

PARTE I

1. "GRIPE PROLONGADA"

Nueva enfermedad viral prolongada del sistema respiratorio, otros órganos y sistemas, producida por la vacuna antigripal.

2. "GRIPE PROLONGADA POR MUTACION" "LA NUEVA EPIDEMIA"

Nueva enfermedad viral prolongada del sistema respiratorio, otros órganos y sistemas. Producida por mutación por la unión del virus de la vacuna antigripal (Gripe Prolongada) con el virus de Gripe común.

PARTE I

1. "Gripe Prolongada"

Nueva Enfermedad Viral Prolongada del sistema respiratorio, otros órganos y sistemas, producida por la vacuna antigripal.

1. DEFINICIÓN:

- Es una enfermedad infecciosa, aguda, que afecta al sistema respiratorio, a las vías respiratorias altas y bajas, de etiología vírica, contagiosa y prolongada, con varias reagudizaciones o recaídas.
- También se puede presentar con "efecto retardado".
- Afecta también fuera del sistema respiratorio a otros órganos, aparatos o sistemas.
- La etiología vírica es desconocida hasta la fecha y se afirma que es un virus de gripe.
- Este virus puede ser un virus nuevo desconocido de gripe o un virus conocido y mutado de gripe o un nuevo virus desconocido.

Afecciones fuera del sistema respiratorio:

| | | |
|------------------|---|---|
| 1- Cardiológicas | 1. Cardiopatía coronaria. | Angina de pecho inestable. Infarto Agudo de Miocardio. |
| | 2. Alteración de conducción -Bloqueos. | |
| | 3. Alteraciones valvulares - Válvula Aortica. | |
| | 4. Alteraciones miocárdicas. Miocarditis Aguda. | |
| | 5. Insuficiencia Cardíaca. | |
| | 6. Pericarditis. | |
| | 7. Muerte súbita. | |
| | 8. Arritmias Cardíacas – Fibrilación auricular aguda. | |

| | | |
|------------------|---|--|
| 2- Hematológicas | 1. Trombocitopenia. | |
| | 2. Trombocitosis. | |
| | 3. Leucopenia. | |
| | 4. Leucocitosis. | |
| | 5. Púrpura Trombocitopénica de origen viral Gripe. Aguda y crónica. | |
| | 6. Leucemia linfoblástica aguda (LLA) | |
| | 7. Leucemia linfática crónica (LLC) | |

| | | |
|-----------------|--|--|
| 3- Nefrológicas | 1. Insuficiencia renal aguda y crónica. | |
| | 2. Daño renal transitorio (vasculatitis). (Afección ya conocida y notificada). | |

| | | |
|-----------------|-----------------------------------|--|
| 4- Neurológicas | 1. Accidente Cerebro Vascular. | Afecciones ya conocidas y notificadas. |
| | 2. Encefalitis. | |
| | 3. Neuritis (Miembros). | |
| | 4. Guillain Barré. | |
| | 5. Encéfalo-Mielitis. | |
| | 6. Narcolepsia. | |
| | 7. Afasia Transitoria temporaria. | |
| | 8. Amnesia Geográfica temporaria. | |
| | 9. Convulsiones. | |

5- Oftalmológicas 1. Disminución de la visión.

6- Auditivas 1. Disminución de la audición.

7- Olfativas 1. Disminución del olfato.

8- Dermatológicas

1. Dermatitis descamativa.
2. Dermatitis purpúrica.
3. Liquen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia).

9- Arteriales

1. Posible hipertensión arterial.
2. Posible arteritis con endarteritis o vasculitis.
3. Posible trombosis - embolias.

10- Psiquiátricas

- 1- Cuadro depresivo: debido a enfermedad médica.
 - Tristeza.
 - Angustia.
 - Llanto.
 - Desinterés.
 - Alteración del sueño.
- 2- Ansiedad: reactiva ante la situación de incertidumbre provocada por una enfermedad que amenaza la vida y a la que no se encuentra explicación.
 - Preocupación.
 - Incertidumbre.
 - Pesadillas.

11- Ginecológicas: Hipermenorrea, Metrorragia, Inflamación de endometrio.

12- Obstétricas: Muerte fetal, Agenesia de mano, Polihidramnios y Feto Enfermo de Gripe Prolongada por contagio intrauterino.

13- Niño Recién Nacido Enfermo de Gripe Prolongada (por contagio intraute-

rino), con síntomas manifiestos ya a partir de las 2 horas de haber nacido y/o días subsiguientes.

14 - Endocrinológicas: Diabetes Tipo II.

15 - Oncológicas: • Leucemia linfoblástica aguda (LLA)
• Leucemia linfática crónica (LLC)

16- Otras todavía no descriptas.

2. ETIOLOGIA:

- Virus desconocido hasta la fecha.
- Afecta desde la década del 50 en adelante.
- Es transmitido por la vacuna antigripal.
- Se afirma que es un virus de gripe.
- Etiología vírica, demostrada por 1) La Clínica, 2) La Epidemiología, 3) El Contagio.

| | |
|--------------------------|---|
| Hipótesis que se afirman | 1- Virus de gripe mutado conocido (tipo A u otros). |
| | 2- Virus de gripe nuevo desconocido. |
| | 3- Virus nuevo desconocido. |

| | |
|--------------------|---|
| Hipótesis Posibles | 4- Otros virus conocidos. De Gripe u otros. |
| | 5- Otros microorganismos. |
| | 6- Otras causas. |

1- Virus de gripe mutado conocido:

- a)** Virus de gripe mutado de la vacuna antigripal de dos de las tres cepas, en el huevo de gallina (cultivo), en la vacuna o en el hombre.
 - b)** Virus de gripe mutado de la vacuna antigripal de las tres cepas, recombinación o mutación de las tres, producida en el huevo de gallina (cultivo), en la vacuna o en el hombre.
 - c)** Virus de gripe mutado de la vacuna antigripal de la combinación de dos cepas, dando origen a un nuevo virus y este combinado con la tercera cepa, dando origen a otro virus mutado (doble mutación). En el huevo de gallina, en la vacuna o en el hombre.
 - d)** Virus de gripe mutado de la vacuna antigripal de combinación de virus de gripe aviar presente en el huevo (como portador), con una cepa de la vacuna dando origen a un nuevo virus de gripe u otro virus gripe tipo "A" mutado, que produce poco contagio pero más virulento. Producido en el huevo de gallina, en la vacuna o en el hombre.
- Otras variantes de combinación posibles:** ya sea con dos o con tres cepas o recombinación o doble o triple mutación o interrelación diversa.
- e)** Otras variantes de virus de gripe mutado.
 - f)** Otras variantes de mutación o combinación entre un virus gripe y otro microorganismo que no fuera virus. Por ejemplo: clamidia, micoplasma u otros conocidos o desconocidos.

2- Virus de gripe nuevo desconocido:

- a)** Aparición de virus de gripe nuevo desconocido, combinado con una cepa de virus de gripe, con recombinación doble o triple o interrelación diversa, en el huevo o en la vacuna.
- b)** Aparición de virus de gripe nuevo desconocido, en el huevo o en la vacuna, solo e independiente.
- c)** Aparición de virus de gripe nuevo desconocido, agregado en el huevo o en la vacuna, solo e independiente.

3- Virus nuevo desconocido:

- a)** Aparición de un nuevo virus desconocido, combinado con una cepa de virus gripe o recombinación doble o triple o interrelación diversa en el huevo o en la vacuna.
- b)** Aparición de un nuevo virus desconocido, en el huevo o en la vacuna, solo e independiente.
- c)** Aparición de un nuevo virus desconocido, agregado en el huevo o en la vacuna, solo e independiente.

4- Otros virus conocidos:

- a)** Aparición de otros virus conocidos, en el huevo o en la vacuna.
- b)** Aparición de otros virus conocidos, con mutación de una cepa de virus gripe, de dos o tres u otra variable, en el huevo o en la vacuna.

5- Otros microorganismos:

- a)** Otros microorganismos no identificados aún, solos o mutados con virus gripe u otros virus, en el huevo o en la vacuna.

6- Otras causas:

- a)** Otras causas no identificadas aún.

3. FUNDAMENTO DIAGNOSTICO DE ESTA NUEVA ENFERMEDAD:

- El diagnóstico de esta nueva enfermedad se basa en cuatro pilares fundamentales que son:

1)- Por la clínica: es la aparición de la enfermedad, respiratoria, aguda, infecciosa, viral, prolongada y contagiosa, "Gripe Prolongada" posterior a la aplicación de la vacuna antigripal.

2)- Por la epidemiología: es la repetición de la misma enfermedad y al mismo tiempo en:

- Miles de personas, cientos de miles y millones de personas.
- La aparición en diferentes lugares geográficos, ya sea en varias ciudades de una misma provincia, en varias provincias a la vez, en toda la Nación Argentina, Paraguay, EE.UU., Brasil, España y otros países de todo el mundo.
- La repetición en los años, en forma seguida, desde 1998 al 2013 y continúa. También por referencia de los pacientes esta repetición data ya desde la década del 50 en adelante o sea cada año en forma permanente y progresiva.

3)- Por el contagio: se ha detectado contagio de personas enfermas por la vacuna antigripal a personas sanas no vacunadas, generalmente familiares cercanos.

4) Por análisis de la vacuna antigripal: Se ha pedido el análisis de vacunas antigripales desde 1999 hasta el 2017, las mismas se detectaron como responsables de la enfermedad, con nombres comerciales y números de lotes en los años 1999, 2000, 2005, 2006, 2007, 2008, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017 estos estudios nunca se realizaron hasta la fecha a pesar de haberse pedido innumerables veces y en forma urgente.

Se analizaron vacunas antigripales en el Instituto Malbrán en el año 1999, **pero no las solicitadas**, siendo reemplazadas por otros nombres comerciales y otros números de lotes. Se informó que no presentaban contaminación bacteriana, fúngica y no afectaban a los animales de laboratorio. Pero no se hicieron análisis para detectar virus vivos, solamente realizables en el exterior del país. Los envíos fueron solicitados en reiteradas oportunidades y denegados.

Comentario:

El diagnóstico de esta enfermedad se fundamenta principalmente en los puntos 1) y 2) anteriormente descritos, que son: por la Clínica y la Epidemiología. Fundamentos básicos y muy importantes en que se basa esta afirmación diagnóstica y contundente. Así también el contagio es un dato importante como aseveración diagnóstica de una enfermedad clínicamente viral y contagiosa, en el punto 3) anteriormente descrito. También sin tener un análisis de la vacuna, completo, claro, veraz y etiológico, en el punto 4) anteriormente descrito.

4. ANATOMICAMENTE

- Inflamación importante de todo el aparato respiratorio, las vías aéreas superiores e inferiores, de los vasos sanguíneos arteriales, otros órganos y sistemas.

Anatomía patológica: Hipótesis más lógicas.

a) Proceso inflamatorio intenso de todo el aparato respiratorio (vías aéreas superiores e inferiores).

- Lesión y necrosis del epitelio de las vías respiratorias.
- Lesión de mucosa y submucosa de las vías respiratorias.
- Lesión de nariz, senos paranasales, faringe, laringe, tráquea, bronquios y demás vías aéreas, bronquiolos, alvéolos y membrana alveolar.

b) Proceso inflamatorio de las arterias.

- Lesión del endotelio de los vasos sanguíneos arteriales medianos, pequeños y arteriolas. Por un proceso inflamatorio importante en arterias provocando una "Arteritis inespecífica", Endarteritis o Vascularitis pudiendo complicarse con trombosis y/o embolias, produciendo isquemias o infartos en diferentes órganos o sistemas (cardiaco, neurológico, renal, piel y otros).

