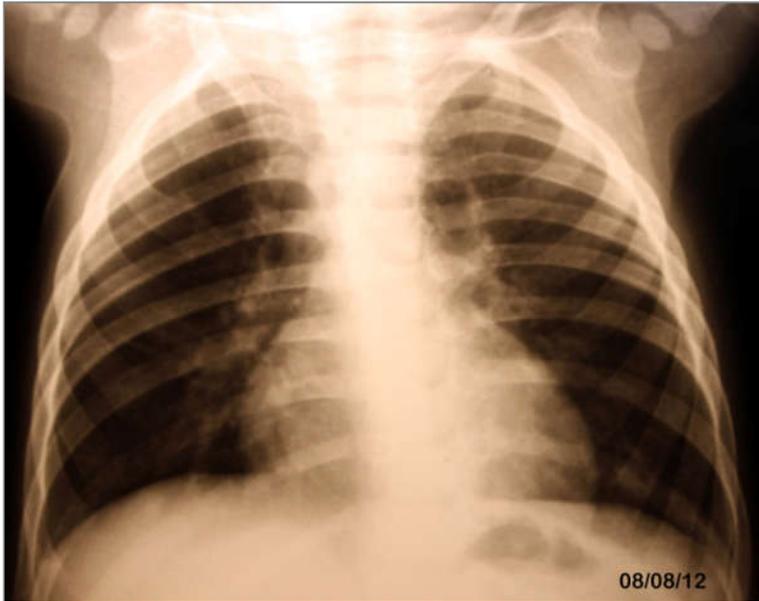


Fig.2

10) Evolución y comentario del tratamiento: Con el tratamiento antivírico se observó una muy buena respuesta clínica, curando la paciente en 5 días en un 90%.

Este efecto terapéutico rápido y efectivo, con el antivírico Oseltamivir para virus de gripe, demuestra una vez más que esta enfermedad está producida por virus de gripe vivos.

Si no se hubiera tratado con el antivírico específico como el Oseltamivir, la paciente no se hubiera mejorado ni curado y seguiría enferma presentando reagudizaciones con complicaciones pulmonares, cardíacas, renales y otras con riesgo de vida.

Comentarios de importancia: La paciente nunca antes se había vacunado con la antigripal.

Este año 2012 es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal.

Se aplicó en un centro de atención primaria y se enfermó igual que otros niños con los mismos síntomas respiratorios prolongados, repitiendo la misma enfermedad después de la aplicación de la vacuna antigripal.

Es la primera vez que presenta sibilancias y broncoespasmo que nunca antes había tenido.

Es la primera vez que presenta una Neumonía.

Es la primera vez que se enferma de un cuadro viral respiratorio tan intenso y prolongado que no cura
Nunca antes presentó una gripe tan prolongada en su vida, sólo esta enfermedad después de la aplicación de la vacuna antigripal.
Decide la madre no aplicarle más la vacuna antigripal.

- Este es otro caso más de una NIÑA de 9 (nueve meses de edad) vacunada con la antigripal 2012 (obligatoria por ley) con graves consecuencias y riesgo de vida por una vacuna antigripal mal fabricada y con virus de gripe vivos, donde se realizó un diagnóstico correcto y se trató específicamente con el antivírico correspondiente curando la paciente totalmente.
- Pero quedan todavía cientos de miles de NIÑOS afectados, no diagnosticados y no tratados específicamente, que padecen esta enfermedad, con complicaciones graves y con cientos de muertos aun en este año 2013.

PARTE VII

CASOS CLINICOS DE

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN"

CASO CLINICO N° 1

GRIPE PROLONGADA POR MUTACION CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

HISTORIA CLINICA: AÑO 2004 al 2006 (Paciente ambulatoria).

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Estudiante Universitaria.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de abril de 2006.

3) Motivo de consulta: Tos, astenia, cefaleas, rinitis, fiebre menor de 38°C y por padecer un síndrome viral respiratorio prolongado que no cura.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Comenzó con su enfermedad hace dos años (2004) con fiebre no muy alta menor a 38°C, transpiración, astenia marcada, artromialgias, cefaleas, rinitis, dolor de garganta, tos con expectoración mucoserosa, epífora, conjuntivas congestivas, con reposo en cama durante 7 días. Estos cuadros se repiten cada tres meses, que duran aproximadamente 30 días, de los cuales los primeros 24 días se presentan en forma leve y los últimos 6 días en forma más intensa.

En total desde el 2004 y hasta la fecha de consulta en abril de 2006, ya presentó 9 reanudaciones.

En los años 2004, 2005 y 2006 recibió varios tratamientos con los siguientes fármacos, antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroides, penicilina, amoxicilina, ampicilina + sulbactam, amoxicilina + sulbactam. En varias ocasiones mejorando levemente, pero no curando la enfermedad con ningún tratamiento.

5) Antecedentes Patológicos de importancia: No se realizó cirugías, no se aplicó la vacuna antigripal.

6) Examen Físico: Paciente lúcida, presión arterial 110/70mm.Hg.

Aparato cardiovascular sin soplos.

Aparato respiratorio sin particularidades.

Sí presenta adenomegalias submaxilares leves poco dolorosas, resto del examen físico sin particularidades.

7) Diagnóstico: "Gripe Prolongada por Mutación".

El diagnóstico que le dijeron los médicos que la atendieron durante estos últimos 3 años fue de Gripe.

8) Métodos complementarios: Se solicitan radiografía de tórax y análisis de sangre y orina de rutina.

9) Tratamiento: Se indicó el antivirico Oseltamivir 1 cápsula cada 12hs. por 5 días. La paciente refiere que luego de la ingesta del oseltamivir mejoro inmediatamente en 3 días en un 80% y totalmente en 10 días.

10) Evolución: No volvió a tener ninguno de los síntomas de gripe prolongada por mutación, hasta la fecha de nueva entrevista el día 15 de febrero de 2007, ya 10 meses después del tratamiento.

La paciente se curó completamente de su cuadro respiratorio viral prolongado (Gripe Prolongada por Mutación) con el antivirico Oseltamivir.

11) Comentario: Este es otro caso clínico de "Gripe Prolongada por Mutación" que presenta reagudizaciones en total 9 veces afectada en tres años de evolución.

Este caso demuestra una vez más lo prolongado de la enfermedad, con reagudizaciones frecuentes, como miles de otras personas afectadas no diagnosticadas y no tratadas que padecen esta enfermedad, con riesgo de complicaciones y de muerte.

CASO CLINICO N° 2

GRIPES PROLONGADAS POR MUTACION

CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

HISTORIA CLINICA: AÑO 2004 al 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 62 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Lic. en Trabajo Social.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de abril de 2006.

3) Motivo de consulta: Astenia intensa, fiebre menor a 38°C, rinitis mucoserosa, epistaxis, tos persistente, expectoración mucoserosa y mucopurulenta, disfonía marcada, transpiración nocturna y escalofríos.

Estos síntomas comenzaron en el 2004 y desde entonces se repiten permanentemente hasta el momento de la consulta.

Presenta un síndrome viral respiratorio prolongado a repetición que no cura, de dos años antes y el que también es motivo de la consulta.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Comienza en marzo de 2004 con astenia marcada, disminución de fuerzas, fiebre mayor a 38°, artromialgias, transpiración profusa a la tarde o noche, anorexia, estornudos, rinitis mucoserosa, epistaxis sin relación con la rinitis, dolor de garganta intensa, disfonía marcada, tos irritativa muy persistente, a la que después se agrega expectoración mucoserosa y posteriormente mucopurulenta, escalofríos a la noche, otalgia, fotofobia, permaneciendo en reposo durante 15 días.

Se repite el mismo cuadro de gripe pero con menor duración e intensidad, en mayo, agosto y noviembre, complicándose además con neumonía.

En el 2005 se repite el mismo cuadro de gripe durante los meses de febrero, marzo, junio, octubre y noviembre. Complicándose en el mes de junio con neumonía y en octubre y noviembre con broncoespasmo.

En el 2006 se repite el cuadro gripal, en febrero y durante el mes de abril, motivo por lo que consulta.

En los años 2004, 2005 y 2006 se realizaron varios tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos, amoxicilina, ampicilina + sulbactam, eritromicina, antihistamínicos, en reiteradas veces y en todos los meses de la afección, con mala respuesta al tratamiento con todos estos fármacos indicados, no curando esta enfermedad.

5) Antecedentes de importancia: Nunca padeció de neumonías, asma bronquial ni broncoespasmos.

No se aplicó la vacuna antigripal.

Insuficiencia renal aguda curada.

Hipotiroidismo tratada con levotiroxina.

Cirugía de vesícula.

6) Examen físico: Paciente lúcida, afebril, presión arterial 120/70mm.Hg..

Aparato cardiovascular sin soplos.

Aparato respiratorio sin particularidades.

Abdomen sin particularidades.

7) Diagnóstico: "Gripe Prolongada por Mutación". Permanente desde el año 2004 (ya lleva 2 años).

8) Métodos complementarios: Se solicitan rayos x de tórax de frente, electrocardiograma, análisis de sangre y orina completos.

9) Tratamiento: Se indica el antivírico Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 5 días. La paciente decide no realizar el tratamiento indicado, no recibiendo el Oseltamivir y no volviendo más a la consulta.

10) Evolución: La paciente vuelve a consultar un año después, en mayo de 2007, nuevamente por la misma reagudización y los mismos síntomas de astenia intensa, fiebre menor a 38°C, rinitis mucoserosa, epistaxis, tos persistente, expectoración mucoserosa y mucopurulenta, disfonía marcada, transpiración nocturna y escalofríos.

Relata en el tiempo que no volvió más a la consulta, haber padecido una reagudización más en junio de 2006 y tres reagudizaciones en este año 2007, lo que demuestra la persistencia y repetición de la enfermedad.

11) Tratamiento: Se indica nuevamente el Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 5 días y aquí sí la paciente realiza el tratamiento completo. La paciente mejora inmediatamente, presentando una mejora en la evolución clínica a las 48hs. del 70% y a los 7 días del 100%. Curando totalmente y no volviendo a repetir los síntomas de esta enfermedad.

12) Evolución: Paciente que luego de 5 meses del tratamiento realizado, no presentó más ningún síntoma de reagudización, curándose totalmente.

13) Comentario final: Este es otro caso clínico más de "Gripe Prolongada por Mutación" donde por 3 años y medio consecutivos presentó 15 reagudizaciones por virus de gripe mutado, complicándose con dos neumonías, otra vez con broncoespasmos nunca padecidos y que con el tratamiento antivírico con Oseltamivir mejora un 70% en 48hs. y se cura totalmente en 7 días, de esta enfermedad viral respiratoria muy prolongada de 3 años y medio de duración, que es la "Gripe Prolongada por Mutación" producida por un virus de gripe mutado.

Este caso demuestra una vez más lo prolongado de la enfermedad, con reagudizaciones frecuentes, con complicaciones y riesgo de vida, como miles de otras personas afectadas no diagnosticadas y no tratadas.

Comentario adjunto: A fines del año 2006 se realizó una cirugía menor, estando en buen estado de salud, se complica con una infección bacteriana por staphylococcus aureus en forma severa.

Se interpreta esto como la permanencia del virus de gripe prolongada por mutación en la paciente como portadora y frente al estrés de la cirugía puede que el virus haya sido reactivado con poco efecto de virulencia y lo suficiente para potenciar al staphylococcus aureus y producir una infección severa con riesgo de vida. Ya se sabe que el virus de gripe común potencia el efecto patógeno del staphylococcus aureus.

En todo tipo de cirugía en el prequirúrgico realizado, como en este caso sería conveniente tratar con Oseltamivir un cápsula de 75mg. cada 12hs. por 5 días, para evitar complicaciones por staphylococcus aureus u otras bacterias.

CASO CLINICO N° 3

GRIPES PROLONGADA POR MUTACION

"Gripe Prolongada por Mutación", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y óbito
No se trató con antivírico Oseltamivir
(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2005 (Paciente internado).

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.
Edad: 53 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Médico.
Nacionalidad: Argentina.

2) Día de internación: 7 de septiembre de 2005.