Confirmación: Está confirmado que produce daño renal transitorio por Vasculatitis, afección ya conocida y notificada.

- Se detectó una reacción muy inflamatoria en el análisis de esputo y también a nivel sanguíneo por análisis de P.C.R. y Eritrosedimentación.
- Con laringoscopia, inflamación importante de laringe y cuerdas vocales.
- También rinitis, faringitis y sinusitis.
- Diagnóstico: Liqueen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia).

Comentario:

Insisto que, los médicos, otros profesionales, otras personas, o instituciones de cualquier tipo o Naciones que pudieran realizar más estudios lo hagan, a fin de completar y mejorar este diagnóstico de la enfermedad. Estos estudios redundarían en un mejor entendimiento médico y beneficiarían a infinidad de personas.

5. FISIOPATOLOGIA

El mecanismo fisiopatológico es producido por un proceso inflamatorio importante, debido a siguientes hipótesis:

1- Lesión directa del virus en todo el sistema respiratorio, en epitelio, mucosa y submucosa de vías aéreas superiores e inferiores con inflamación, también en bronquiolos, alvéolos y membrana alveolar.

2- Lesión directa del virus en vasos sanguíneos arteriales, de mediano, pequeño calibre y arteriolas por un proceso inflamatorio importante provocando una "Arteritis inespecífica", con lesión en el endotelio, Endarteritis, pudiendo complicarse con trombosis y/o embolias, produciendo estos isquemias o infartos a tejidos u órganos.

3- Lesión directa en vasos sanguíneos arteriales por inmunocomplejos, "Arteritis inespecífica", Endarteritis. También pudiendo complicarse con trombosis y/o embolias, produciendo isquemias o infartos a tejidos u órganos.

Lesiones confirmadas: Inflamación de los vasos sanguíneos, Vasculatitis con daño renal transitorio, afección ya conocida y notificada.

Comentario:

En arterias previamente alteradas en toda su estructura o en el Endotelio por diferentes enfermedades de base, por ejemplo, Ateroesclerosis (placas), Metabólicas, Reumáticas, Degenerativas, etc. podría predisponer a una lesión directa o por inmunocomplejos, que afectaría selectiva o parcialmente estas zonas con alteraciones previas, pudiendo complicarse con trombosis y/o embolias, con las consecuencias de isquemias e infartos a tejidos u órganos.

6. CUADRO CLINICO y DIAGNOSTICO CLINICO

- El cuadro clínico comienza luego de aplicada la vacuna antigripal.
- Período de incubación siete días promedio con la aparición de síntomas clínicos de una enfermedad infecciosa aguda de origen viral, que afecta el estado general y las vías respiratorias altas y bajas.
El período de incubación puede variar y puede presentarse también en cuestión de horas, se observó como mínimo a partir de las 5 (cinco) horas en adelante.
- El cuadro viral presenta una etapa aguda en promedio de quince a treinta días, siguiendo una etapa sub-aguda en promedio de treinta a sesenta días más, siguiendo luego varias reagudizaciones o recaídas que pueden durar en promedio uno a tres meses o más. El cuadro clínico en total dura tres meses promedio.
- Luego de tres meses el cuadro sub-agudo puede seguir con reagudizaciones durando uno, tres, seis, nueve, doce o más meses, en forma reiterada y frecuente, disminuyendo su intensidad progresiva y lentamente hasta mejorar.
- Luego de algunos meses o al año o más años de padecida la enfermedad ésta puede reaparecer, pero con menor duración e intensidad, lo que sería un efecto retardado con una duración de 15, 30, 60 días o más (promedio 30 días).
- Presentan muchas complicaciones del sistema respiratorio, de otros órganos y sistemas.
- Muchos pacientes quedan con secuelas de diversa índole como ser rinosinusales, laríngeas, tono y timbre de la voz, bronquiales, pulmonares, cardíacas, renales, neurológicas, vasculares, auditivas, visuales, olfativas, etc.
- Es de destacar que puede aparecer la enfermedad en pocas horas o pocos días y con la misma intensidad presentándose más rápidamente, siendo esto una forma Clínica Sobreaguda.
- Las diferentes formas clínicas varían de acuerdo: a la duración y a la intensidad de la enfermedad (que generalmente ocurre dentro de los 90 días de aplicada la vacuna, en promedio).

● Formas clínicas por su duración:

- 1- Sobreaguda (comienza desde pocas horas y dura hasta 1 mes).
- 2- Aguda (dura hasta 3 meses).
- 3- Sub-Aguda (dura hasta 6 meses).
- 4- Crónica (dura más de 6 meses).
- 5- Efecto retardado (a corto, mediano y largo plazo).

1- Sobreaguda: esta forma clínica se diferencia por presentar un período de incubación mucho más corto (antes de los 7 días), que comienza a las pocas

horas de aplicada la vacuna y dura hasta un mes. Generalmente se asocia con mayores complicaciones y mayor mortalidad.

2- Aguda: es la forma clínica más frecuente (se describe en el cuadro clínico).

3- 4- 5- Las formas Sub-aguda, Crónica y Efecto retardado se observan con igual o menor frecuencia que la forma clínica aguda.

● **Formas clínicas por su intensidad:**

- 1- Leve.
- 2- Moderada.
- 3- Severa.
- 4- Grave.

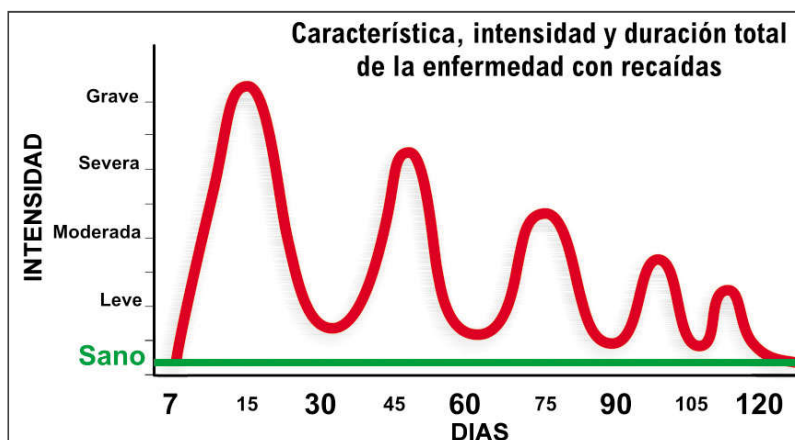
1- Leve: es cuando no hay riesgo de vida y la clínica es con manifestaciones controlables.

2- Moderada: es cuando ya hay riesgo de vida y la clínica presenta una insuficiencia respiratoria, con o sin broncoespasmos y poca o nada de alteración de los gases en sangre.

3- Severa: es cuando hay riesgo de vida con insuficiencia respiratoria de mayor gravedad, con mayor alteración de los gases en sangre y/o complicaciones pulmonares y/o con cuadros cardíacos, renales, cerebrales u otros de gravedad.

4- Grave: es cuando hay riesgo de vida, la clínica presenta insuficiencia respiratoria extrema, con severa alteración de los gases en sangre que requiere asistencia respiratoria mecánica (A.R.M.), distres respiratorio, neumonías víricas primarias uni o bilaterales, mixtas viral-bacterianas o sobre infectadas con bacterias (secundarias). También puede presentar complicaciones cardíacas, renales, cerebrales, etc. (Ver gráfico 1)

Gráfico 1 – Gripe Prolongada



Descripción de “Efecto Retardado” a corto, mediano y largo plazo.

Definición: Se define como efecto retardado, aquella reaparición de la enfermedad luego de un determinado tiempo posterior a la curación, en forma de: reagudización y/o complicaciones.

La curación se define cuando el paciente se encuentra sin ningún síntoma y signo de la enfermedad y refiere una recuperación del 100% o como se encontraba antes de esta enfermedad.

Este efecto retardado se clasifica según su tiempo de aparición en:

- **A corto plazo:** es la reaparición de la enfermedad durante el primer, el segundo o tercer mes posterior a la curación.
- **A mediano plazo:** es la reaparición de la enfermedad desde el cuarto mes al año de curado.
- **A largo plazo:** es la reaparición de la enfermedad después del año de curado y años siguientes.

Este efecto retardado se manifiesta clínicamente como la reaparición de la misma enfermedad padecida, “gripe prolongada”, pero de menor intensidad y duración, con complicaciones directas como ser rinitis, sinusitis, laringitis, bronquitis, broncoespasmos, bronquiolitis (en adultos, jóvenes y niños), neumonías, bronconeumonías, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, pericarditis, insuficiencia renal, accidente cerebro vascular y otras patologías ya descritas u otras aún no descritas.

La duración del efecto retardado es de 15, 30, 60 o más días (promedio 30 días).

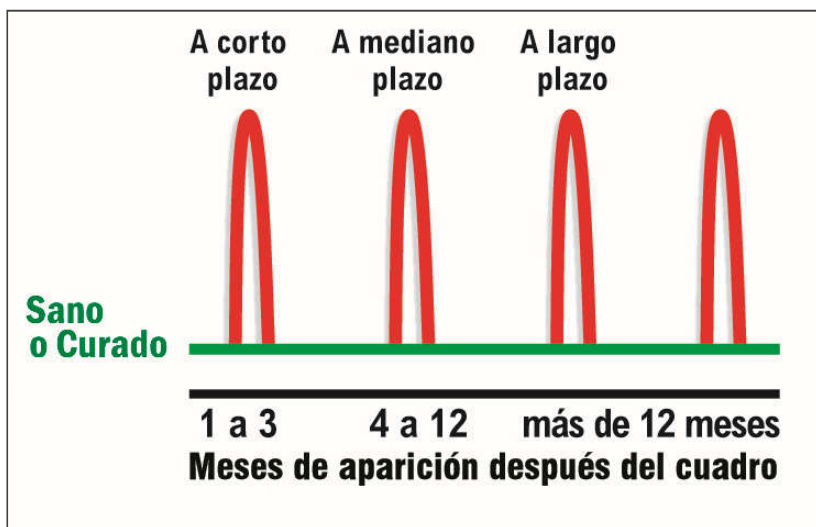
Este efecto puede aparecer en cualquier época del año, pero preferentemente en otoño, invierno y primavera (con el frío).

También puede repetirse más de una vez en el mismo año, ya sea durante el primero, segundo, tercer mes o más. Por ejemplo una persona puede presentar dos neumonías o dos descompensaciones pulmonares o más en un mismo año.

Esto se produciría porque quedaría el virus vivo en forma latente o portador sano y por características patogénicas del virus que volvería a activarse nuevamente reapareciendo la enfermedad, preferentemente en las estaciones de otoño, invierno y primavera en años siguientes, favorecido por el frío.

Nunca, antes de la aplicación de la vacuna antigripal, se presenta esta enfermedad y con estas características clínicas, con complicaciones pulmonares o extra pulmonares y con efecto retardado. (Ver gráfico 2 y caso de Efecto retardado a Mediano Plazo.)

Gráfico 2 – Efecto retardado



CASO DE EFECTO RETARDADO A MEDIANO PLAZO

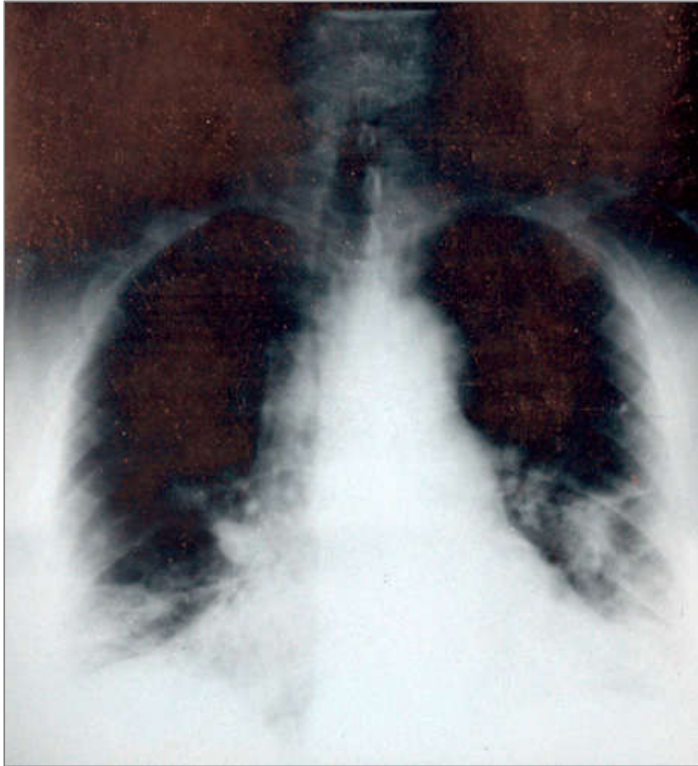
Gripe Prolongada y efecto retardado a mediano plazo complicada con Neumonía bilateral vírica primaria.

Paciente de sexo femenino de 74 años, vacunada con la antigripal en junio del 2005 con cuadro de Gripe Prolongada con recaídas sucesivas, en total 6 meses.

En julio del 2006 (sin vacunarse) presenta reagudización de un mes y medio complicada con diagnóstico de Neumonía bilateral vírica.

La paciente decidió no ponerse más la vacuna en el año 2006, por lo mal y afectada que quedó en el año 2005.

Nunca antes presentó neumonías.



NEUMONIA BILATERAL VIRICA:

Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor predominio izquierdo. (Julio 2006)

Cuadro Clínico de "Gripe Prolongada"

- Los síntomas comienzan luego de aplicada la Vacuna Antigripal.
- El período de incubación es de promedio 7 días, pero puede ser menor y llegar a 1 día, también se observa en algunos casos un período de incubación de horas de evolución, comenzando como muy pronto a las 5 horas en adelante, también puede ser de 10 días, 15 días o más.

Este cuadro clínico puede comenzar en forma brusca con los síntomas en horas o pocos días, también puede comenzar en forma insidiosa o progresiva y con el transcurrir de los días manifestarse todos los síntomas (al séptimo día o hasta el décimo quinto día).

1- Síntomas y Signos:

La enfermedad comienza preferentemente con los siguientes síntomas:

- Malestar general.
- **Astenia** generalmente de grado intensa.
- Artromialgias.
- **Fiebre**, la característica es que **en su gran mayoría es menor o igual a 38° y en pocos es mayor a 38°**.
- Cefalea, predomina en zona frontal, poco en zona occipital y escaso en forma conjunta zona en la fronto-occipital; de intensidad variable, leve, moderada, e intensa predominando esta última.

- **Rinitis**, inicialmente mucoserosa y puede continuar así en forma definitiva o puede agregarse en menor grado de carácter mucopurulenta, la intensidad de la secreción puede ser leve, moderada, pero mayormente es intensa, luego de estas dos secreciones **se agrega una tercera, pero de característica inédita y nueva, es una secreción blanca, espesa y pegajosa que perdura muchos días, jamás padecida por el paciente y nunca vista por el médico, no descripta anteriormente.**

Estornudos, estos son diferentes, son más intensos y con muchos accesos seguidos y rápidos imposibles de contener, en pocos segundos se produce una seguidilla de 10 estornudos uno tras otro. Persistentes y repetitivos que aparecen de 3 a 6 veces al día y duran aproximadamente 4 o 5 días. Nunca padecidos por los pacientes.

- Fotofobia.

- Tos, generalmente irritativa, molesta y persistente, puede persistir así hasta el final, generalmente de grado intensa.

- **Expectoración**, generalmente mucoserosa y persistir así hasta el final, puede agregarse luego expectoración mucopurulenta en algunos pacientes. Luego de cualquiera de estas 2 expectoraciones **puede pasar a otra expectoración de características blanca, espesa y pegajosa, que perdura muchos días, nunca antes padecida por el paciente y nunca vista por el médico. Esto es una característica inédita y nueva no descripta anteriormente.**

- **Disfonía**, ésta es marcada y duradera, no pasa fácilmente y perdura con los días, semanas e inclusive puede persistir meses con mejorías y reagudizaciones.

- **Dolor de garganta y tráquea**, es de destacar que es un dolor leve, moderado o intenso que molesta mucho y que nunca antes lo padecieron, también puede durar muchos días, semanas o meses con mejorías y reagudizaciones.

- **Garganta seca y caliente**, características también únicas y nunca padecidas antes, que relatan los pacientes como muy desagradables.

- Epifora.

- Anorexia.

- Transpiración, de tarde o noche.

- Temblor.

- **Dolor de espalda.**

- **Broncoespasmo**, se produce con diferentes grados, leve, moderado e intenso predominando este último, **que en pacientes asmáticos y pulmonares crónicos aumenta más su severidad y duración. Pero otra característica de importancia es que aparece en pacientes totalmente sanos y en pacientes con enfermedades previas compensadas pero no pulmonares, que nunca tuvieron Broncoespasmos, por ejemplo: Sanos, Diabéticos, Hipertensos, Cardíacos, Renales, etc.**

- Disnea de grado variable, grado 2, grado 3, grado 4, indicando estos últimos cuadros graves de insuficiencia respiratoria.

Se observan también otros síntomas y signos de menor frecuencia como ser.

- **Dolor de Senos Maxilares.**

- Mareos.

- Dolor Retroorbitario.

- **Disminución de la Visión.**
- **Dolor de Piernas.**
- Otalgia.
- **Disminución del Olfato.**
- **Diarrea en pocos casos.**
- Parestesias en Miembros Inferiores.
- Disminución del Gusto.
- Hipersomnia.
- **Dificultad para caminar.**
- Vértigo.
- Insomnio.
- **Disminución de la Audición.**
- **Alteración del Equilibrio.**
- Epistaxis.
- Hemoptisis.
- **Dermatitis.**
- **Preocupación.**
- **Incertidumbre.**
- **Tristeza.**
- **Angustia.**

A continuación se detallan los síntomas y signos en su totalidad en la tabla de Frecuencia.

Frecuencia de todos los síntomas y signos sobre 106 casos

En **verde** se destacan los síntomas y signos más frecuentes.

| SINTOMAS Y SIGNOS | Por 106 de los casos |
|-----------------------------|--|
| Astenia | 101 |
| Tos | 98 |
| Rinitis | 94 |
| Artromialgias | 85 |
| Expectoración | 80 |
| Cefaleas | 77 |
| Fiebre | 75 |
| Disfonía | 66 |
| Dolor de garganta y tráquea | 46 |
| Estornudos | 46 |
| Broncoespasmo | 42 |
| Fotofobia | 37 |
| Disnea | 32 |
| Dolor de espalda | 29 |
| Anorexia | 23 |
| Epifora | 18 |
| Garganta seca y caliente | 17 |
| Sinusitis | 11(16) Sumando el Dolor de senos maxilares (5) |
| Temblor | 11 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Transpiración | 10 |
| Mareos | 9 |
| Nauseas | 8 |
| Congestión conjuntiva | 7 |
| Pérdida de peso | 6 |
| Dolor retroorbitario | 6 |
| Disminución de visión | 6 |
| Dolor de piernas | 5 |
| Dolor senos maxilares | 5 |
| Otalgia | 5 |
| Disminución de olfato | 5 |
| Diarrea | 4 |
| Dolor de brazos | 3 |
| Epigastralgias | 3 |
| Palpitaciones | 3 |
| Parestesias miembros inferiores | 2 |
| Vómito | 2 |
| Disminución del gusto | 2 |
| Dermatitis purpúrica | 2 |
| Hipersomnia | 2 |
| Hipotensión arterial | 2 |
| Dificultad deambulación | 2 |
| Hemoptisis | 2 |
| Insomnio | 1 |
| Vértigo | 1 |
| Halitosis | 1 |
| Disestesias en cabeza | 1 |
| Disminución de audición | 1 |
| Disminución de memoria | 1 |
| Dermatitis descamativa | 1 |
| Prurito generalizado | 1 |
| Prurito | 1 |
| Alteración del equilibrio | 1 |
| Dolor de nuca | 1 |
| Bradycardia | 1 |
| Ampollas en boca | 1 |
| Sed | 1 |
| Edema miembros inferiores | 1 |
| Palidez | 1 |
| Epistaxis | 1 |
| Preocupación | 70 aprox. |
| Incertidumbre | 60 aprox. |
| Pesadillas | |
| Tristeza | |
| Angustia | |
| Llanto | |

| | |
|----------------------|--|
| Desinterés | |
| Alteración del sueño | |

2 - Examen físico:

El paciente presenta Rinitis congestiva y Faringitis roja, también Disnea de diferentes grados, Broncoespasmos de diferentes grados, Roncus y Sibilancias, Rales subcrepitantes en campos medios e inferiores y crepitantes también en campos medios e inferiores predominando en este último, también puede presentar cierto grado de Cianosis indicando la severidad de la Hipoxemia y la Insuficiencia Respiratoria.

Pueden observarse pocos datos al examen físico, con infiltrados difusos en la radiografía de tórax, uni o bilaterales (disociación clínica radiológica). Puede presentar clínica de Bronquiolitis y con mucha disnea, también broncoespasmos, rales crepitantes y subcrepitantes todo con gran repercusión de insuficiencia respiratoria moderada o severa y paradójicamente se observan pocas imágenes de importancia en la radiografía de tórax, solamente una congestión de la trama broncovascular e hilar. Contrastando así la mayor clínica con pocas imágenes radiológicas (sería lo inverso a la disociación clínica radiológica).

Comentario:

También el broncoespasmo aparece en pacientes sanos y en pacientes con enfermedades no pulmonares que nunca tuvieron broncoespasmos anteriormente.

El broncoespasmo aparece en pacientes asmáticos, que refieren aumento en la intensidad de su broncoespasmo y mayor tiempo de duración del mismo que nunca padecieron antes de aplicarse la vacuna antigripal, también la aparición de broncoespasmos en algunos meses del año que nunca habían tenido antes.

También los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (E.P.O.C.) refieren lo mismo con mayor intensidad en su disnea y duración (insuficiencia respiratoria) y nunca padecida antes.

Se agregan además complicaciones respiratorias, como las neumonías, sobreinfecciones bacterianas y otras. También complicaciones fuera del sistema respiratorio como ser, cardiacas, renales, hematológicas, neurológicas, etc.

Duración Aguda de la enfermedad: Es variable y va de 1 a 90 días con predominio de 15 a 30 días.

Reposo en cama: Muchos pacientes, el 50 % aproximadamente, requirieron reposo en cama debido a la mayor intensidad de la enfermedad. Este reposo es variable y va desde 1 a 60 días, con predominio de 3 a 10 días promedio.

Reagudizaciones o Recaídas: Esta enfermedad produce muchas recaídas que son variables, desde 1 a 12 recaídas, pero el promedio generalmente es de 3 recaídas. La duración promedio de cada recaída es de 7 días y puede ser variable también, de 1 a 60 días.

Duración total de la enfermedad incluida las reagudizaciones o recaídas: también es variable y va desde 1 día a 1 año, con predominio en los 30, 60, 90 y 120 días (promedio 90 días).

La gran mayoría de los pacientes deben ser medicados con varios fármacos, hecho que indica la gran intensidad de la enfermedad.