3) Motivo de consulta: Alteración del sensorio, vómitos y escasa diarrea.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente que comienza 7 días antes (01/09/2005) con un cuadro de reagudización viral respiratorio típico de gripe, con los siguientes síntomas: fiebre 38°C, astenia, artromialgias, dolor de espalda, estornudos intensos y persistentes, rinitis mucoserosa, tos irritativa, expectoración mucoserosa escasa, luego de estos síntomas se agregan vómitos, escasa diarrea y alteración del sensorio lo cual motiva la consulta y la internación.

5) Antecedente de importancia: Pero esta enfermedad realmente comienza tres meses antes, el 6 de junio del 2005 con un cuadro viral respiratorio de gripe con los siguientes síntomas: fiebre 39°C, astenia, artromialgias, dolor de espalda, estornudos intensos y persistentes, rinitis mucoserosa, tos irritativa, expectoración mucoserosa y escasa diarrea. Todo el cuadro agudo duró 7 días, no mejora totalmente con el tiempo, quedando con, astenia, febrículas, tos y rinitis, todo en menor grado, durante tres meses, presentando en cada mes una reagudización con los mismos síntomas de 4 días de duración cada una, en total fueron tres reagudizaciones o recaídas, durante julio, agosto y septiembre, siendo este último mes el motivo de su complicación e internación.

Interrogatorio a familiar: El paciente siempre fue sano sin ninguna enfermedad previa la madre fallece dos semanas antes que el paciente se interne.

No se aplicó vacuna antigripal.

6) Diagnóstico: El paciente se interna e inmediatamente pasa a unidad de terapia intensiva con diagnóstico de:

- 1 - Insuficiencia respiratoria severa.
- 2 - Neumonía bilateral.
- 3 - Síndrome viral respiratorio.

7) Tratamiento: Se trata con triple cobertura de antibióticos, cubriendo bacterias gram positivas, gram negativas y staphylococcus aureus.

No se indicó el antivírico Oseltamivir.

8) Métodos complementarios:

Radiografía de tórax: Infiltrado intersticio alveolar en los dos pulmones en bases y campos medios e imagen condensante en tercio superior del pulmón izquierdo.

Laboratorio: Gases en sangre: severa hipoxemia.
Hemocultivo, urocultivo y coprocultivos negativos para bacterias.
Serología para HIV negativo.
Estudios virológicos del suero para virus respiratorios, clamidia y micoplasma pneumoniae, todos negativos realizados en el Instituto Malbrán de Buenos Aires, resultados llegados después de un mes y medio.

9) Evolución: El paciente evoluciona mal, se agrava rápidamente en horas, entra en insuficiencia respiratoria grave requiriendo asistencia respiratoria mecánica, no responde al tratamiento aplicado y fallece el día 09/09/05, dos días después a su internación, no se realizó autopsia.

10) Diagnósticos definitivos:

- 1 - Insuficiencia respiratoria grave.
- 2 - Neumonía bilateral vírica primaria.
- 3 - Síndrome viral respiratorio prolongado y reagudizado.
- 4 - "Gripe Prolongada por Mutación".

11) Comentario: Paciente que fallece con diagnóstico clínico de enfermedad respiratoria viral, neumonía bilateral vírica primaria, con insuficiencia respiratoria grave, con síndrome viral respiratorio prolongado y reagudizado. No se supo qué virus lo afectó, muerte a microorganismo desconocido. Esto es grave, porque si creemos que realmente fue negativo para los virus estudiados, es aún peor, porque significa que es un virus respiratorio desconocido, lo cual es lo que estoy afirmando y es igual a la clínica de la "Gripe Prolongada por Mutación" ya descripta anteriormente.

Se afirma este diagnóstico porque es una enfermedad viral respiratoria que duró tres meses con tres reagudizaciones o recaídas, agravándose y complicándose en la última reagudización y fallece por insuficiencia respiratoria grave con neumonía bilateral de tipo vírica, por eso se piensa en una "Gripe Prolongada por Mutación" por la clínica y la epidemiología.

El paciente fue velado con el féretro cerrado y el entierro se realizó antes del tiempo estipulado, quedó la impresión de que no se quería investigar nada. ¿Hubo un ocultamiento de los informes virológicos del Malbrán? o del ¿Ministerio de Salud Pública de la Nación? ¿No se identificó verdaderamente el virus?

Este es otro caso más de "Gripe Prolongada por Mutación", complicada con insuficiencia respiratoria grave y neumonía bilateral vírica primaria, de los miles de casos afectados, no diagnosticados y no tratados, que lamentablemente terminan muriéndose, sin llegar a un diagnóstico etiológico de qué virus respiratorio causó el fallecimiento.

Se insiste en que es un nuevo virus de gripe mutado y desconocido, que coincide totalmente con el cuadro clínico y epidemiológico que causó el fallecimiento del paciente.

CASO CLINICO Nº 4

GRUPE PROLONGADA POR MUTACION

**"Gripe Prolongada por Mutación",
complicada con Neumonía vírica primaria
Curado con antivírico Oseltamivir
(Neumonía adquirida de la comunidad)**

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.

Edad: 68 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Médico.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 2 de octubre de 2006.

3) Motivo de consulta: Astenia marcada, artromialgias, tos, fiebre.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Comienza a fines de agosto del 2006 con clínica de gripe, con los siguientes síntomas: fiebre, astenia, artromialgias, rinitis mucoserosa (poca), tos persistente sin expectoración. Todo el cuadro agudo duró 20 días seguidos sin parar y disminuyó lentamente la rinitis.

Luego mejora, pero sin recuperarse totalmente durante 10 días más, y el 29 de septiembre (ya llevaba 30 días en total sin curarse) comienza nuevamente con los mismos síntomas de gripe pero con mayor intensidad y en forma aguda, con fiebre, astenia marcada, artromialgias, rinitis, tos muy intensa, frecuente y persistente, sin expectoración, temblor importante y sin disnea.

Este último cuadro de reagudización evolucionó en pocos días (3 días) en su presentación clínica.

5) Otros antecedentes de importancia: Hipertensión arterial.

Sedentarismo y Obesidad.

No se aplicó la vacuna antigripal.

6) Evolución: El paciente consulta al neurólogo por el temblor, quien descarta una enfermedad neurológica. Posteriormente se realiza el día 01/10/06 una radiografía de tórax de frente donde se observa un infiltrado en base izquierda tipo intersticio alveolar y con una atelectasia laminar en base derecha. (Ver Fig.1)

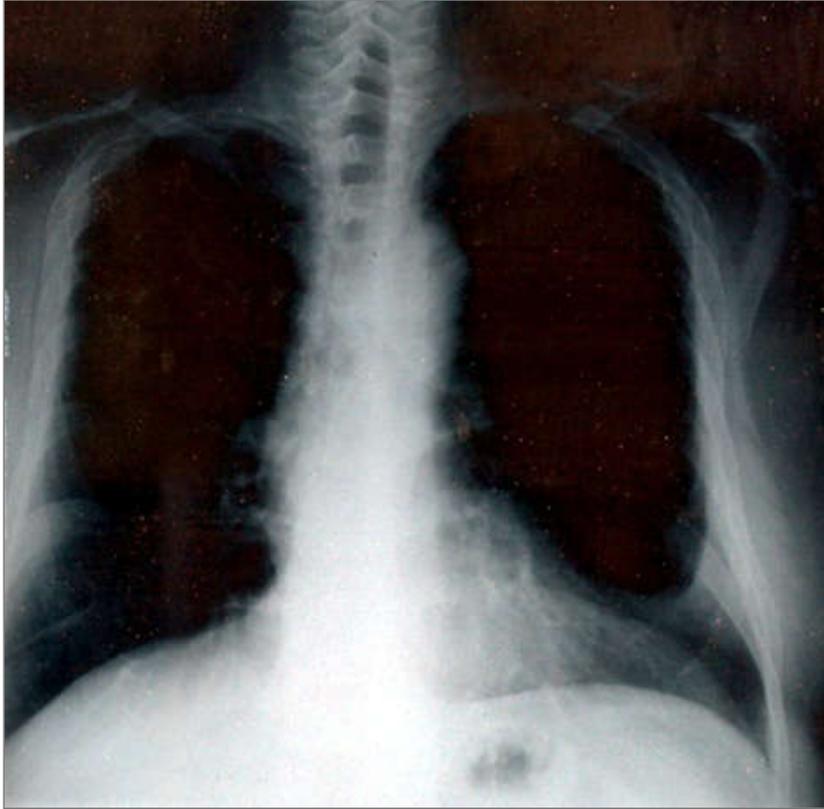


Fig.1: Fecha: 01/10/06

7) Examen físico: Paciente lúcido, febril, con Glasgow 15/15, en regular estado general, muy asténico.

Tensión arterial: 140/95 mm.Hg.
Temperatura: 38,5°C

Piel y mucosas: Con temperatura elevada, turgencia y elasticidad conservada, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en base izquierda, se ausculta disminución en la entrada de aire en base derecha, sin broncoespasmo y sin disnea.

Aparato cardiovascular: No se auscultan soplos, primero y segundo ruido.

Durante la consulta se observa la radiografía de tórax de frente, que presenta un infiltrado intersticio alveolar en base izquierda.

8) Diagnóstico: Frente a esta presentación clínica y radiológica se realiza el diagnóstico de:

- 1) Enfermedad viral respiratoria.
- 2) Neumonía viral primaria.
- 3) Gripe Prolongada por Mutación.

Diagnóstico: Gripe Prolongada por Mutación complicada con neumonía viral primaria.

9) Tratamiento: Aplicando el tratamiento con antivirico para virus de gripe: Oseltamivir en dosis de una cápsula de 75mg. cada 8 horas por dos días y luego una cada 12 horas. También Dexametasona (8mg.) en ampolla, una cada 12 horas, dos en total.

10) Decisión y conducta médica: Se decide la no internación hasta el día siguiente y ver la evolución clínica.
Se solicitan análisis de laboratorio y electrocardiograma.

11) Evolución día 3 de octubre: Al día siguiente **el paciente relata a las 4 horas** de ingerida la primera cápsula **una mejora del 50%** y **luego de 12 horas del 70%**, también **clínicamente se constata una mejora del 70%**.

Paciente en mejor estado general, afebril, tensión arterial 130/90mm.Hg.

Aparato respiratorio: Con escasos rales crepitantes en base izquierda y mejor entrada de aire en base derecha.

Métodos complementarios día 3 de octubre: Al día siguiente se constatan en el **laboratorio** de análisis clínicos los siguientes datos de interés:

- Glucemia 2,74 g/L (aumentada, nunca presentó anteriormente, primera vez).
- Creatinina 2,2 mg/dl (aumentada, nunca presentó anteriormente, primera vez).
- P.C.R. (+++++) (aumentada).
- Recuento de Plaquetas 450.000 mm³ (aumentada, trombocitosis).
- **Electrocardiograma:** normal, leve supradesnivel en cara inferior y lateral, posible pericarditis.
- **Rayos X de tórax frente:** infiltrado intersticio alveolar en base izquierda.

12) Diagnóstico:

- 1- Enfermedad viral respiratoria.
- 2- Neumonía viral primaria de base izquierda.
- 3- Gripe Prolongada por Mutación (de 33 días de evolución con reagudización).
- 4- Falla renal aguda.
- 5- Trombocitosis.
- 6- Hiperglucemia.

Diagnósticos presuntivos:

- 7- Diabetes tipo II (de reciente comienzo).
- 8- Pancreatitis.
- 9- Pericarditis.

Diagnósticos previos conocidos:

- 10- Hipertensión arterial de larga data.
- 11- Obesidad.

Diagnóstico principal y definitivo: "Gripe Prolongada por Mutación"
complicada con Neumonía viral primaria.

13) Sigue evolución y decisión médica: Frente a esta muy buena y rápida evolución clínica el paciente no se interna ya que se contaba con todos los elementos diagnósticos y no se encontraron una insuficiencia respiratoria y otros elementos clínicos que justificaran su internación.

14) Tratamiento:

1- Oseltamivir una cápsula cada 8 horas por dos días y luego una cada 12 horas durante trece días más, en total quince días.

2- Dexametasona una ampolla intramuscular cada 12hs dos dosis en total, luego al detectarse glucemias elevadas, se siguió con un antiinflamatorio no esteroideo, un comprimido por día durante 7 días más.

15) Evolución día 4 de octubre: Paciente en mejor estado, afebril, tensión arterial 130/90mm.Hg.