Para una mejor explicación de la diferencia entre la Gripe conocida y la "Gripe Prolongada" ver cuadro comparativo.

Cuadro comparativo de Gripe (conocida) y Gripe Prolongada

| Gripe (conocida) | Gripe Prolongada |
|--|---|
| • Duración Máxima 7 a 9 días | • Duración 30, 60, 90 , 120 días o más. |
| • Duración aguda 4 días | • Duración aguda 30 días |
| • Intensidad: común | • Intensidad: mayor |
| • Tratamiento habitual: mejoran | • Tratamiento habitual: no mejoran |
| • No causa preocupación | • Causa preocupación |
| • Enfermedad conocida por las personas | • <u>Enfermedad desconocida por las personas</u> |
| • Enfermedad padecida anteriormente | • <u>Enfermedad nunca antes padecida (1ra. vez)</u> |

7. COMPLICACIONES

| | |
|--------------------------------|---|
| Las complicaciones son: | 1- Del sistema respiratorio. |
| | 2- Fuera del sistema respiratorio. |

1- Complicaciones del sistema respiratorio

- 1) Rinitis crónica.
- 2) Sinusitis aguda y crónica.
- 3) Laringitis- alteración de la voz (disfonía).
- 4) Traqueitis.
- 5) Bronquitis a repetición y varios años (crónica).
- 6) Broncoespasmos.
- 7) Bronquiolitis.

- 8) Sobreinfección bacteriana bronquial.
- 9) Neumonitis.
- 10) Neumonía viral primaria (unilateral y bilateral).
- 11) Neumonía mixta viral-bacteriana.
- 12) Neumonía bacteriana secundaria.
- 13) Distres respiratorio.
- 14) Insuficiencia respiratoria de varios grados, leve, moderada, severa y grave.
- 15) Derrame pleural.
- 16) Inflamación aguda pleural.
- 17) Posible broncoalveolitis.
- 18) Posible alveolitis.
- 19) Otras todavía no descriptas.

2- Fuera del sistema respiratorio

- | | | |
|------------------|---|--|
| 1- Cardiológicas | { | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coronarias <ul style="list-style-type: none"> a) Angina de pecho inestable o reagudización. b) Infarto Agudo de Miocardio. 2. Conducción- Enfermedad del nódulo sinusal (Bradicardia) con Marcapaso definitivo. Bloqueo A-V de Primer Grado y de Tercer Grado (Completo). 3. Valvular- Agravación de válvula ya afectada (Aórtica). 4. Alteraciones Miocárdicas. Miocarditis Aguda. 5. Insuficiencia Cardíaca. 6. Pericarditis. 7. Muerte súbita. 8. Arritmias cardíacas – Fibrilación auricular aguda. |
| 2-Hematológicas | { | <ol style="list-style-type: none"> 1. Trombocitopenia. 2. Trombocitosis. 3. Leucopenia. 4. Leucocitosis. 5. Púrpura Trombocitopénica de origen viral Gripe. Aguda y crónica. 6. Leucemia linfoblástica aguda (LLA) 7. Leucemia linfática crónica (LLC) |

- 3- Nefrológicas {
1. Insuficiencia renal aguda y crónica.
 2. Daño renal transitorio (Vascularitis) (Afección ya conocida y notificada).

- 4- Neurológicas {
1. Accidente cerebro vascular (generalmente isquémico).
 2. Encefalitis.
 3. Neuritis*
 4. Guillain Barré *
 5. Encéfalo-Mielitis *
 6. Narcolepsia *
 7. Afasia Transitoria temporaria.
 8. Amnesia Geográfica temporaria.
 9. Convulsiones.

** Afecciones ya conocidas y notificadas.*

- 5- Oftalmológicas { Disminución de la visión.

- 6- Auditivas { Disminución de la audición.

- 7- Olfativas { Disminución del olfato.

- 8- Dermatológicas {
1. Dermatitis descamativa.
 2. Dermatitis purpúrica.
 3. Liquen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia).

- 9- Arteriales {
1. Posible hipertensión arterial.
 2. Posible arteritis con endarteritis o vasculitis.
 3. Posible trombosis - embolias.

- 10- Psiquiátricas {
- 1- Cuadro depresivo:** debido a enfermedad médica.
- **Tristeza.**
 - **Angustia.**

- **Llanto.**
 - **Desinterés.**
 - **Alteración del sueño.**
- 2- Ansiedad:** reactiva ante la situación de incertidumbre provocada por una enfermedad que amenaza la vida y no se encuentra explicación.
- **Preocupación.**
 - **Incertidumbre.**
 - **Pesadillas.**

11- Ginecológicas: { Hipermenorrea, Metrorragia, Inflamación de endometrio.

12- Obstétricas: { Muerte fetal, Agenesia de mano, Polihidramnios y Feto Enfermo de Gripe Prolongada por contagio intrauterino.

13- Niño Recién Nacido Enfermo de Gripe Prolongada (por contagio intrauterino), con síntomas manifiestos ya a partir de las 2 horas de haber nacido y/o días subsiguientes.

14 - Endocrinológicas: Diabetes Tipo II.

15 - Oncológicas. • Leucemia linfoblástica aguda (LLA)
• Leucemia linfática crónica (LLC)

16 - Otras todavía no descriptas.

Comentario:

En las complicaciones obstétricas, una mayor intensidad de la Gripe Prolongada durante el segundo mes de embarazo (quinta o sexta semana aproximadamente) y persistencia de la misma durante más meses en menor grado, se ha relacionado con, Agenesia de mano, Polihidramnios y Muerte fetal a los 6 meses de la gestación.

8. SECUELAS

| | |
|--------------------------|---|
| Las secuelas son: | 1- Del sistema respiratorio. |
| | 2- Fuera del sistema respiratorio. |

1- Del sistema respiratorio

- 1) Rinitis crónica.
- 2) Secreción nasal crónica (moco), escasa, de color blanco o grisáceo, espesa y muy pegajosa.
- 3) Sequedad de vías aéreas superiores.
- 4) Sinusitis crónica.
- 5) Laringitis crónica.
- 6) Alteración en la voz, variación en el tono y el timbre.
- 7) Tos crónica.
- 8) Expectoración crónica, de secreción color blanco o grisáceo, espesa y muy pegajosa, cada año, predominando en otoño, invierno y primavera durante varios años y nunca padecida antes.
- 9) Bronquitis a repetición (crónica). Cada año predominando en otoño, invierno y primavera, nunca padecida antes.
- 10) Neumonías a repetición en el año o al año siguiente o a los años siguientes predominando en otoño, invierno y primavera. De origen viral primaria, mixtas viral- bacterianas o secundarias que nunca habían padecido antes.
- 11) Paquipleuritis.
- 12) Aparición de cuadros virosicos respiratorios nunca antes padecidos luego del año de aplicada la vacuna antigripal, en forma repetitiva durante varios años siguientes, predominando en otoño, invierno y primavera.
- 13) Otras todavía no descriptas.

2- Fuera del sistema respiratorio.

- 1) Cardiológicas

| | |
|---|---|
| { | <ol style="list-style-type: none">1. Secuela de infarto agudo de miocardio.2. Sistema de conducción. Bradicardia (con marcapaso definitivo). Bloqueo A-V Primer grado. Bloqueo A-V Tercer grado (Completo).3. Valvulares. Lesión valvular aórtica (Insuficiencia).4. Alteraciones Miocárdicas. Miocarditis Aguda.5. Insuficiencia Cardíaca. |
|---|---|
- 2) Nefrológicas: Insuficiencia renal crónica.
- 3) Neurológicas: Secuelas de Accidente Cerebro Vascular. Narcolepsia.
- 4) Oftalmológicas: Disminución de la visión.
- 5) Auditivas: Disminución de la audición.
- 6) Olfativas: Disminución del olfato.
- 7) Arteriales: Hipertensión arterial.
- 8) Dermatológicas: Liquen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia).
- 9) Endocrinológicas: Diabetes Tipo II
- 10) Hematológicas:
 - Púrpura Trombocitopénica crónica de origen viral Gripe.
 - Leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 - Leucemia linfática crónica (LLC)
- 11) Oncológicas:
 - Leucemia linfoblástica aguda (LLA)
 - Leucemia linfática crónica (LLC)
- 12) Otras todavía no descriptas.

9. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se fundamenta principalmente en un cuadro clínico infeccioso, agudo, vírico del sistema respiratorio, prolongado y con varias recaídas o recaídas, posterior a la aplicación de la vacuna antigripal. Este cuadro por la clínica es una gripe.

Predomina un período de incubación de siete días, pero puede variar desde pocas horas (cinco a veinticuatro horas) a siete días o presentarse hasta el día quince y en menor frecuencia hasta los treinta, sesenta, noventa días o más.

Se presenta con poca fiebre, menor o igual a 38° o mayor de 38° en menor porcentaje.

La manifestación clínica de los primeros síntomas también puede variar y afectar.

1- El cuadro clínico puede iniciarse abruptamente o en forma más lenta y progresiva con el transcurrir de los días, apareciendo en su totalidad a los siete o quince días de iniciados los síntomas, presentándose como una virosis respiratoria prolongada "GRIPE PROLONGADA".

2- Afectar directamente a los pulmones con una insuficiencia respiratoria aguda y progresiva, transformándose en grave a las 24 o 48 horas del inicio de los síntomas, que puede llevar a la muerte rápidamente.

3- Puede afectar fuera del sistema respiratorio, como ser Muerte Súbita, Infarto Agudo de Miocardio o Angina inestable, también como primeros síntomas o asociados de inicio al cuadro respiratorio o durante el cuadro respiratorio y otras enfermedades ya descritas.

Métodos complementarios:

1 - Rayos X de tórax frente:

1) Aumento de la trama bronco-vascular.

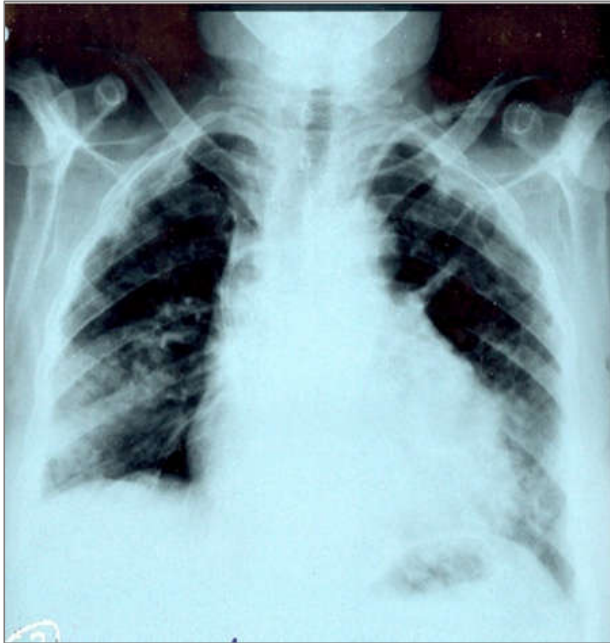
2) Aumento de la trama bronquial o vascular perihiliar.

3) Infiltrado intersticio-alveolar difuso, unilateral o bilateral, con predominio en zonas inferiores y luego en zonas medias.

4) Neumonías víricas primarias, con infiltrados intersticio-alveolar difusos sin límites definidos, de aspecto tenue, a veces poco visibles, unilaterales y bilaterales, con predominio en zonas inferiores y luego en zonas medias.
(Ver rayos X de tórax de casos de neumonías bilaterales víricas primarias)

CASO DE NEUMONIA BILATERAL VIRICA PRIMARIA

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria, con Infarto Agudo de Miocardio e Insuficiencia Renal aguda y crónica.