Aparato respiratorio: Sin rales crepitantes en base izquierda y buena entrada de aire en base derecha.

16) Evolución y comentario del tratamiento: Paciente que en el momento de la consulta se presentaba lúcido, muy asténico, febril 38,5°, en regular estado general.

Se lo medica con Oseltamivir, el paciente mejora inmediatamente luego de la administración del fármaco a las 4 horas aproximadamente en un 50% relatado por el paciente y constatado por el médico su mejor evolución clínica.

- A las 24 horas mejoró un 70%.
- A los 7 días mejoró un 90%.
- A los 20 días el 100%.

Esto demuestra una eficacia del antivírico oseltamivir que sorprende al paciente y al médico por su excelente y rápida recuperación clínica, en horas.

La evolución de los análisis del inicio y con el transcurrir de los días fue la siguiente:

- De 9.000 blancos a 7.000 (en 7 días).
- De 3 neutrófilos en cayados, luego desaparecieron (en 7 días).
- P.C.R. de (++++), (+++), (++) , (+) (en 20 días).
- Recuento de Plaquetas de 450.000 mm³ bajo a 300.000 mm³ y después a 200.000 (en 20 días). Indicando esto una trombocitosis de inicio.
- Creatinina de 2,2 mg/dl a 1,40 mg/dl (en 20 días).
- Urea 0,60 g/L.
- Glucemia de 2,74 g/L bajó progresivamente a 2,50 g/L - 2,10 g/L - 0,97 g/L (en 20 días).

Comentario de los análisis: Una elevación de glóbulos blancos con predominio de neutrofilos y en cayados que luego disminuyen. Una reacción inflamatoria intensa con P.C.R. (++++), que luego disminuye lentamente.

Un aumento de las plaquetas que luego disminuyen lentamente.

Aumento de la creatinina, que luego también disminuye, no estando deshidratado el paciente.

Aumento de la glucemia que luego se normaliza (no tiene antecedentes de hiperglucemias anteriores o familiares diabéticos).

- Esta evolución pudo haberse acordado con corticoides, pero no se siguió indicando por encontrarse glucemias elevadas.

Comentario: Es de destacar que este caso clínico descrito, presentan otras lesiones, afectan a otros órganos y sistemas como ser:

1- Una reacción inflamatoria intensa.

2- Una elevación de glóbulos blancos, como consecuencia de la acción del virus o por la reacción inflamatoria.

3- Una elevación de plaquetas fuera de lo normal, esto podría producir un mayor estado de hipercoagulabilidad con trombosis arteriales y venosas y más aún cuando presentan alteraciones en el endotelio de arterias, venas o cualquier lugar del sistema cardiocirculatorio, como lesiones endoteliales localizadas o segmentadas, por ejemplo de patologías como aterosclerosis u otras que afecten al endotelio vascular o puedan disminuir la circulación sanguínea.

4- Una lesión del riñón, que se traduce en una insuficiencia renal con elevación de creatinina y urea.

5- Una lesión en páncreas, con elevación de glucemias.

- Estas afecciones padecidas por el paciente corresponden a la enfermedad "Gripe Prolongada por Mutación".

Comentario: El paciente mejora rápidamente con la administración de la primera dosis del Oseltamivir, observándose ya a las cuatro horas una mejora clínica y subjetiva en un 50%. Es extraordinaria la buena evolución en pocas horas y días con este tratamiento.

Es de destacar la leucocitosis con neutrofilia, la gran inflamación demostrada por la P.C.R. (++++), el aumento de las plaquetas (trombocitosis) a 450.000 mm³, elevación de glucemia y creatinina indicando esto también una afectación pancreática y renal aguda.

Este es otro caso más de Gripe Prolongada por Mutación, complicada con neumonía viral primaria, de los miles de casos afectados, no diagnosticados, no tratados, con complicaciones y riesgo de vida.

CASO CLINICO Nº 5

GRIPE PROLONGADA POR MUTACION

"Gripe Prolongada por Mutación", complicada con Neumonía viral primaria (Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente internado)

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.
Edad: 47 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Trabajador por cuenta propia.
Nacionalidad: Argentino.

2) Paciente internado: En Hospital.

Fecha de ingreso: 6 de septiembre de 2007 en sala de emergencia (1er día).
7 de septiembre ingreso en sala de internación (2do día).
Fecha de egreso: 13 de septiembre de 2007.

3) Motivo de consulta: Hipertermia, dolor torácico, astenia.

4) Antecedentes de la enfermedad actual:

Paciente que refiere comenzar 72hs. antes con hipertermia no cuantificada con escalofríos, dolor en hemitórax derecho de tipo pleurítico . Pero esta enfermedad comienza 20 días previos a la consulta, con astenia marcada, cefaleas intensas, artromialgias, fiebre, estornudos intensos y seguidos imposible de contener, rinitis mucoserosa, dolor de garganta, garganta seca y caliente, tos intensa e irritativa, escasa expectoración mucoserosa, broncoespasmo, transpiración nocturna, palpitaciones, mareos, temblor, fotofobia, disminución de la visión, disminución de la audición, somnolencia, anorexia, dificultad para caminar y disminución de fuerzas en miembros inferiores, dolor en hipogastrio con disuria y polaquiuria. Requiere hacer reposo en cama 3 días.
La etapa aguda del cuadro viral le dura 7 días y en total la afección dura entre 20 y 25 días, presentando 72hs. antes los síntomas de hipertermia no cuantificada, escalofríos y dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho. Síntomas por lo que motiva la consulta y es internado.

5) Antecedentes de importancia:

Tabaquismo durante 25 años. Refiere alergia a la penicilina.
Esta enfermedad realmente comienza en el invierno del año 2006 con el mismo cuadro clínico descrito de la enfermedad actual, presentando luego tres reagudizaciones virales respiratorias de 20 a 25 días de duración, con la sintomatología igual a la descrita, nunca antes padecidas. En el 2007 presentó cinco veces la misma reagudización viral respiratoria descrita, durante, enero, marzo, junio, agosto y en septiembre mes en el cual el cuadro se complica y requiere esta internación.
En el año 2007 las reagudizaciones virales respiratorias se presentaron con la misma duración, pero cada vez con mayor intensidad y gravedad.

Nunca antes presentó estos cuadros virales respiratorios intensos y prolongados.

Nunca antes presentó broncoespasmos.

Antes una gripe le duraba 4 días como máximo y tenía solamente una vez al año en invierno.

Nunca se aplicó la vacuna antigripal en su vida.

Conoce a amigos que padecen la misma enfermedad viral respiratoria prolongada y reiterativa, siendo esto una epidemia.

El paciente refiere que esta enfermedad descrita es igual a la gripe pero más fuerte, prolongada, con recaídas y que no cura, aún siendo tratada con antibióticos, antiinflamatorios y descongestivos.

6) Examen físico:

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 130 x'

Frecuencia respiratoria: 23 x'

Temperatura: 37,8°C

Peso: 76,4Kg.

Paciente en regular estado general, lúcido, Glasgow 15/15, febril, ingresa en silla de ruedas.

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas ni enfisema.

Boca: Faringe eritematosa, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio: Palpación: vibraciones vocales disminuidas en hemitórax medio derecho.

Percusión: submatides en hemitórax medio derecho.

Auscultación: presenta roncus y escasas sibilancias en ambos hemitórax a predominio derecho, disminución en la entrada bilateral de aire, no se auscultan soplo tubario.

Aparato cardiovascular: Primer y segundo ruido cardiaco hipofonéticos, no se auscultan soplos ni otros ruidos agregados.

Pulso regular.

7) Diagnósticos:

1- Neumonía.

2- Síndrome viral respiratorio prolongado.

Diagnóstico presuntivo: Infección urinaria.

Otros diagnósticos: Tabaquismo.

8) Métodos complementarios:

Laboratorio del día 6 de septiembre:

Hematocrito: 40%

Leucocitos: 21.300 mm³

Neutrófilos en cayado: 4%

Neutrófilos seg.: 88%

Linfocitos: 8%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Monocitos: 0%
Glucemia: 1,67 g/L
Urea: 0,54 g/L
Ionograma serico:
Na: 131,5 meq/L
K: 3,93 meq/L
Cl: 97,2 meq/L

Se solicitó hemocultivo y urocultivo (día 6 septiembre) y se inició tratamiento con antibiótico.

Laboratorio día 7 de septiembre:

Hematocrito: 34%
Leucocitos: 16.000 mm³ (granulaciones tóxicas)
Neutrófilos: 80%
Linfocitos: 10%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Monocitos: 0%
Glucemia: 1,12 g/L
Uremia: 0,65 g/L
Creatinina: 1,67 mg/dl
Bilirrubina total: 0,55 mg/dl
Bilirrubina directa: 0,03 mg/dl
GOT: 19 U/L
Fosfatasa alcalina: 210 U/L
Colesterol: 116 mg/dl
Triglicéridos: 109 mg/dl
T. Protrombina: 76%
T. Tromboplastina parcial: 34"
Recuento de plaquetas: 128.000 mm³

Comentario de análisis: Presenta una leucocitosis con neutrofilias, es de destacar la elevación de urea y creatinina indicando esto una lesión renal en un paciente normalmente hidratado.
También la plaquetopenia.

Rayos x tórax frente: Día 07/09/07

Hilios congestivos, infiltrado intersticio alveolar en tercio medio de hemitórax derecho, con borde difuso. (Ver Fig.1)

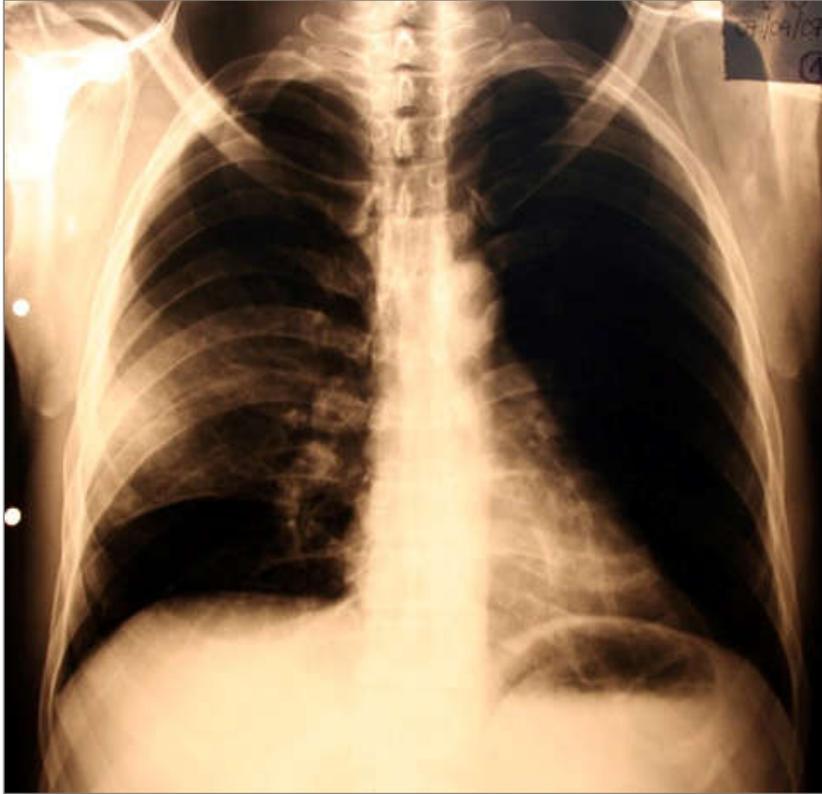


Fig.1: Fecha: 07/09/07

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 130 x', "imagen" de bloqueo incompleto de rama derecha en V1, V2.

Diagnóstico definitivo:

- 1- Neumonía vírica primaria.
- 2- Gripe Prolongada por Mutación.

Otros diagnósticos:

- 1- Plaquetopenia.
- 2- Afección renal (posible insuficiencia renal).

9) Tratamiento:

- 1- Dieta liviana.
- 2- Nebulizaciones con solución fisiológica + salbutamol cada 6 horas.
- 3- Levofloxacina 750mg. cada día vía oral.
- 4- Diclofenac 50mg. cada 8hs. vía oral.
- 5- Vía parenteral con dextrosa 5% alternado con solución salina a 2,5 litros día.