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. (octubre 2006)

Paciente de sexo femenino de 70 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en mayo de 2006, con una duración de 5 meses, presentando cuatro recaídas sucesivas, complicándose en el último mes de septiembre (quinto) con neumonía, tratada con antibióticos durante 7 días no curando, se trató nuevamente con otro antibiótico por 7 días más no curando nuevamente.

Se interna en octubre de 2006 con diagnóstico de Neumonía bilateral vírica, tratándose con antibióticos durante un mes y medio, en tres sesiones de 15 días cada uno y tres antibióticos diferentes, sin mejoría clínica y pulmonar evidente. La paciente requirió en dos meses de neumonía persistente 5 esquemas de antibióticos diferentes sin curarse ni mejorar totalmente.

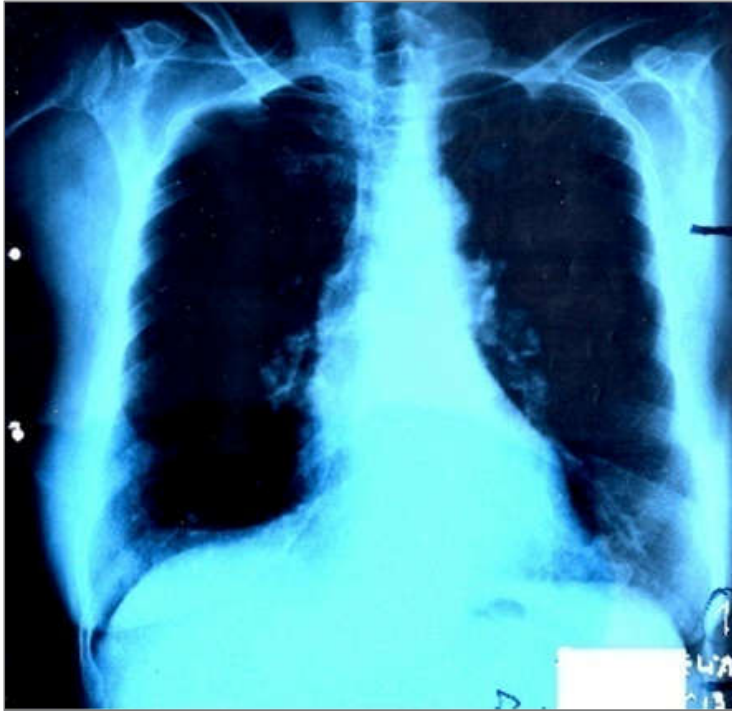
Presenta una insuficiencia renal aguda al ingreso que requirió diálisis y posteriormente un infarto agudo de miocardio. No se trató con Oseltamivir.

Los familiares piden el alta voluntaria y es medicada con Oseltamivir una cápsula cada 12 hs. el primer día y luego una cápsula por día durante 9 días más, mejorando clínicamente un 80% al tercer día, curando la neumonía persistente sin antibiótico y mejorando levemente su insuficiencia renal, sin otras complicaciones cardíacas. Sigue plan de diálisis trisemanal y sin síntomas respiratorios ni cardíacos.

Luego de 2 meses y medio de permanecer estable, presenta una sepsis por staphylococcus aureus por cánula de diálisis y fallece en pocos días (fístula arterio-venosa presente sin uso).

CASO DE NEUMONIA BILATERAL VIRICA PRIMARIA

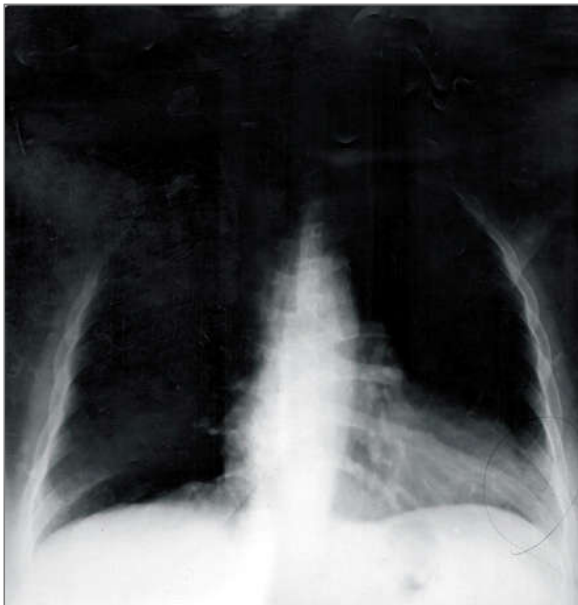
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica.



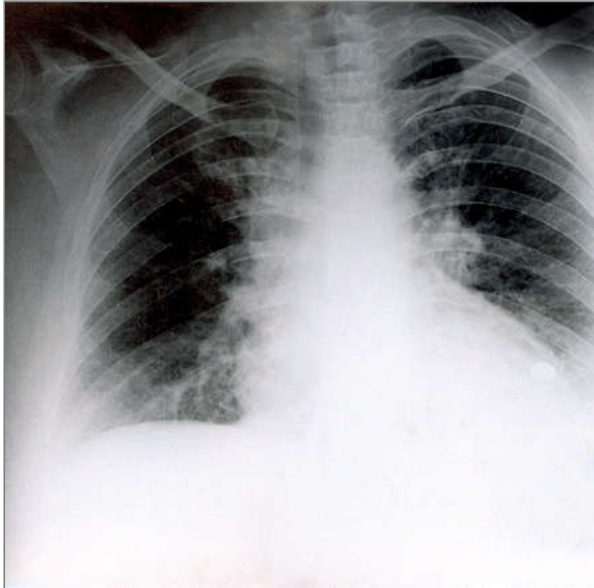
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor afectación del lado izquierdo y congestión hiliar. (Julio de 2006)
Paciente de sexo femenino de 61 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en abril de 2006, con clínica de Infarto Agudo de Miocardio en el mismo mes, luego presentó en los tres meses siguientes cinco recaídas sucesivas, en la última se complica con Neumonía bilateral vírica. (Julio de 2006)

CASO DE NEUMONIA BILATERAL VIRICA PRIMARIA

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica e Infarto Agudo de Miocardio.



NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases pulmonares con franco predominio izquierdo. (Fecha de internación 05/10/06)



NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Mayor infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases. Aumento de la trama broncovascular hilar. Agravándose el cuadro. (Fecha 07/10/06)

Paciente de sexo femenino de 65 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en mayo de 2006 con tres recaídas sucesivas, durante la última se complica con Neumonía bilateral vírica y cursando ésta se agrega un Infarto Agudo de Miocardio de cara anteroseptal, ocurrido tres días antes de la internación (05/10/06). Confirmándose el diagnóstico de I.A.M. (en evolución) por la clínica, las enzimas cardíacas y el electrocardiograma.

La paciente evoluciona mal, no mejora con tratamientos de antibióticos durante 12 días, se vuelve a infartar y fallece el 17/10/06. No recibió tratamiento con Oseltamivir.

5) Neumonías mixtas viral-bacterianas. Con todas las características que las virales primarias, pero con la imagen radiológica típica de condensación, homogénea, de aspecto intenso bien visible y con límites definidos, también predominando en zonas inferiores y medias.

6) Neumonías bacterianas secundarias. Imagen típica de condensación homogénea de aspecto intenso bien visible y con límites definidos, predominando en zonas inferiores y luego medias.

7) Pueden verse también imágenes tipo nodulares de distribución difusa predominando en zonas inferiores y medias (generalmente por sobreinfección por staphylococcus aureus u otras bacterias).

8) Neumonitis: Imagen con infiltrado intersticial difuso bilateral a predominio basal.

2 - Rayos x senos paranasales:

Velamiento o disminución de la claridad de la totalidad o de algunos de los senos, con diferentes densidades. Sinusitis

3 - Laboratorio:

1) Sangre

{ Trombocitopenia.
Trombocitosis.
Leucopenia.
Glóbulos blancos normales.
Leucocitosis (hasta 28.000).

- Neutrofilia predominante.
- P.C.R. positiva de diversos grados de una cruz (+) a cuatro cruces (++++), predominando tres (+++) a cuatro (++++) cruces, observándose una gran intensidad en la inflamación. (P.C.R. método semicuantitativo)
- Aumento de enzimas pancreáticas: Amilasemia y Amilasuria.
- Hiperglucemias transitorias y definitivas. Diabetes Tipo II.
- Aumento de enzimas. Troponina T, C.P.K., C.P.K. mb, L.D.H., T.G.P., T.G.O.

2) Orina completa:

- Proteinuria
- Microematuria
- Leucocitos aumentados
- Amilasuria

3) Espito: se observa:

- 1- Positivo para inflamación intensa.
- 2- Negativo para bacterias generalmente.
- 3- Positivo para bacterias Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus, cuando se agregan sobreinfecciones bronquiales o cuando existe una sobreinfección agregada como ser neumonía mixta o secundaria. Pueden presentarse otras bacterias tanto en esputo como en hemocultivo.

4) Hemocultivos:

- 1- Negativos para bacterias en su gran mayoría.
- 2- Positivos para bacterias como ser Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus, cuando se agregan sobre infecciones bronquiales o cuando existe una sobre infección agregada como ser neumonía mixta o secundaria.

5) Gases en Sangre: Se observa Hipoxemia de diferentes grados en casos de Insuficiencia Respiratoria moderada, severa o grave.

4 - Electrocardiograma:

Se han observado:

- 1 – **Infarto agudo de miocardio** (Ver electrocardiogramas de casos 1 y 2).

- 2 – **Secuela anteroseptal** (Ver electrocardiogramas de casos 3 y 4).
- 3 – **Isquemia miocárdica** (Anterior extensa).
- 4 – **Alteración en la conducción** (Bradicardia). Bloqueo A-V de Primer grado. Bloqueo A-V de Tercer grado (completo).
- 5 – **Arritmias cardíacas.** Taquiarritmias. Fibrilación auricular aguda.

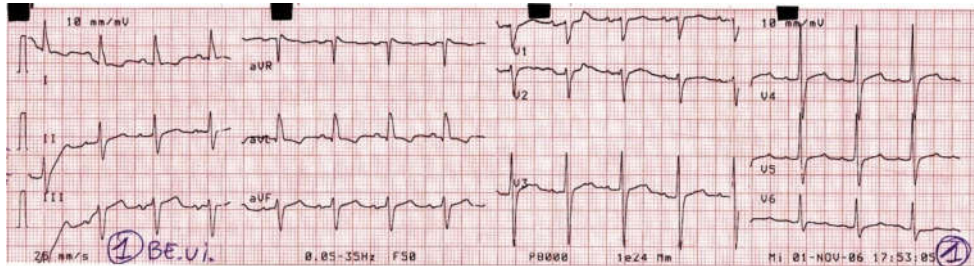
1- Infarto Agudo de Miocardio.

CASO 1 DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

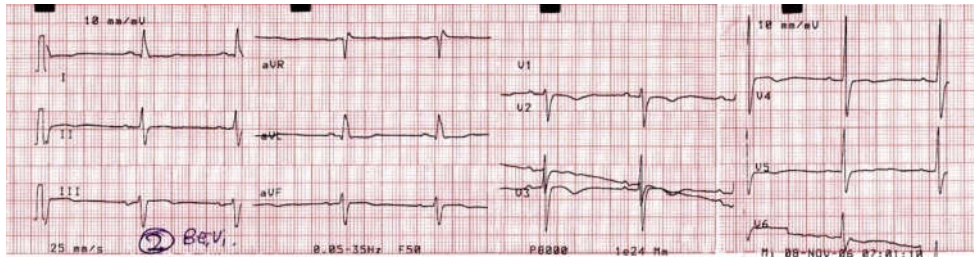
Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Infarto Agudo de Miocardio

Paciente de sexo femenino que durante la internación por la Neumonía bilateral vírica presenta un Infarto Agudo de Miocardio y Angor post-I.A.M.