Comentario: Se indica antibiótico levofloxacina por referir alergia a la penicilina, diclofenac por el dolor torácico, broncodilatador en nebulizaciones e hidratación.

No se trata con el antivírico Oseltamivir, pese a la insistencia de que sí debería ser tratado.

Día 3 de internación 8 de septiembre 2007 (2do día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

Paciente en regular estado general.

Aparato respiratorio: Presenta escasos roncus y sibilancias en hemitórax medio derecho, hipoventilación generalizada.

No presenta expectoración.

Laboratorio:

Hemocultivo: Positivo para: cocos gram positivo en diplo y cadenas en los dos frascos.

Tipificación: Streptococcus Pneumoniae.

Antibiograma: Sensible a penicilina y derivados.

Urocultivo: Sin desarrollo.

- Diagnóstico posible de neumonía bacteriana secundaria.

Día 4 de internación 9 de septiembre 2007 (3er día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Continúa con iguales indicaciones.

Día 5 de internación 10 de septiembre 2007 (4to día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, normotenso, afebril.

Aparato respiratorio: Presenta escasos roncus y sibilancias en hemitórax medio derecho, hipoventilación generalizada.

No presenta expectoración.

Laboratorio:

Hematocrito: 40%

Leucocitos: 10.300 mm³

Neutrófilos en cayados: 5%

Neutrófilos seg.: 52%

Linfocitos: 28%

Eosinófilos: 8%

Basófilos: 0%

Monocitos: 1%

Mielocitos: 2%

Metamielocitos: 4%

Glucemia: 0,80 g/L

Urea: 0,40 g/L

Creatinina: 1,13 mg/dl

Bilirrubina total: 0,42 mg/dl
Bilirrubina directa: 0,02 mg/dl
LDH: 548 U/L
GOT: 26 U/L
GPT: 34 U/L
Fosfatasa alcalina: 250 U/L
Gamma glutamiltransferasa: 115 U/L
Colesterol: 182 mg/dl
Recuento de plaquetas: 440.000 mm³
V.D.R.L. cualitativa: no reactiva.
H.I.V.: no reactiva
Hepatitis C: no reactiva
Hepatitis B: no reactiva

Ecografía abdominal: Normal.

Día 6 de internación 11 de septiembre 2007 (5to día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.
Temperatura: 37,2°C

Paciente en buen estado general, normotenso.

Aparato respiratorio: Se auscultan escasos roncus en hemitórax medio derecho, continúa con hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares.

Rayos x de tórax frente día 11/09/07: Con persistencia del infiltrado intersticio alveolar en tercio medio derecho y se agrega en tercio superior derecho, ambos con menor densidad radiológica, que en la radiografía anterior.

(Ver Fig.2)

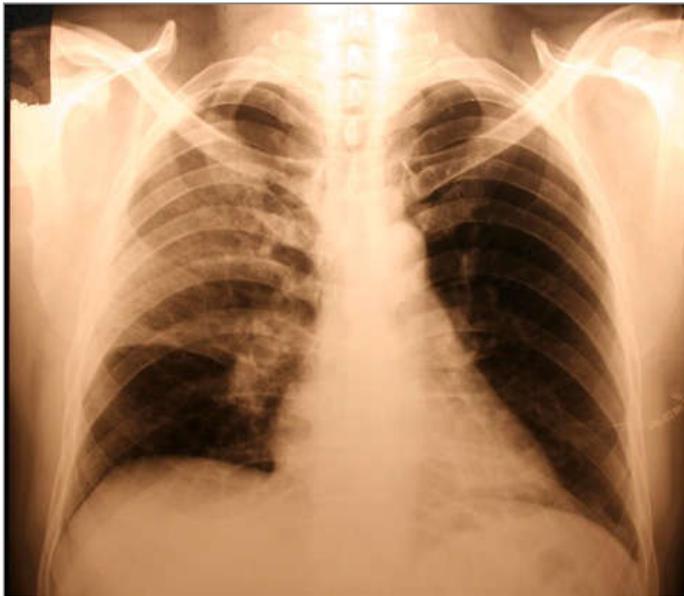


Fig.2: Fecha: 11/09/07

Laboratorio:

Ionograma sérico:

Na: 136 meq/L

K: 6,28 meq/L

Cl: 113 meq/L

Se suspende salbutamol.

Día 7 de internación 12 de septiembre 2007 (6to día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en buen estado general, lúcido, afebril, colaborador.

Aparato respiratorio: Continúa con hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares, sin ronus.

Continúa con iguales indicaciones.

Día 8 de internación 13 de septiembre 2007 (7mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente con buen estado general, se indica el alta en el día de la fecha y con tratamiento de antibiótico por 8 días más.

Comentario:

Este paciente nunca se puso la vacuna antigripal.

Durante el invierno del 2006 presentó el primer cuadro viral respiratorio prolongado de 25 días de duración, que nunca antes había tenido, esta presentación clínica del cuadro viral es igual a los pacientes afectados por la vacuna antigripal.

Presentó tres reagudizaciones posteriores en 2006 y siguiendo en 2007 con 5 (cinco) reagudizaciones más, pero con mayor intensidad que antes, durante enero, marzo, junio, agosto y septiembre, en el cual se complica con broncoespasmos y neumonía vírica primaria, con sobreinfección bacteriana bronquial por Streptococcus Pneumoniae, lo cual requiere internación ¿neumonía bacteriana secundaria?. También presenta como otras complicaciones plaquetopenia y afección renal transitoria.

En este caso la indicación de antibiótico es la correcta, por haber una sobreinfección bacteriana, pero esta bacteria no es la causante de esta enfermedad, sí lo es una infección viral respiratoria prolongada.

Lo que llama la atención es que la expectoración fue mucoserosa y muy escasa durante pocos días y nunca fue mucopurulenta, lo que contrasta con los hemocultivos positivos para Sterptococcus pneumoniae.

No se realizó cultivo de esputo por no presentar expectoración el paciente. Antes una gripe le duraba como mucho 4 días y presentaba una por año en invierno no más.

Este paciente conoce amigos que padecen el mismo cuadro viral, respiratorio, prolongado, reiterativo y que no cura aún con antibiótico en este año 2007.

En la mayoría de las neumonías adquiridas en la comunidad esta enferme-

dad viral respiratoria no se diagnostica y no se hacen diagnósticos clínicos de la enfermedad viral respiratoria prolongada en estas neumonías.

Este es otro caso de pacientes afectados por un virus de gripe mutado, cuya aparición clínica se describió en el año 2000 y adquiere características de epidemia durante los años 2004 y 2005, donde aumentó considerablemente el número de casos. Este caso del año 2007 reafirma aún más que este virus mutado sigue produciendo epidemias y aún con mayor intensidad.

Esta enfermedad descrita a la que llamo "Gripe Prolongada por Mutación" o "Gripe Prolongada Mutada", se origina de la vacuna antigripal, con mutación del virus de gripe común.

Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por un virus de gripe mutado, que es la enfermedad "Gripe Prolongada por Mutación". Con complicaciones graves y con riesgo de vida que no se hacen diagnósticos y no se tratan específicamente. Desde el comienzo del año 2000 y hasta el 2013, a pesar de todas las alertas ya notificadas desde hace 13 años. Con la consecuencia de haberse generado una epidemia, que comenzó en los años 2004 y 2005 continuando al 2012, generando miles de enfermos y muertos.

Con la posibilidad más grave aún de poder mutar con el virus de gripe aviar, u otro virus de gripe, generando un nuevo virus de gripe aún más letal y muy contagioso, que podría ocasionar una PANDEMIA, con millones de enfermos y muertos.

CASO CLINICO Nº 6

GRIPES PROLONGADA POR MUTACIÓN

"Gripe Prolongada por Mutación", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Insuficiencia respiratoria grado IV Curado rápidamente con Oseltamivir

(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2012 (Paciente internada).

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.
Edad: 50 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Enfermera.
Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internado: En Sanatorio.

Fecha de ingreso: 2 de Julio de 2012. Hora: 11:52 am
Fecha de egreso: 6 de Julio de 2012.

3) Motivo de consulta: Disnea grado IV, mal estado general, fiebre, astenia marcada, tos intensa, dolor de espalda, disfonía.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente previamente sana, que comienza 15 días atrás con fiebre 38 grados, astenia marcada, tos intensa y repetitiva, con expectoración mucoserosa (poca cantidad), rinitis con secreción escasa y mucoserosa.

Fue atendida y medicada con dexametasona y antihistamínico, no mejoró dicho cuadro y se agregaron más síntomas, artromialgias, hiperestesia cutánea generalizada, broncoespasmo. Fue atendida nuevamente y medicada con antibiótico azitromicina y antihistamínico nuevamente, no mejorando el cuadro y empeorando cinco días antes de la internación con acentuación de su tos siendo más intensa, dolor de garganta, dolor precordial retro esternal que aumenta con la inspiración profunda, dolor de espalda en ambas bases pulmonares que aumentan con la inspiración, más doloroso del hemitórax derecho, presentando disnea grado III que progresa rápidamente a grado IV, cefaleas, disfonía, mareos, nauseas, vómitos.

Nunca la expectoración fue mucopurulenta.

Nunca la rinitis fue mucopurulenta. Todo el cuadro persistió durante 15 días, agravándose los últimos días hasta que consulta nuevamente el día 2 de julio del 2012 donde se decide la internación.

5) Antecedentes de importancia: 1- Hipertensión arterial de 5 años de evolución tratada con hidroclorotiazida en forma intermitente de larga data. 2- No es alérgica. 3- No es asmática. 4- Nunca tuvo neumonías.

6) Examen físico:

Paciente con sensorio: lúcida, ubicada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15. Paciente en mal estado general, febril, taquicardica, facie descompuesta, pálida, disnea de reposo grado IV, con tos permanente y persistente, disfonía, escasa expectoración mucoserosa, no hay secreción rinofaríngea.

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 120 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 37,8°C

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas ni enfisemas.

Boca: Faringe eritematosa, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio:

Auscultación: disminución en la entrada bilateral de aire. En hemitórax derecho presenta rales crepitantes finos en base y campo medio y en hemitórax izquierdo presenta rales crepitantes finos de menor grado en la base. Con menor entrada de aire predominando más en hemitórax derecho con la inspiración y con ruido mas "soplante" (del sonido inspiratorio) por disminución en el calibre de los bronquios (por edema de mucosa bronquial o espasmo).

Dolor a la percusión y a la puño-percusión en ambas bases pulmonares.

Aparato cardiovascular: Primer y segundo ruido cardiaco normales, no se auscultan soplos ni otros ruidos agregados.
Pulso regular.

Abdomen: Puño percusión renal negativa.

7) Diagnósticos de ingreso:

- 1-** Neumonía bilateral vírica primaria.
 - 2-** Insuficiencia respiratoria grado III- IV.
 - 3-** Gripe Prolongada por Mutación (de 15 días de evolución)
 - 4-** Neumonía por virus de Gripe Mutado.
 - 5-** Neumonía adquirida de la comunidad.
 - 6-** Síndrome viral respiratorio prolongado.
- Diagnóstico presuntivo:** Pericarditis vírica.
Otros diagnósticos: Hipertensión arterial.

8) Tratamiento:

- 1- Antiviral: Oseltamivir 75mg. Cada 8 horas (vía oral)
- 2- Dexametasona 8mg. Cada 6 horas (endovenoso)
- 3- Venoclisis con solución fisiológica 500 cm³ por día.
- 4- Bolsa de agua caliente en pecho.
- 5- Control de peso y diuresis diaria.
- 6- Dieta liviana.