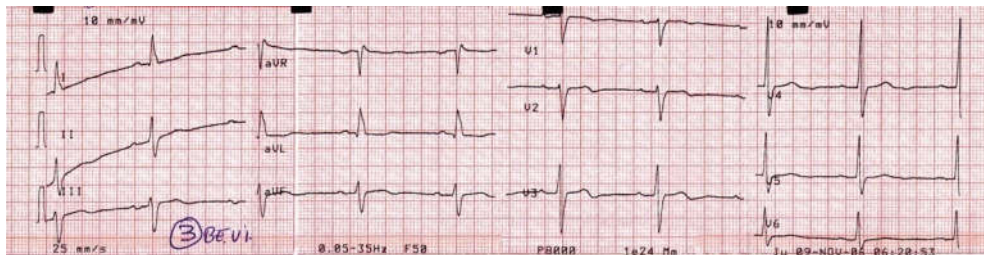
Se presentan cuatro electrocardiogramas sucesivos de la evolución.



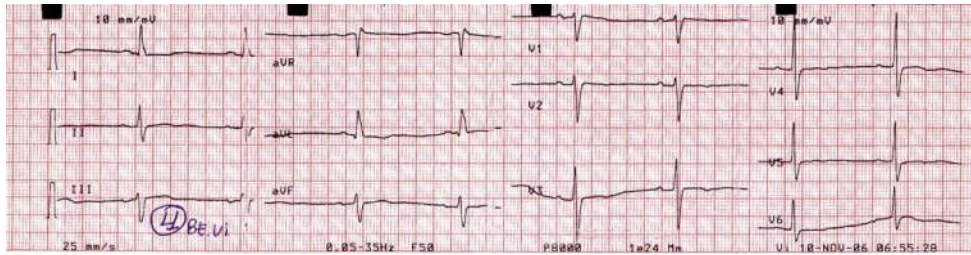
ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese en derivaciones V₁-V₂-V₃-V₄ - V₅ - V₆ alteración en la repolarización y también en D_I y AVL (paciente no mapeado). (Fecha 01/11/06)



ELECTROCARDIOGRAMA 2: Obsérvese cambios isquémicos en V₁-V₂-V₃-V₄ onda T negativa y en D_I 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 cardíacas con curva típica, confirmando el diagnóstico de I.A.M. (Paciente mapeado). (Fecha 08/11/06)



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



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)

CASO 2 DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

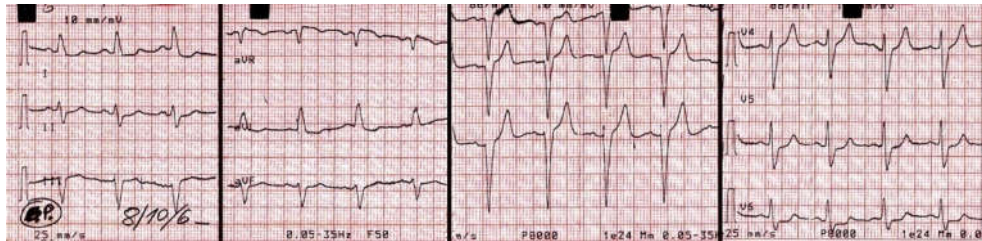
Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria e Infarto Agudo de Miocardio

Paciente de sexo femenino cursando clínicamente un Infarto Agudo de Miocardio en evolución de cara anteroseptal. Electrocardiograma registrado el día 08/10/06 donde se observa el I.A.M. en evolución con sobrecarga de ventrículo izquierdo (Ver electrocardiograma 1).

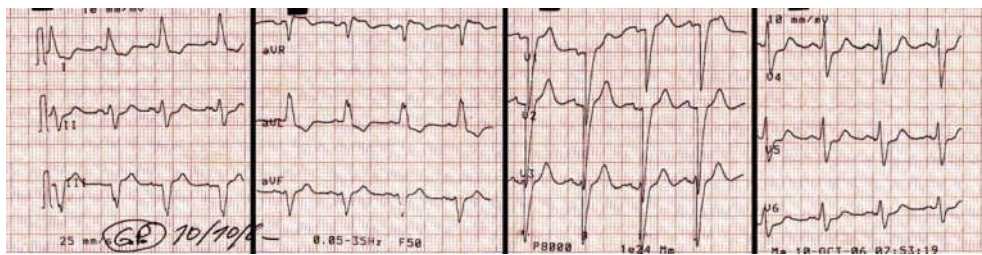
Dos días después disminuye el supradesnivel y se agrega probable isquemia en cara anterior (V₄) y mayor sobrecarga de ventrículo izquierdo (D_I y AVL). (Ver electrocardiograma 2) (Fecha 10/10/06).

Luego nuevamente se produce otra elevación enzimática (I.A.M.).

Paciente fallece 7 días después del último electrocardiograma con un nuevo reinfarto agudo de miocardio. No recibió tratamiento con Osetamivir.



ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese QS con supradesnivel del ST en V₁-V₂-V₃, (el QS presenta una r incipiente en V₃) y alteración de la repolarización en AVL. (Fecha 08/10/06)



ELECTROCARDIOGRAMA 2: Obsérvese dos días después menos supradesnivel del ST y disminución de la onda T en V₁-V₂-V₃, leve infradesnivel en V₄ y mayor alteración de la repolarización en D_I y AVL. (Paciente no mapeado). (Fecha 10/10/06)

2- Secuela anteroseptal

CASO 3 DE SECUELA ANTEROSEPTAL

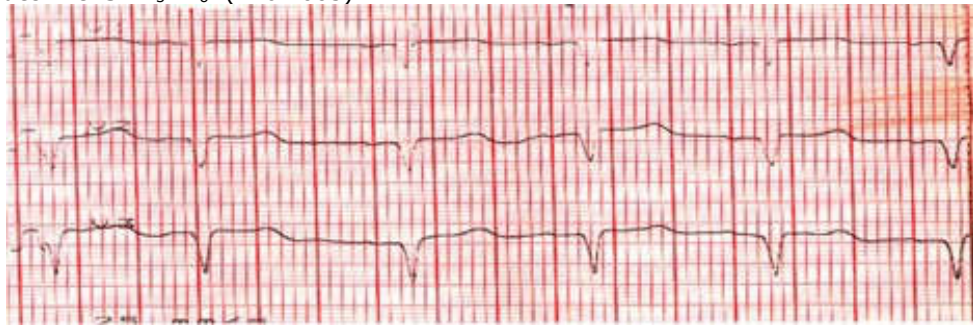
Gripe Prolongada complicada con Neumonía viral primaria y con Infarto Agudo de Miocardio

Paciente de sexo femenino de 71 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada (abril de 2004) y a los 20 días complicándose con Neumonía viral y luego Infarto Agudo de Miocardio durante la internación.

Electrocardiograma año 2005 se detecta secuela de I.A.M de cara anteroseptal V₁ a V₄ e isquemia de cara lateral V₅-V₆ (Ver electrocardiograma 1, 1.1 y 1.2).

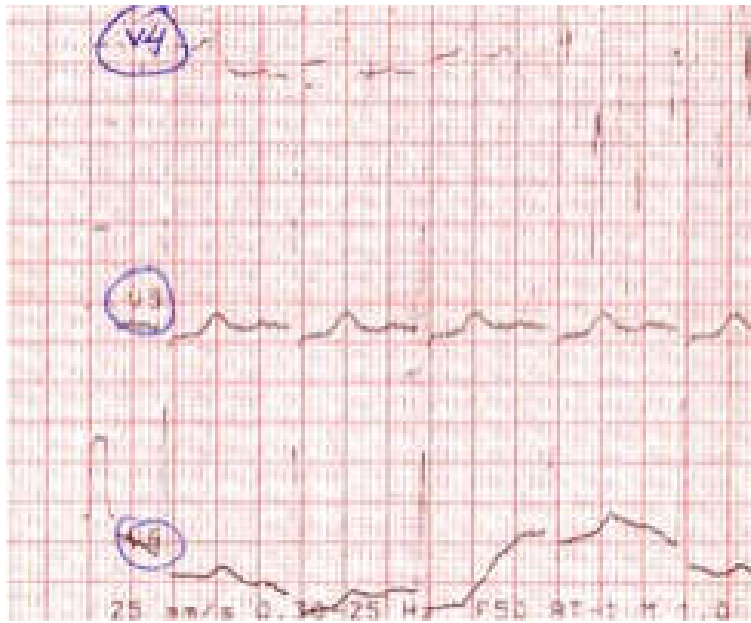


ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese QS con supradesnivel en V₁-V₂-V₃-V₄ e infra-desnivel ST V₅-V₆. (Año 2005)



ELECTROCARDIOGRAMA 1.1:

Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V₁-V₂-V₃.



ELECTROCARDIOGRAMA 1.2:

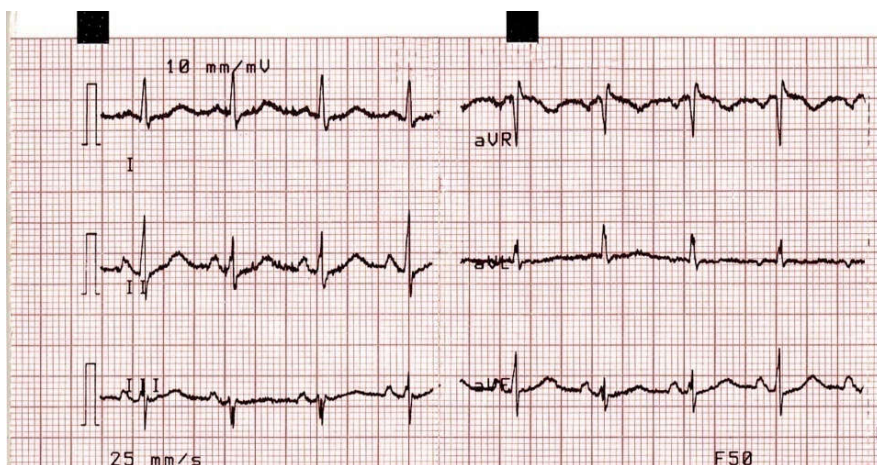
Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V₄ y el infradesnivel del ST de V₅-V₆.

CASO 4 DE SECUELA ANTEROSEPTAL

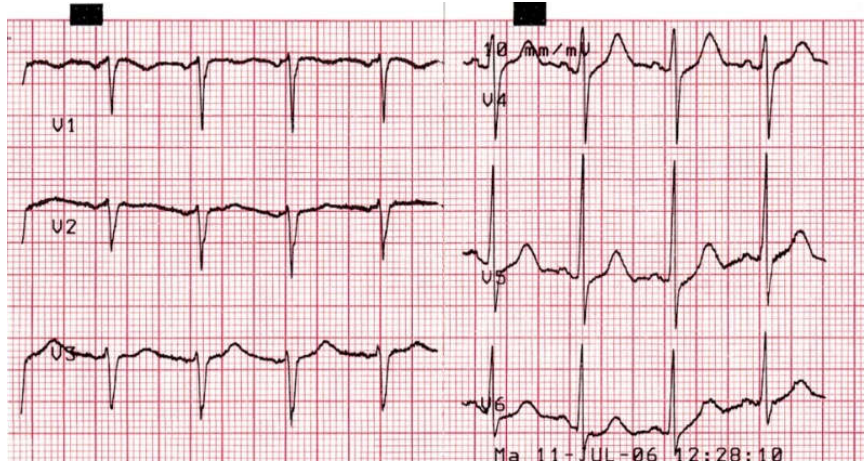
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica primaria

Paciente de sexo femenino que durante la Gripe Prolongada en el mes de abril 2006 presentó clínica de Infarto Agudo de Miocardio no registrándose electrocardiograma en ese tiempo.