9) Métodos complementarios:

Laboratorio del día 2 de julio:

Hematocrito: 36%

Hemoglobina: 11.9 gr/dl

Leucocitos: 16.100 mm³

Neutrófilos en cayado: 0%

Neutrófilos seg.: 80%

Linfocitos: 12.6%

Eosinófilos: 0.2%

Basófilos: 0.3%

Monocitos: 6.5%

Glucemia: 107 g/L

Creatinina: 0,75 mg/dl

Eritrosedimentación: 14 mm/1^ohora

Proteína C reactiva: 226.41 mg/L (valor normal hasta 5.00)

Recuento de plaquetas: 465.000/ mm³ (valor normal 150 mil hasta 450mil)

GOT: 48 U/L (valor normal 5-34)

GPT: 86 U/L (valor normal hasta 55)

Fosfatasa alcalina: 169 U/L (valor normal 40-150)

CPK: 63 U/L

CPK MB: 0.30 ng/ml

LDH: 355 U/L

Troponina I: 0.000 ng/ml

Orina completa:

Proteínas contiene (+)

Células Epiteliales: 4 por campo

Leucocitos: 2-3 por campo

Amilasa: 71 U/L

Colesterol: 175 mg/dl

Ionograma serico: Na: 138 meq/L

K: 2.7 meq/L

Cl: 99 meq/L

Lactato: 2.7 mmol/L (valor normal 0.5 – 1.6)

Gases en sangre:

pH: 7.493

pCO₂: 34.2 mmHg

pO₂: 53.8 mmHg

sO₂: 88.6 %

Virus respiratorio: Hisopado nasofaríngeo.

Método: inmunofluorescencia directa

Influenza A: negativo

Influenza B: negativo

Parainfluenza: 1, 2, 3: negativo

Sincicial respiratorio: negativo

Adenovirus: negativo

Se solicitó hemocultivo.

Electrocardiograma día 02 de julio de 2012: Frecuencia cardiaca: 100 x', leve infradesnivel del "ST" en DI, DII, AVF, V₅ y V₆. Onda "T" con disminución del voltaje en todas las derivaciones. Diagnóstico presuntivo hipopotasemia, ¿pericarditis?. (Ver Fig.1)

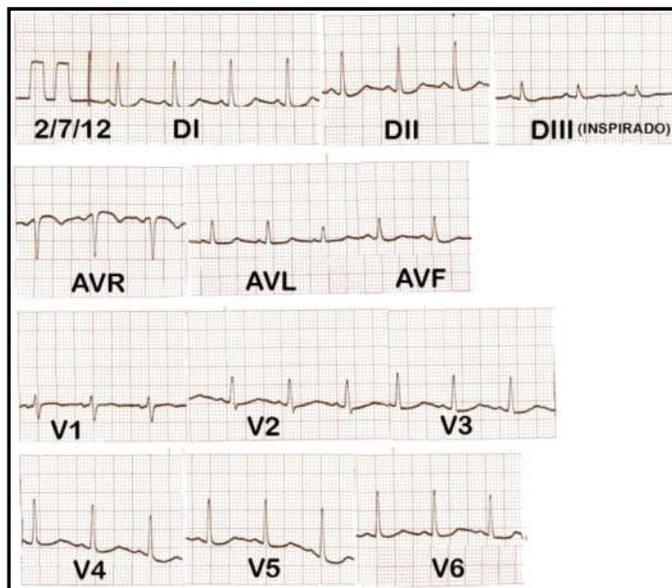
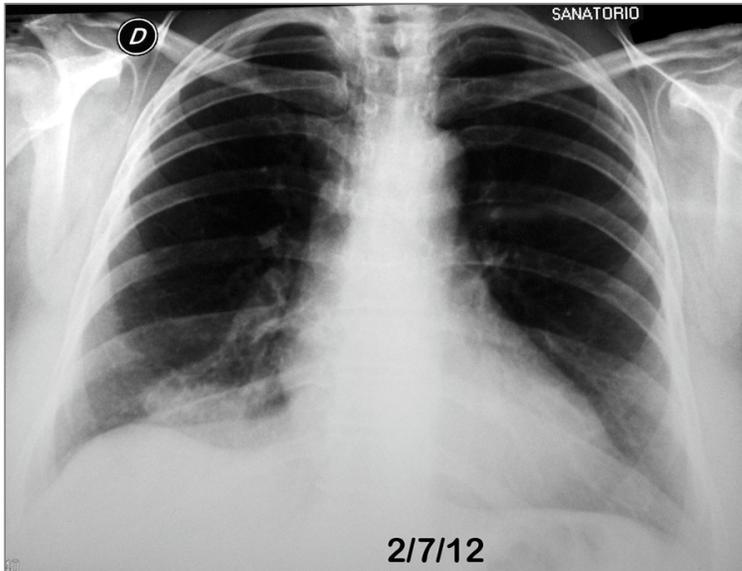


Fig.1. Electrocardiograma del 02/07/2012



Rx de tórax: Día 2 de julio de 2012. Se observa: Infiltrados intersticio-alveolares, bilaterales, bibasales y campos medios de ambos pulmones, con imagen de condensación en base derecha. Congestión broncovascular.

Evolución: Paciente que luego de cinco horas de administrada la primera dosis de oseltamivir 90mg (3 cápsulas de 30 mg.), mejoró notablemente el estado general bajando la frecuencia respiratoria a 14 por minuto, no presentó más disnea grado IV y disminuyó la tos en 50%.

Aclaración: se indicó Oseltamivir tres cápsulas de 30mg. cada una,(droga original), debido a que no se consiguió las cápsulas de 75 mg.

Comentario: del laboratorio la paciente presenta una leucocitosis de 16.100 blancos a predominio de neutrófilos, proteína C reactiva positiva muy alta, plaquetas elevadas, enzimas hepáticas elevadas, proteínas en orina, amilasa de 71 U/L, hiponatremia, hipopotasemia, lactato alto. Alteración de los gases en sangre, con hipoxemia y alcalosis mixta, diagnóstico de insuficiencia respiratoria.

Los análisis de virus respiratorio de influenza A, influenza B, adenovirus, sincicial respiratorio y parainfluenza 1,2 y 3 son todos negativos.

Los análisis de positividad de estos virus sobre todo el de influenza se dan durante los tres primeros días de iniciada la enfermedad, por eso al tomar la muestra a los 15 días de esta enfermedad, es lógico que los análisis den negativo. Por eso estos resultados negativos no aportan datos de relevancia diagnóstica.

El ionograma plasmático esta alterado con los valores bajos, por el uso crónico de hidroclorotiazida.

Día 2 de internación 3 de julio de 2012 (2^{do} día de oseltamivir)

Paciente en mejor estado general, franca mejoría, ubicada en tiempo y espacio, afebril.

Tensión arterial: 150/100 – 130/90 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 90 x´

Frecuencia respiratoria: 15 x´

Temperatura: 36°C

Bajó la frecuencia cardíaca de 120 a 90 y la frecuencia respiratoria de 24 a 15 x´, afebril, con tos de menor intensidad y frecuencia disminuyendo un 50%.

Aparato respiratorio: Sigue con dolor torácico en base derecha, con rales crepitantes gruesos en base y campo medio de hemitórax derecho (desaparecieron los rales finos).

Escasa expectoración mucoserosa, no hay secreción rinofaríngea.

Laboratorio:

Hemocultivo: informe: tres muestras, respuesta inflamatoria. Cultivo bacteriano: primer y segundo control sin desarrollo en las tres muestras

Gases en sangre:

pH: 7.408

pCO₂: 43.8 mmHg

pO₂: 73.0 mmHg

sO₂: 94.5%

lactato: 1.5

Comentario: sigue evolucionando bien, con una mejora relatada por la paciente y objetivada por el médico del 70% en 12 horas de tratamiento.

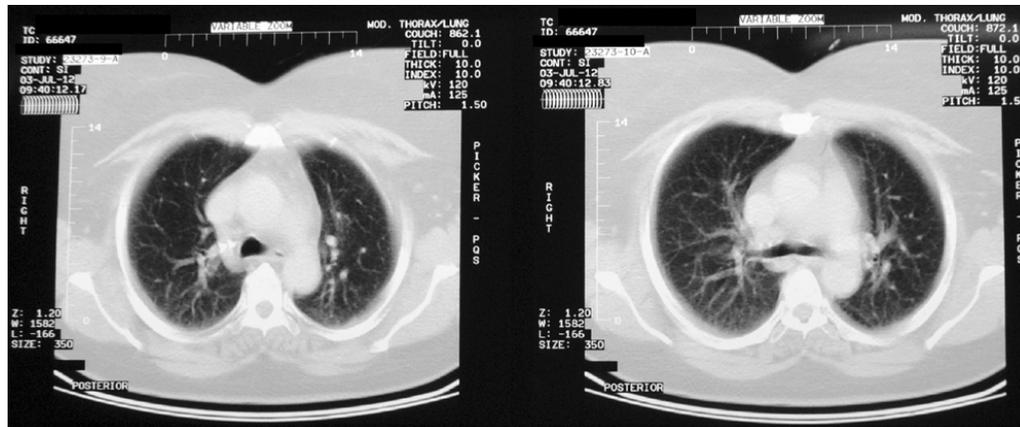
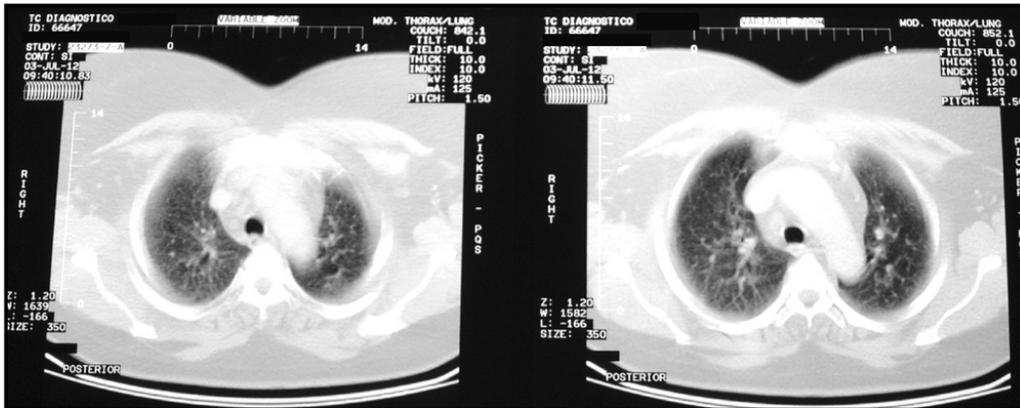
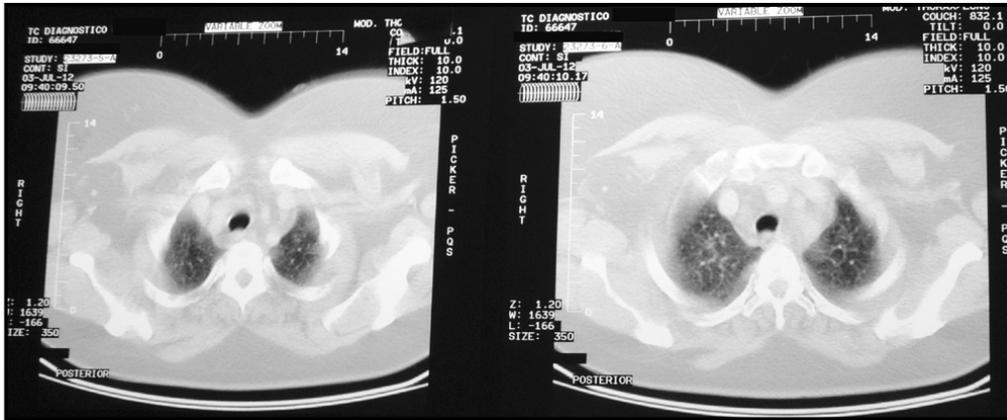
Los gases en sangre mejoraron mucho la pO₂ de 53.8 mejoró a 73.0, saliendo de la insuficiencia respiratoria, la pCO₂ de 34.2 mejoró a 43.8, la sO₂ de 88.6 mejoró a 94.5. El pH de 7.493 mejoró a 7.408 saliendo de alcalosis. El lactato de 2.7 bajó a 1.5, demostrando evidencia de mejoría y mejor pronóstico.

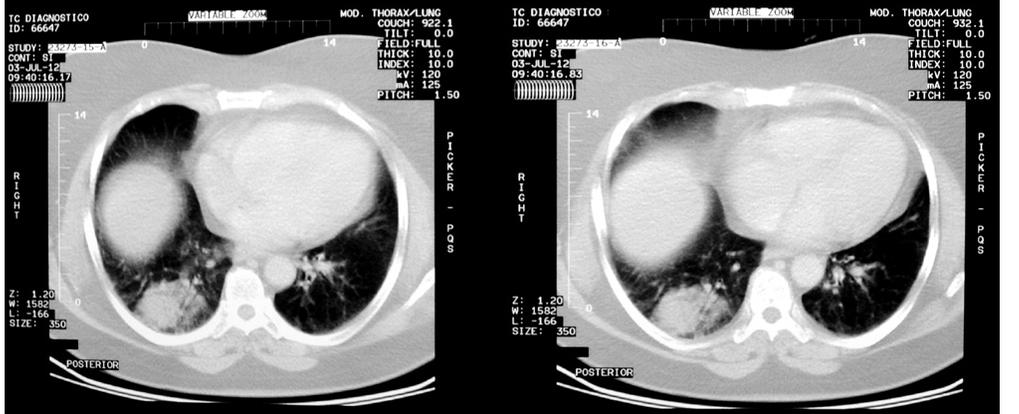
Tomografía computada de tórax con contraste: Técnica realizada, con 10 mm de espesor e incremento, programado en una radiografía digital previa.

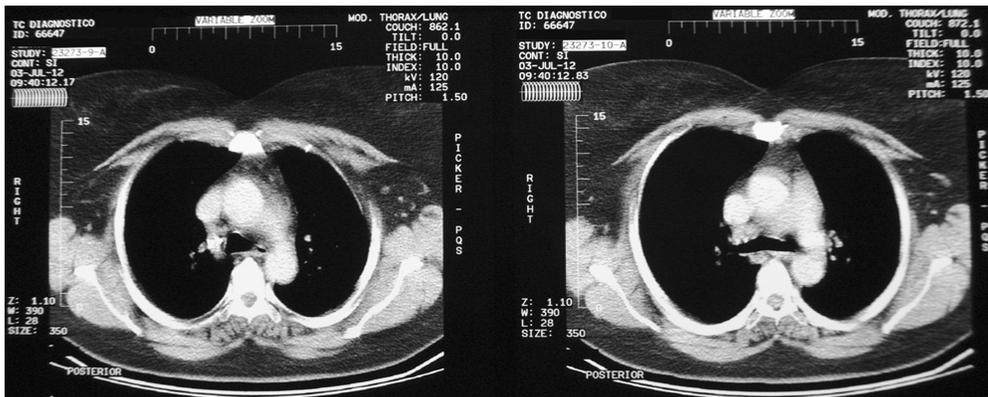
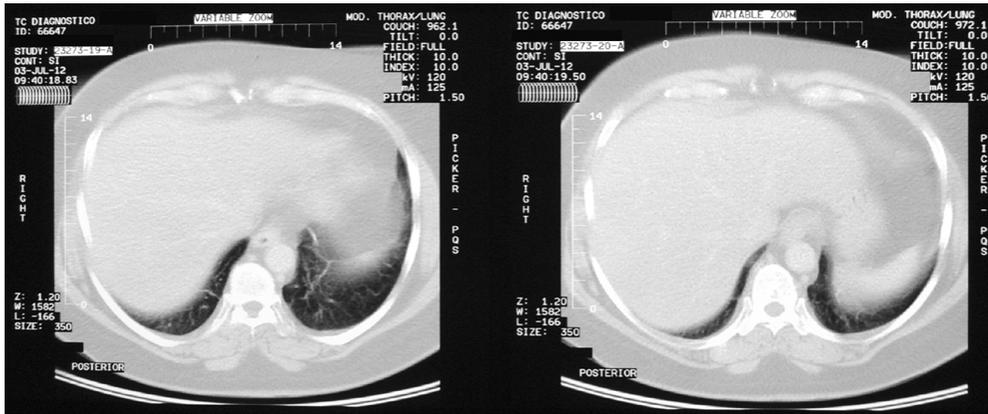
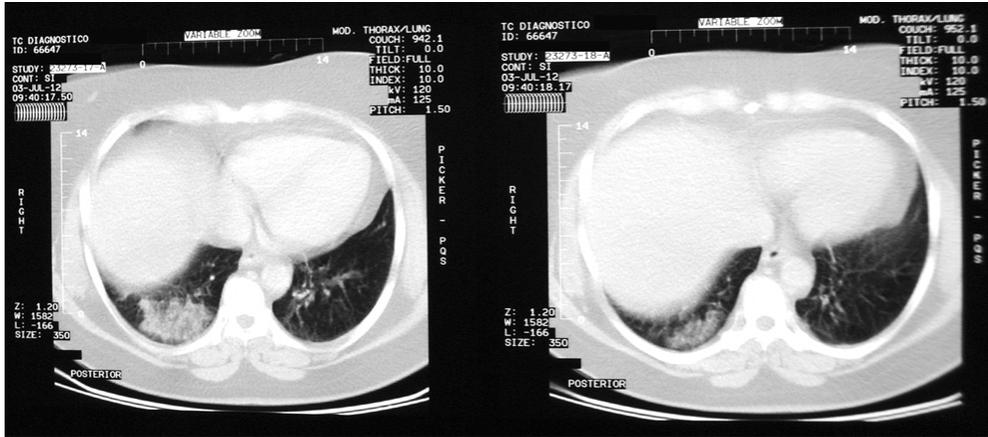
Confirma evidencia de neumonía en base derecha, infiltrado intersticio alveolar en base, campo medio y hasta el vértice del pulmón derecho. Como así también infiltrado intersticio alveolar en base izquierda predominando en campo medio y vértice de todo el pulmón izquierdo.

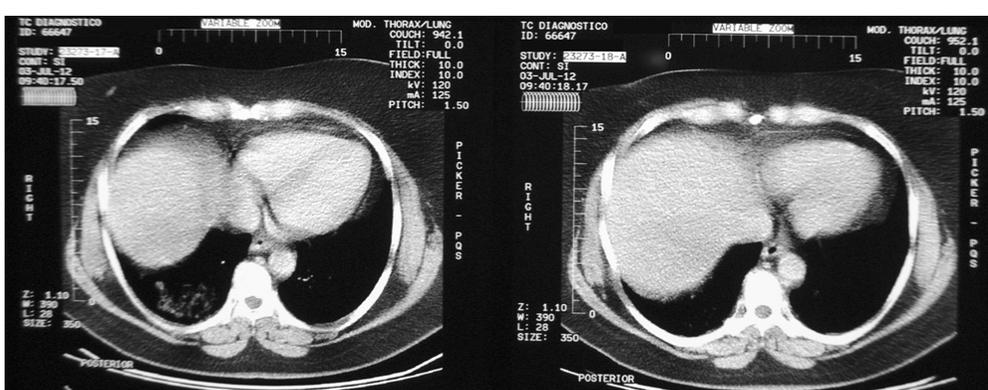
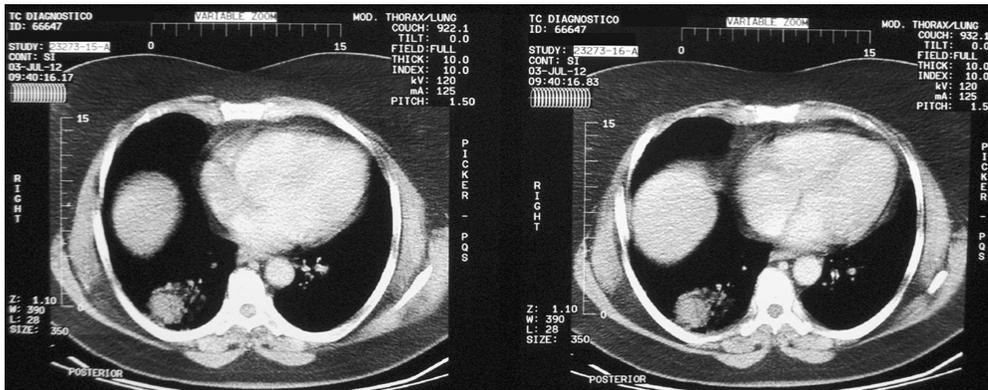
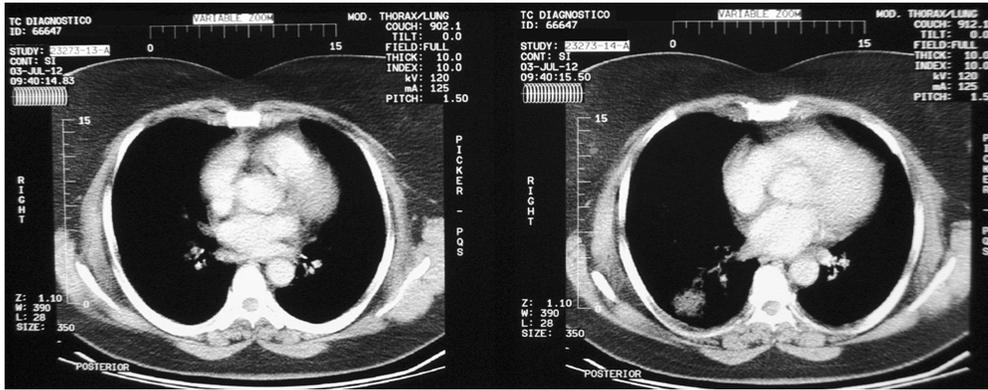
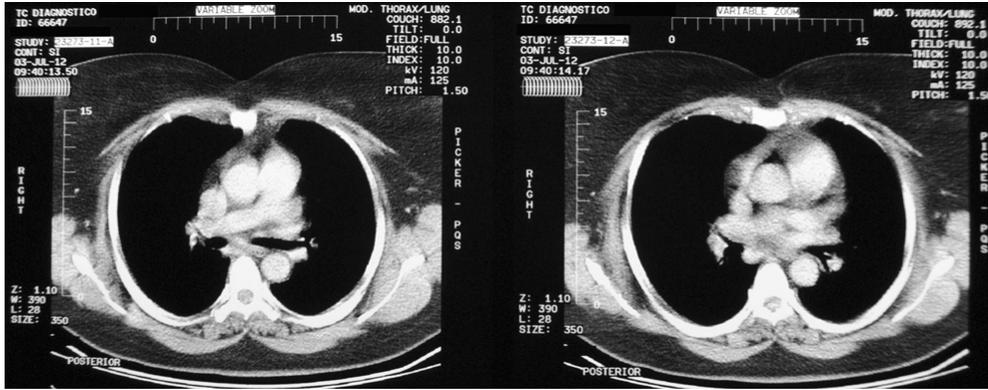
Con imagen de condensación y ocupación alveolar en base de pulmón derecho, de medidas de 9 cm x 4 x 4 aproximadamente, ubicada en el segmento superior del lóbulo inferior derecho, como así también esta misma imagen más chica en dos lugares en pulmón izquierdo de 2 cm x 1,5 cm.

Aislada adenopatía para traqueal derecha, cuyo diámetro es de 15 mm.









Observaciones: se indica cambiar dexametasona genérica a marca comercial de mejor calidad, para lograr un mejor efecto antiinflamatorio y en el tratamiento médico.

Se consiguió oseltamivir (original) de 75mg (cápsulas). Sigue con 75mg. Cada 8 horas.

Día 3 de internación 4 de julio de 2012 (3^{er} día de oseltamivir)

Paciente con mejor estado general, afebril, desapareció la tos durante el día, y persiste la tos en menor intensidad sólo de noche.

Tensión arterial: 140/100 – 140/90 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Con menos secreciones pulmonares en todo el pulmón derecho y el izquierdo, no presenta más rales crepitantes finos, si presenta rales gruesos con la inspiración en base derecha.

Laboratorio del día 4 de julio:

Proteína C Reactiva: 154.30 mg/l

Amilasuria: 31.0 U/hora (valor normal hasta 17 U/hora)

Fosfatasa alcalina: 152 U/L

Hematocrito: 34.0%

Hemoglobina: 11.3 gr/dl

Creatinina: 0,65 mg/dl

Ionograma serico: Na: 141 meq/L

K: 3.5 meq/L

Cl: 106 meq/L

Coagulograma: Normal.

Tiempo de protombina: 80%

APTT: 26%

LDH: 313 U/L

Los informes de los análisis virales son todos negativos.

La Proteína C Reactiva bajó a 154.3, mejorando su inflamación, la amilasuria se encuentra alta de 31, indicando una lesión o inflamación pancreática de días anteriores.