Electrocardiograma registrado durante la internación por la Neumonía bilateral vírica en julio de 2006. Donde se observa secuela de I.A.M. anteroseptal. (Ver electrocardiograma 1)



ELECTROCARDIOGRAMA 1. (Julio 2006)



ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese falta de progresión de onda R en V₁-V₂-V₃.

3- Isquemia Miocárdica (Anterior extensa).

4- Alteración en la conducción (Bradicardia)

10. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hay que diferenciar de otras patologías del sistema respiratorio y fuera del sistema respiratorio.

Lo principal y fundamental es:

- 1- No haberse aplicado la vacuna antigripal.
- 2- Efecto retardado: también no haberse aplicado en años anteriores la vacuna antigripal, por su efecto retardado que puede producir esta enfermedad a los meses, al año siguiente o más años con una intensidad menor generalmente, con o sin complicaciones.
- 3- No tener contacto cercano y persistente o convivir con personas afectadas o enfermas por la vacuna antigripal, por el contagio que se produce a personas sanas.

Hay otras patologías que podrían diferenciarse:

- 1- Otros virus respiratorios.
- 2- Micoplasma y Clamidias.
- 3- Otras patologías que podrían causar similitud clínica.

11. EVOLUCION

La evolución de esta enfermedad es prolongada, persistente y con reagudizaciones (recaídas varias), que dura semanas, meses (promedio tres) o más de un año.

Generalmente la duración más frecuente es de tres meses. Puede seguir por varios meses más (cuatro, seis, nueve o más) inclusive más de un año, en menor intensidad. Una vez curada la enfermedad, ésta puede reaparecer en años posteriores, predominando en otoño, invierno y primavera (sin aplicación de la vacuna antigripal en esos años), sería un efecto retardado.

Esta evolución puede tener variantes:

- 1- Curar en siete o diez días como muy pronto.
- 2- Curar en quince, treinta días, meses o más de un año.
- 3- Presentar cuadros leves respiratorios, a insuficiencia respiratoria grave y fallecer en 48 horas o semanas (hasta 12 semanas promedio), también Muerte Súbita.

Si se deja que la enfermedad siga su evolución sin tratamiento específico el pronóstico es malo. Se pueden desarrollar muchas de las complicaciones respiratorias y no respiratorias descritas, que pueden hasta ocasionar la muerte y otras desconocidas todavía no descritas.

También puede evolucionar a la curación sin tratamiento médico o con tratamiento médico sintomático, como ser antiinflamatorios, analgésicos anti-piréticos, antihistamínicos u otros.

Solamente el uso del antivírico Oseltamivir puede mejorar extraordinariamente esta enfermedad y acortar notablemente su evolución.

La evolución de acuerdo al tiempo de duración se clasifica en:

- 1- Sobre Aguda (comienza desde pocas horas y dura hasta 1 mes).
- 2- Aguda (dura hasta 3 meses).
- 3- Sub-Aguda (dura hasta 6 meses).
- 4- Crónica (dura más de 6 meses).
- 5- Efecto retardado (a corto, mediano y largo plazo).

12. PRONOSTICO

El pronóstico es malo si la enfermedad se presenta y sigue su curso.

Se enferman entre el 25% y el 27% de todos los que se aplican la vacuna antigripal por año, pero puede llegar al 30% o más.

Esto se reitera cada año permanentemente desde el año 1998 al 2013.

Pero desde la década del 50 a 1997 también hay pacientes afectados que podría ser el mismo porcentaje.

Solo puede mejorar su pronóstico, si es tratado convenientemente y con el Antivírico Oseltamivir.

El porcentaje de mortalidad estimado, por razonamiento lógico, clínico, epidemiológico y personal del autor, que puede tener variación, se estima en 300 muertos como mínimo x 1.000.000 de vacunados.

13. TRATAMIENTO

El tratamiento efectivo es con el antivírico Oseltamivir.

Podemos dividir el tratamiento en cuatro partes:

- 1) **Específico: Antivírico, Oseltamivir.**
- 2) **Antiinflamatorio.**
- 3) **Reposo.**
- 4) **Otros tratamientos y medidas generales.**

Aclaración: se pasa a describir a continuación el tratamiento para personas adultas y sus dosis correspondientes. Las dosis pediátricas se detallan específicamente.

1) Específico:

Tratamiento con Antivírico Oseltamivir.

Este tratamiento se aplicó y demostró una gran efectividad.

La dosis en cada cápsula de Oseltamivir es de 75mg. y así se va a seguir interpretando en las sucesivas recomendaciones.

Las dosis pueden variar de una cápsula de 75mg. cada 12 horas por 5 días como mínimo, o hasta 10 días ó 15 días.

Se recomienda como dosis de inicio una cápsula de 75mg. cada 8 horas durante las primeras 24 horas y continuando con una cápsula cada 12 horas por el término de 5 días como mínimo, o hasta 10 días ó 15 días.

En casos más graves las primeras dosis pueden darse hasta 4 (cuatro) cápsulas (una cada 6 horas) durante las primeras 24 horas y seguir cada 8 horas durante los 4 días siguientes y luego cada 12 horas hasta completar 10 o 15 días de tratamiento en total.

Este tratamiento antivírico produce una mejora inmediata, observándose por la clínica a las pocas horas de administrado el fármaco (4 a 8 horas). Esta recuperación rápida y muy llamativa es sentida y relatada por el paciente, también observada y comprobada por el médico por la mejor evolución clínica (síntomas y signos).

Se observa en las primeras 24 horas de administrado el antivírico una evolución muy favorable y progresiva con una recuperación que va del 50% al 70% en dicho tiempo y que a las 48 o 72 horas ya se observa una mejora entre el 80 al 90%.

Esta observación médica al tratamiento es inmediata y rápida lo que habla de la efectividad del mismo y de la gran recuperación clínica extraordinaria, nunca antes vista y descripta.

Según las complicaciones o casos individuales se puede prolongar el tratamiento hasta 15 días y con dosis de 75mg. cada 12 horas siempre que se observe una mejora progresiva.

Es de destacar que si el paciente tratado no mejora rápidamente en las 72 horas y si hubiera alguna reagudización de los síntomas o aparición de otros síntomas y signos, es obligación descartar sobreinfecciones agregadas u otras patologías diferentes, aún así es conveniente seguir el tratamiento con Oseltamivir por un tiempo prudencial hasta aclarar los diagnósticos diferenciales y así recién decidir si se continúa con el tratamiento o no.

En neumonía viral primaria es el tratamiento de elección.

En neumonía viral primaria con sobreinfección bronquial o en neumonías mixtas viral-bacterianas y en neumonía bacteriana secundaria además del tratamiento con antibióticos debe tratarse también con Oseltamivir en forma conjunta, debido a que la afección viral produce inflamación y predispone a la sobre infección bacteriana, predominando el Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y potenciando el efecto patógeno del Staphylococcus aureus.

Conviene realizar análisis de laboratorio sanguíneos, de rutina, recuento de plaquetas, proteína C reactiva (P.C.R.), de coagulación, enzimas C.P.K., T.G.O., L.D.H., Amilase, Troponina T, radiografía de tórax (frente) y electrocardiograma para control de la evolución de la enfermedad, antes y durante el tratamiento, a los días, semanas y al mes, para un mejor control de la evolución y seguridad del paciente.

Dosis pediátricas del Oseltamivir para tratamiento: desde el primer año a doce años de edad.

- Hasta 15 Kg. 30mg. c/12hs.
- Más de 15 Kg. a 23 Kg. 45mg. c/12hs.
- Más de 23 Kg. a 40 Kg. 60mg. c/ 12hs.
- Más de 40 Kg. 75mg. c/ 12hs.
- De 13 años en adelante 75mg. c/ 12hs.

Otros antiviricos, Amantadina, Rimantadina y Zanamivir no han sido utilizados en esta investigación, por lo que no se puede emitir opinión al respecto.

2) Tratamiento antiinflamatorio:

1- Antiinflamatorios: Debido a la gran respuesta inflamatoria del organismo contra esta enfermedad es que requiere ser tratado con algún tipo de antiinflamatorio, porque hay una reacción inflamatoria muy intensa y ésta puede ser contraproducente para el paciente.

Se aclara y recomienda que el tratamiento con cualquier antiinflamatorio debe realizarse en las 24 o 48hs. posteriores al tratamiento del antivirico Oseltamivir para que este logre primero neutralizar al virus.

Los antiinflamatorios pueden ser:

- a) No esteroideos.
- b) Esteroides.

a) No Esteroides: Se recomienda el uso del Diclofenac, en dosis de un comprimido de 50mg. cada 12 horas o 75mg. en dosis única (comprimido), durante 5 a 7 días. Todo de acuerdo al cuadro clínico y criterio de cada médico.

Este tratamiento, se sobreentiende, es para los casos leves y moderados, pero siempre hay excepciones.

Se puede usar otro antiinflamatorio no esteroideo que el médico prefiera o frente a cualquier situación de alergia, intolerancia o vía de administración que el paciente pueda tener o requerir y también en diferentes enfermedades de base.

Es conveniente recordar que esta enfermedad puede producir trombocitopenia y leucopenia y el uso de algún antiinflamatorio no esteroideo puede como efecto adverso producir o potenciar estos efectos de la enfermedad.

b) Esteroides o Corticoesteroides: Se recomienda el uso de la Dexametasona, por mayor efecto antiinflamatorio, (ampolla con 2 ml, equivalente a 8 mg.) por vía parenteral, endovenosa o intramuscular, para casos clínicos más agudos o de mayor gravedad o con complicaciones que así lo requieran.

También en cualquier forma clínica que sea necesaria.

Las dosis pueden variar, una ampolla de 8 mg. cada 4 hs., cada 6 hs., cada 8 hs. o cada 12 horas por el término de 24, 48, 72 o más horas, siempre dependiendo del cuadro clínico y criterio del médico para casos graves de: insuficiencia respiratoria, bronconeumonías, neumonías bilaterales o unilaterales, broncoespasmos, bronquiolitis, traqueitis, laringitis y otras.

También para otras complicaciones como ser: cardiacas (angina de pecho inestable, alteraciones agudas en el sistema de conducción cardiaca, pericarditis), renales (insuficiencia renal aguda), neurológicas (accidente cerebro vascular), dermatológicas (dermatitis descamativa) y otras alteraciones auditivas, olfativas, etc. También cualquier otra patología o complicación no descrita todavía que el médico lo crea así necesario.

Puede indicarse también para patologías de menor gravedad como ser sinusitis, laringitis, bronquitis y otras que puedan requerir un mayor efecto antiinflamatorio. Así también en las formas clínicas leves y moderadas.

Es de destacar que los pacientes de mayor edad y con varias patologías de base puedan requerir también los corticoides debido a la mayor gravedad de estos factores, sobre todo si se asocian patologías pulmonares, cardíacas, hematológicas, renales y otras.

Es importante evaluar el grado de intensidad de la inflamación, realizando el análisis de P.C.R. o P.C.R. ultrasensible en sangre, también la Eritrosedimentación u otros métodos bioquímicos. Para obtener una mejor información del grado de inflamación y así también con estos métodos tener un parámetro más para la indicación de los corticoides, su dosificación y la duración del tratamiento u otro antiinflamatorio.