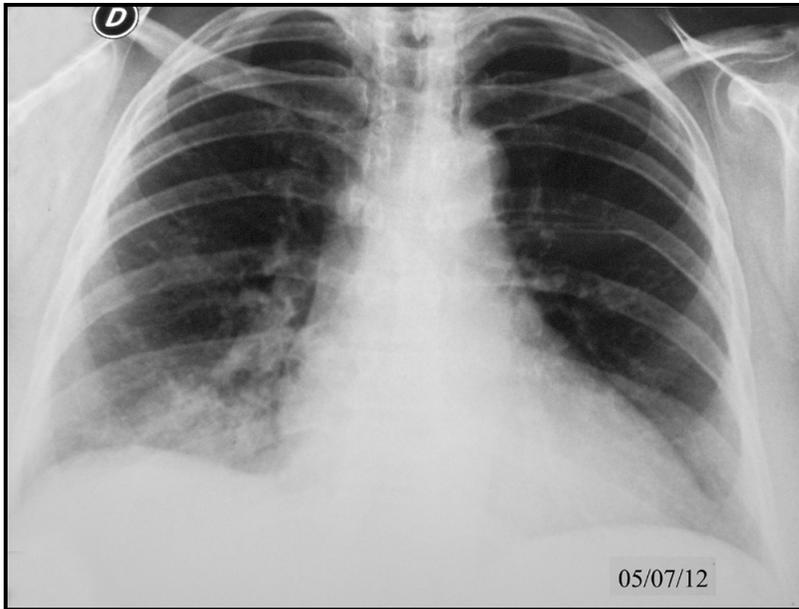
Día 4 de internación 5 de julio de 2012 (4^{to} día de oseltamivir)

Paciente con mucho mejor estado general con una recuperación clínica de un 90%. Desapareció la tos completamente.

Tensión arterial: 120/80 – 140/100 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: No se auscultan secreciones pulmonares, no se auscultan rales crepitantes finos ni gruesos en base derecha, ni en ningún otro lugar de ambos pulmones, con leve espasmo bronquial en base derecha.



RX de tórax: Día 05 de julio de 2012. Se observa leve disminución de la imagen de condensación con bordes más difusos en base derecha, con leve disminución de los infiltrados intersticio alveolar en base derecha y base izquierda. (Mejora la evolución radiológica)

Tratamiento: se reduce la dosis de la dexametasona de 8mg a 4mg cada 6 horas.

Día 5 de internación 6 de julio de 2012 (5^{to} día de oseltamivir)

Paciente con mejor estado general, se recuperó clínicamente en un 90%.

Tensión arterial: 140/90 – 120/90 mm. Hg.

Temperatura: 36.2°C

Frecuencia cardíaca 75 x´

Aparato respiratorio: No presenta disnea de reposo, ni disnea de esfuerzo, no presenta dolor torácico posterior espontáneo, ni a la inspiración profunda, no presenta rales de ningún tipo en los dos pulmones, muy buena y rápida recuperación clínica.

Laboratorio:

Leucocitos: 11.000

Hematocrito: 31.4%

Hemoglobina: 10.2 gr/dl

Creatinina: 0,63 mg/dl

Eritrosedimentación: 8 mm/1ºhora

Proteína C reactiva: 35.51 mg/L (valor normal hasta 5.00)

Recuento de plaquetas: 419.000/ mm³

GOT: 35 U/L (valor normal 5-34)

GPT: 72U/L (valor normal hasta 55)

Fosfatasa alcalina: 134 U/L (valor norma 40-150)

Glutamyltranspeptidasa: 94 U/L (valor normal 9-36)

LDH: 352 U/L
Colesterol: 172 mg/dl
Gases en sangre:
pH: 7.439
pCO₂: 41.5 mmHg
pO₂: 76.0 mmHg
sO₂: 95.5%
Ionograma sérico: Na: 142.0 meq/L
 K: 3.4 meq/L
 Cl: 105 meq/L

La Proteína C Reactiva bajó a 35, las plaquetas bajaron y se normalizaron. Las enzimas hepáticas comenzaron a bajar, la eritrosedimentación bajo de 14 a 8 mm/1hora, la glutamiltansaminotransferasa esta alta 94 U/L, se normalizó el ionograma serico, los leucocitos bajaron.

Se observa una disminución progresiva del hematocrito en los 6 días y sin encontrar una causa por la clínica que lo justifique, hemorragias u otras causas. Podría ser por la misma enfermedad viral de gripe prolongada por mutación que ocasione esta disminución del hematocrito, pero todavía no se puede explicar porque mecanismo se produce esta disminución.

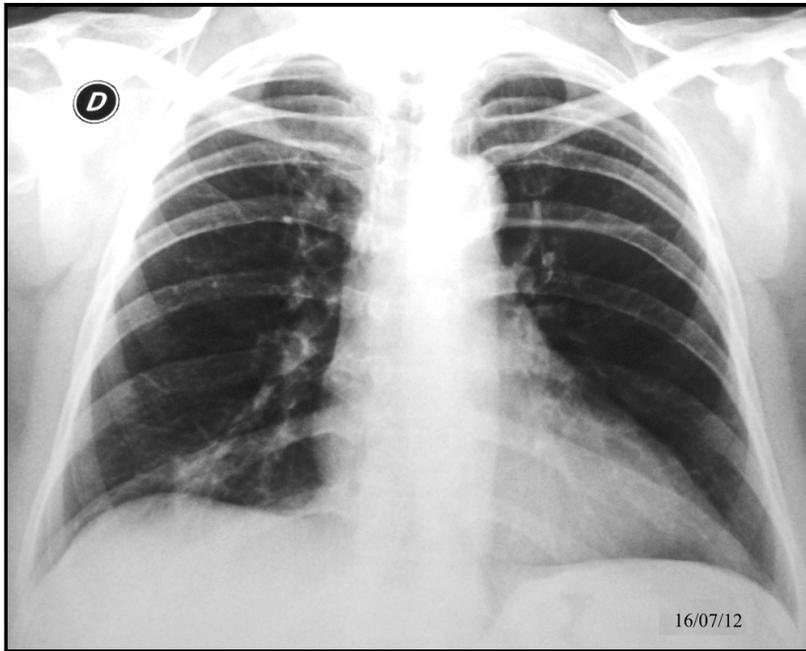
También presenta una disminución progresiva de la creatinina (dentro de los valores normales). También presenta proteínas en orina, indicando esto también una lesión renal transitoria.

Comentario: lo extraordinario de la evolución de esta paciente, es que su diagnóstico de neumonía viral bilateral primaria con insuficiencia respiratoria grave, se recuperó en 24hs. Y una mejora del 90% en tres días de tratamiento con el antiviral oseltamivir. Demostrando esto con pruebas y evidencias que fue por causa etiológica de un virus de gripe mutado de la comunidad.

Se le da el alta médica, el día 6 de julio de 2012, continuando con el antiviral oseltamivir 75mg cada 12 horas por el término de cinco días más.

Evolución: día 16 de julio del 2012: Paciente vuelve a la consulta completando los diez días de tratamiento en total con el antiviral oseltamivir, al examen físico realizado se encuentra una paciente en buen estado general, tensión arterial 150/90, afebril, en aparato respiratorio buena ventilación pulmonar sin ruidos agregados ni brocoespasmo. La paciente refiere una curación del 100% y clínicamente también se observa una curación del 100%.

Electrocardiograma del día 16/07/12 se encuentra normal.



Rx de tórax: Día 16 de julio de 2012. Desapareció el infiltrado intersticio alveolar de ambas bases pulmonares, imagen secuelar de la neumonía de menor tamaño y forma redondeada en base derecha. Desapareció la congestión broncovascular.

Comentario:

La paciente presenta también las siguientes afecciones a destacar: una leucocitosis de 16.000 blancos a predominio neutrofilos.

Una respuesta inflamatoria intensa, por Proteína C Reactiva muy alta.

Alteración de los gases en sangre con insuficiencia respiratoria grado IV.

Una pericarditis por la clínica.

Plaquetas elevadas (aumento del estado de coagulación, con los riesgos de trombosis).

Leve afección hepática.

Leve inflamación pancreática.

Leve afección renal transitoria.

Alteración hidroelectrolítica con valores bajos de sodio, potasio y cloro por uso crónico de hidroclorotiazida.

Hemocultivos todos negativos, indicando que no fue una neumonía de origen bacteriana.

La tomografía computada de tórax con contraste corrobora el diagnóstico de neumonía y lo correlaciona con la clínica. Pero lo destacable es que detecta infiltrados intersticio alveolar en campo superior de pulmón derecho y campo medio y superior de pulmón izquierdo, diagnosticando así que la afección viral se extendió por todos los dos pulmones en su totalidad, también presentó dos focos de neumonía más pequeños en pulmón izquierdo no diagnosticado por la radiografía.

Estos datos de la tomografía computada con contraste, son muy importantes a tener en cuenta ya que ofrece más precisión diagnóstica de la presentación y extensión de la neumonía en los dos pulmones. Por lo que se recomienda solicitar en toda neumonía viral.

La curación rápida de estos casos de Neumonía Bilateral Vírica Primaria es por el Antiviral Oseltamivir, que es prueba y evidencia contundente. Confirmado por la clínica y la respuesta efectiva al tratamiento. También que la Gripe Prolongada por Mutación es una enfermedad viral por un nuevo virus de gripe mutado, adquirido de la comunidad.

Este es otro caso más de Gripe Prolongada por Mutación del año 2012 confirmado como prueba y evidencia. Además esta nueva forma clínica de gripe está instalada en forma permanente y cada vez más desplazando a la gripe común en la Argentina y en todo el mundo.

Es preocupante saber que se oculta internacionalmente esta nueva enfermedad por organismos internacionales que no dan a conocer ocasionando millones de muertos.

A fin de seguir difundiendo esta nueva forma clínica de Gripe Prolongada por Mutación, para lograr su reconocimiento, diagnóstico y tratamiento, es el motivo principal para salvar millones de personas.

CASO CLINICO N° 7

GRUPE PROLONGADA POR MUTACIÓN

**"Gripe Prolongada por Mutación",
complicada con Neumonía bilateral vírica primaria
y con Insuficiencia respiratoria grado II
Curado rápidamente con Oseltamivir**

(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2015

1) Datos personales:

Sexo: Masculino

Edad: 68 años

Domicilio: Posadas

Ocupación: Construcción

Nacionalidad: Argentina

2) Motivo de consulta: Disnea grado II, mal estado general, astenia marcada, tos intensa, dolor de espalda.

3) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente previamente sano, que comienza 60 días atrás con poca fiebre, astenia, dolor de garganta, muchos estornudos, rinitis profusa con secreción mucoserosa, tos intensa con expectoración mucoserosa (poca cantidad) que luego de 10 días se hace mucopurulenta, broncoespasmo, hiporexia.

El paciente presenta disnea grado II a los 20 días de comenzado el cuadro, persistiendo permanentemente durante 40 días más, hasta el día de la consulta.

Todos los síntomas persistieron permanentemente durante los dos meses de evolución.

4) Antecedentes de importancia:

La esposa del paciente se enferma al mismo tiempo, del mismo cuadro viral respiratorio de gripe. Siendo esto un contagio con Epidemiología Familiar.

5) Exámen físico:

6) Diagnósticos de ingreso:

1- Neumonía bilateral vírica primaria.

2- Insuficiencia respiratoria grado III- IV.

3- Gripe Prolongada por Mutación (de 15 días de evolución)

4- Neumonía por virus de Gripe Mutado.

5- Neumonía adquirida de la comunidad.

6- Síndrome viral respiratorio prolongado.

Diagnóstico presuntivo: Pericarditis vírica.

Otros diagnósticos: Hipertensión arterial.

7) Tratamiento:

- 1- Antiviral: Oseltamivir 75mg. Cada 12 horas (vía oral)
- 2- Dexametasona de acción rápida y lenta. Una sola inyección intramuscular.
- 3 - Medidas generales de reposo absoluto, y dieta liviana.

8) Métodos complementarios:

Laboratorio

Hematocrito: 36%

Hemoglobina: 11.9 gr/dl

Leucocitos: 16.100 mm³

Neutrófilos en cayado: 0%

Neutrófilos seg.: 80%

Linfocitos: 12.6%

Eosinófilos: 0.2%

Basófilos: 0.3%

Monocitos: 6.5%

Glucemia: 107 g/L

Creatinina: 0,75 mg/dl

Eritrosedimentación: 14 mm/1^ohora

Proteína C reactiva: 226.41 mg/L (valor normal hasta 5.00)

Recuento de plaquetas: 465.000/ mm³ (valor normal 150 mil hasta 450mil)

GOT: 48 U/L (valor normal 5-34)

GPT: 86 U/L (valor normal hasta 55)

Fosfatasa alcalina: 169 U/L (valor normal 40-150)

CPK: 63 U/L

CPK MB: 0.30 ng/ml

LDH: 355 U/L

Troponina I: 0.000 ng/ml

Orina completa:

Proteínas contiene (+)

Células Epiteliales: 4 por campo

Leucocitos: 2-3 por campo

Amilasa: 71 U/L

Colesterol: 175 mg/dl

Ionograma serico: Na: 138 meq/L

K: 2.7 meq/L

Cl: 99 meq/L

Lactato: 2.7 mmol/L (valor normal 0.5 – 1.6)

Gases en sangre:

pH: 7.493

pCO₂: 34.2 mmHg

pO₂: 53.8 mmHg

sO₂: 88.6 %

Virus respiratorio: Hisopado nasofaríngeo.

Método: inmunofluorescencia directa

Influenza A: negativo

Influenza B: negativo

Parainfluenza: 1, 2, 3: negativo
Sincicial respiratorio: negativo
Adenovirus: negativo

Rayos X de torax

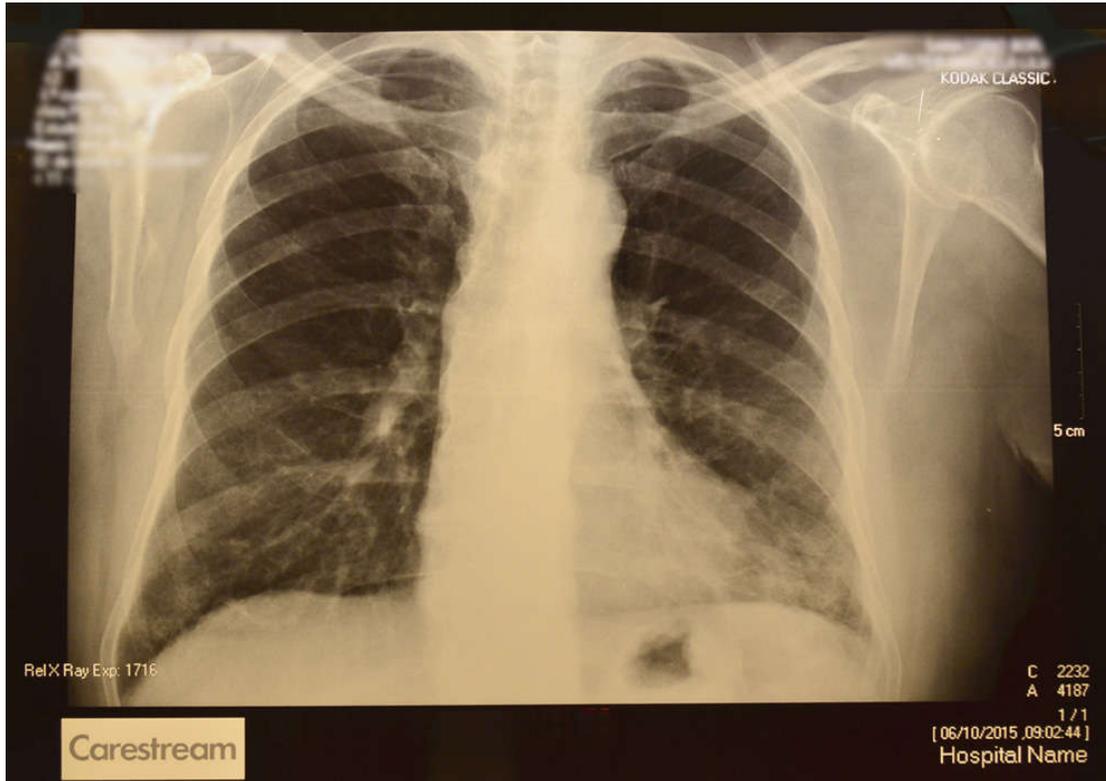


Fig.1: Fecha: 06/10/15
Infiltrados alveolares en ambas bases pulmonares a predominio de base izquierda
Velamiento de seno costofrenico izquierdo
Índice Cardio-Toraxico Normal

Evolución: El paciente vuelve a los 3 días refiriendo una mejora en un 70% a las 12hs de iniciado el tratamiento, y en tres día mejora un 90%. A los 7 días un 100%.

Tomografía computada de torax con contraste

FECHA: 09/10/2015

TÉCNICA:

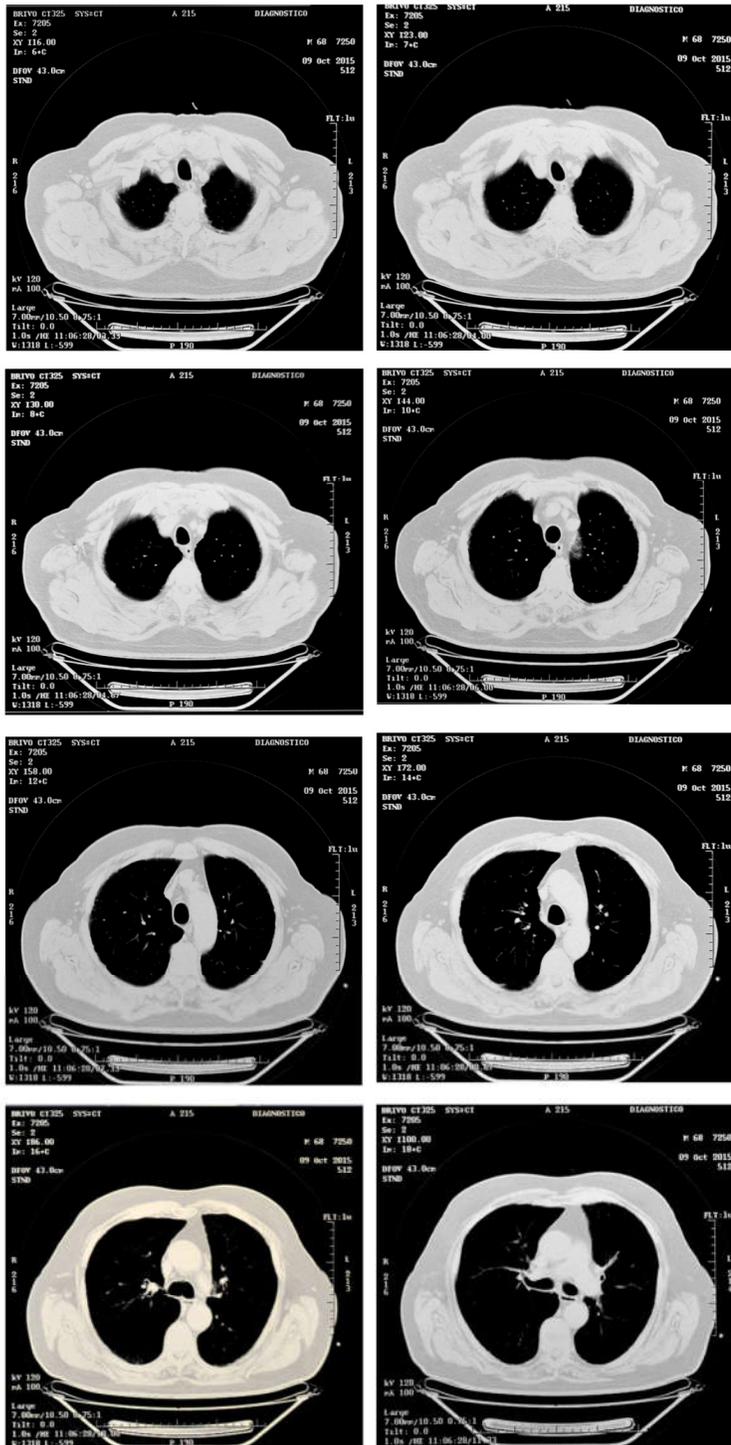
Se realizó una tomografía de tórax con 5mm de espesor e incremento programados en una radiografía digital previa. Luego de administrarse sustancia de contraste.

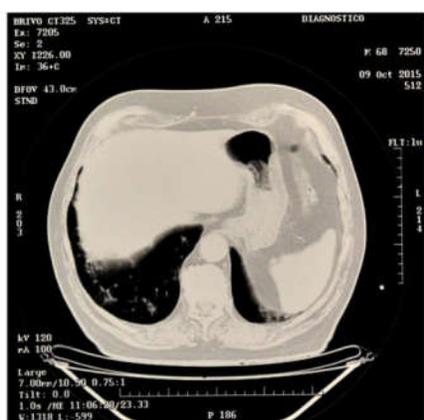
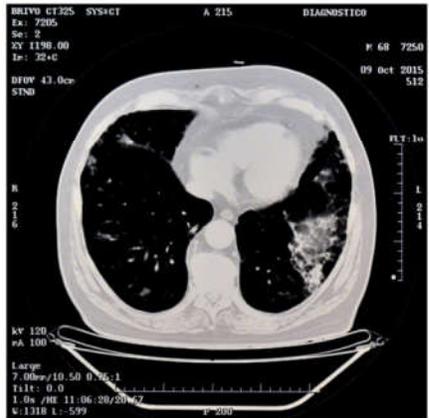
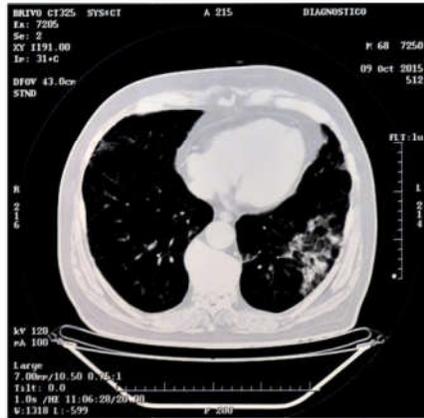
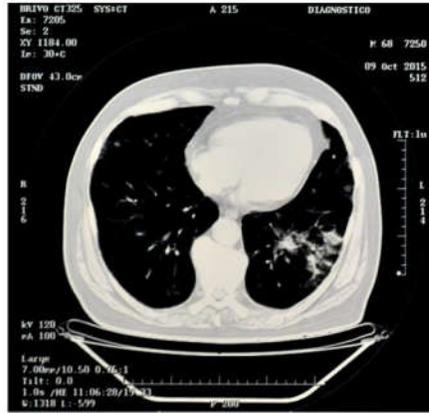
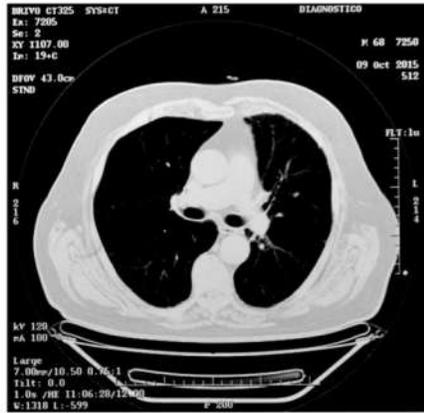
INFORME: En las partes blandas y óseas de la caja torácica no se observan alteraciones.

El mediastino, la tráquea, la carina, el esófago y las estructuras vasculares pulmonares, no muestran alteraciones. El corazón no muestra imágenes patológicas. No se observan adenomegalias en el mediastino.

Se advierten áreas parcheadas de consolidación que compromete a ambas bases pulmonares, siendo esto más evidente a nivel del lóbulo inferior izquierdo.

Así también se advierte una ligera atenuación del insterticio interlobulillar subpleural bilateral.





NOTA DEL AUTOR SOBRE NUEVOS CASOS CLÍNICOS

Debido ya a los miles de Casos Clínicos registrados de Gripe Prolongada Epidémica, se hace imperativo a partir de esta 7ma Edición de este libro (Marzo 2018), presentar los nuevos Casos Clínicos únicamente en forma de Síntesis, a fin de seguir aportando evidencias y pruebas Médico Científicas, para una mayor divulgación a nivel mundial de esta enfermedad Epidémica.