Actualmente hay nuevos métodos bioquímicos para detectar inflamación en arterias (endotelio), esto es muy importante ya que informa de una lesión en arteria específicamente y así diferenciar de la P.C.R. la cual indica inflamación en general pero no determina en qué lugar del organismo se produce.

Detectar inflamación en endotelio es muy importante ya que nos indica una mayor gravedad y posibles complicaciones inmediatas como trombosis, embolias, isquemias, infartos y otras. Decidiendo así el uso de antiinflamatorios de mayor potencia.

También puede indicarse la dexametasona en comprimidos de 0,5mg. por vía oral o la dexametasona intramuscular combinación de acción rápida y prolongada, para determinadas formas clínicas u otra indicación, si así el médico lo cree conveniente.

Dexametasona intramuscular: tiene una duración de una a tres semanas, dicha presentación farmacológica es la siguiente: un frasco ampolla con 2ml. de dexametasona fosfato (acción rápida) equivalente a 4 mg. de dexametasona y dexametasona acetato (acción prolongada) equivalente a 16 mg. de dexametasona.

Puede utilizarse otro corticoide que no sea dexametasona si el médico con su criterio así lo decide, frente a cada paciente que tenga que ser tratado. Debe tenerse precaución durante la complicación del Infarto Agudo de Miocardio ya que se habría publicado una aparente asociación entre su uso y la ruptura de la pared libre de ventrículo izquierdo.

También en la complicación de la miocarditis viral aguda ya que los corticoides y antiinflamatorios no esteroideos podrían agravar la miocarditis viral, por eso se aclara que en estos casos hay que dar primero el antivírico Osetamivir, esperar 48 hs. y ver la respuesta clínica y recién decidir si se va indicar corticoides u otro antiinflamatorio.

Se recuerda que una vez instituido el tratamiento con corticoides no debe suspenderse bruscamente, sino en forma progresiva para evitar la insuficiencia córtico suprarrenal secundaria.

También se aclara que queda a criterio del médico tratante el uso de corticoides en el tratamiento, en mayor o menor dosis si así lo considera conveniente y en cualquier forma clínica.

Es importante aclarar que se puede tratar esta enfermedad sin indicar antiinflamatorios, teniendo también buenos resultados, dependiendo siempre del cuadro clínico que se presente.

3) Reposo:

Reposo absoluto durante 15 días.

Reposo relativo del día 16 al 30 o hasta 60 días.

Es muy importante que aparte del tratamiento antivírico y otros, el reposo se cumpla estrictamente ya que estamos ante una enfermedad viral prolongada que requiere mayor tiempo en la curación. Por lo que el reposo debe ser con más días y adquiere una importancia muy relevante en el tratamiento. Si no se cumple pueden ocurrir recaídas.

4) Otros tratamientos y medidas generales:

1- Antihistamínicos: Es conveniente asociar en algunos casos (no todos) un antihistamínico, ya que mejora con su efecto los síntomas clínicos.

Se observa buen efecto del fármaco: Ceterizina un comprimido (10 mg.) por día por el término de 5 a 7 días no más.

Es posible usar otro antihistamínico que el médico con su criterio así lo decida, debido al paciente que tenga que ser tratado.

2- Vitamina "C", Vitamina "A" y otras vitaminas o minerales: Se puede utilizar vitaminas para mejorar epitelios o endotelios afectados o con el fin de disminuir las lesiones de estos.

Pueden utilizarse polivitamínicos con minerales.

Esta indicación es sólo a fin de mejorar el estado nutricional, para mejorar zonas afectadas y prevenir otras.

Hay que reconocer que es discutible la utilización de polivitamínicos con minerales, pero se sugiere el uso de los mismos, ya que podría en un futuro demostrarse científicamente su utilidad y beneficio, frente a esta duda del presente es conveniente su indicación, en forma asociada o separada.

Con la vitamina "C" sola en dosis de 1 a 2 gr. por día los pacientes refieren mejoras subjetivas, es de destacar esta observación clínica.

Se recomienda vitamina "C" en dosis de 1 a 2 gramos por día durante 10 o 15 días y Polivitamínicos con minerales, uno cada día por 10 o 15 días.

Frente a una enfermedad prolongada debe considerarse como un suplemento de la alimentación.

Eventualmente el jugo de naranja recién exprimido u otros cítricos, que contienen vitamina "C" están también indicados como otra opción.

3- No uso de antipiréticos o el uso de antipiréticos: Estas dos posibilidades es una sugerencia y puede variar, queda a criterio de la indicación del médico de usarla o no, de acuerdo a la edad de los pacientes y eventuales patologías que puedan o no requerir dicha medicación.

Esta sugerencia de no usar antipiréticos (en forma general), se fundamenta en que en esta infección virósica, el organismo se defiende elevando su temperatura (fiebre) para de esta manera inhibir y combatir a los virus, además para reclutar más glóbulos blancos y aumentar la defensa o inmunidad.

En los niños sí es importante el uso de antipiréticos para evitar convulsiones o medidas físicas (baños tibios y/o paños fríos).

En adultos pueden indicarse solamente baños tibios para disminuir las temperaturas y molestias.

Es conveniente recordar que esta enfermedad puede producir trombocitopenia y leucopenia y el uso de algún antiinflamatorio no esteroideo o algún antipirético pueden como efecto adverso producir o potenciar estos efectos de la enfermedad. Se recomienda como antipirético el Paracetamol u otros, con menores efectos adversos sanguíneos.

Se recomienda siempre si se detectan estas alteraciones sanguíneas, la interconsulta con el especialista en Hematología para un mejor diagnóstico y tratamiento.

4- Sobrecarga de calor: Se fundamenta este tratamiento en que el calor disminuiría la replicación viral y neutralizaría al virus más rápidamente limitando a la enfermedad.

Realizar las siguientes indicaciones:

a) Muchos líquidos calientes.

Dos o tres litros por día, es importante para la hidratación. Tener cuidado con pacientes que puedan verse afectados por sobrecarga hídrica, pacientes cardíacos, renales y otros.

b) Baños con ducha caliente o Baños de inmersión con agua caliente.

Preferentemente este último, dos a tres veces al día (10 o 15 minutos aproximadamente).

c) Inhalación de vapor.

Nebulizador con calor húmedo o vaporizador tres a cuatro veces al día.

Otra opción es con un recipiente y agua caliente con vapor 4 a 6 minutos, tres a cuatro veces al día.

d) Bolsa de agua caliente, en el pecho y tráquea esto disminuye la tos y el dolor torácico producido por la tos persistente. Esta indicación es una observación clínica. Hay información de estudios que demuestran al calor como un efecto terapéutico analgésico y antitusivo.

e) Sobrecarga de calor en la cama.

e.1) Abrigarse bien con ropa preferentemente de algodón para absorber la transpiración.

e.2) Taparse con varias frazadas o mantas.

e.3) Ingerir muchos líquidos calientes, 1/2 a 3/4 litro.

e.4) Tapar todo el cuerpo y cabeza quedando la nariz y la boca afuera para poder respirar.

e.5) Esperar la transpiración, que se produce a los 30 minutos o a la hora aproximadamente.

e.6) Esta sobrecarga de calor, si bien se puede realizar a cualquier hora del día, es conveniente hacerla por la tarde o la noche, entre las 15 y 23 horas.

e.7) Una vez que se transpiró, se vuelve a bañar con agua caliente, se viste con ropa abrigada y se acuesta nuevamente, pero ya con menos frazadas o mantas, para no transpirar nuevamente, sino para estar caliente y cómodo.

Una vez que se transpira se nota la mejora clínica progresivamente, esto es importante ya que si no se logra transpirar hay que volver al día siguiente a repetir todos estos pasos a fin de conseguir transpirar y lograr la mejora clínica.

Hay diferencia en la evolución, aquellas personas que logran transpirar mejoran más rápidamente que las que no lo hacen.

Esta observación puede variar con el uso del Oseltamivir, que al inhibir más rápidamente los virus acortaría la duración de la enfermedad rápidamente, por lo que la transpiración podría no observarse, si ésta no se produce con esta medicación y hay mejora clínica progresiva no es necesario inducir o producir la transpiración.

Toda esta indicación de sobrecarga de calor queda a criterio del médico que la prescriba en su mayor o menor grado. Puede que en enfermedades de base o complicaciones no esté indicado, por esto es que queda a criterio del médico su aplicación en el paciente o no.

Comentario:

El calor es un método físico terapéutico milenario, al cual no se le da la importancia adecuada. Esta indicación de calor muy variada se sustenta por la observación clínica de mejor evolución con este tratamiento.

Podría ser que el calor aplicado en diferentes regiones del cuerpo disminuya la acción del virus, ya sea neutralizándolo u otra acción antivírica que no conocemos todavía.

Este tratamiento también es aplicable a la Gripe común y Gripe Prolongada por mutación.

5- Alimentación y Nutrición: Es conveniente mantener una buena nutrición para reconstituir los tejidos dañados y mantener la inmunidad normal. Esto es muy importante ya que la enfermedad es larga y requiere durante todo el tiempo un buen aporte nutricional, esto también como tratamiento básico e insustituible para una mejor evolución y curación.

La nutrición del paciente y su estado nutricional deben ser evaluados durante la primera entrevista o al comienzo del tratamiento, ya que hay mucha variación de estados nutricionales en los diferentes pacientes por ver y también en las diferentes enfermedades de base que puedan tener, requiriendo en forma individual diferentes indicaciones nutricionales que hacen al tratamiento para la mejor evolución y curación del paciente.

6- Antibióticos: En esta enfermedad cuando la clínica indica que es solamente una afección viral no es conveniente agregar antibióticos porque la enfermedad se cura sólo con el antivírico Oseltamivir.

Los antibióticos se indican cuando se diagnostican sobre infecciones bronquiales, neumonías mixtas viral-bacterianas, neumonías secundarias, derrames pleurales bacterianos, pericarditis bacterianas, meningoencefalitis, sinusitis y otras patologías con sobreinfecciones agregadas.

Las bacterias que predominan son: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus.

Tanto el virus de la Gripe Prolongada como el virus de Gripe común potencian el efecto patógeno del Staphylococcus aureus, agravando los cuadros clínicos, produciendo complicaciones y aumentando la mortalidad.

Los antibióticos específicos recomendados y dosis para estas tres bacterias u otras que pudieran aparecer, son los ya conocidos y recomendados por la literatura médica mundial.

Estos tratamientos con antibióticos deben ser indicados cuando sea necesario y cuando el médico así lo crea conveniente en su dosis y tiempo.

Así también indicar en forma preventiva o profiláctica en las enfermedades de base que puedan requerir o cuando el médico lo crea necesario.

7- Interconsultas: Debido a complicaciones hematológicas como ser trombocitopenia y leucopenia, la consulta al especialista en Hematología es conveniente para mejor diagnóstico y tratamiento a seguir.

Así también cuando el médico lo requiera, la consulta a diferentes especialidades, Clínica Médica, Laboratorio Viroológico, Neumonología, Cardiología, Infectología, Neurología y otros.

8- Recomendación: Se recomienda el uso e indicación de drogas reconocidas por su efecto clínico, para un mejor tratamiento, evolución y curación del paciente.

También es importante una vez llegado al diagnóstico decidir y realizar el tratamiento en forma rápida y sin demorar, ya que pueden presentarse complicaciones de mayor gravedad poniendo en riesgo la vida de los pacientes.

Comentario:

Otras decisiones médicas para "indicar" o "iniciar" el tratamiento

Debe tenerse presente y muy en cuenta que con la primera dosis del oseltamivir ya hay efecto clínico muy bueno y mejora relatada por el paciente. Se observó estos efectos a partir de las 2 horas de administrado dicho fármaco, por lo que debe considerarse esto como una decisión médica y clínica a tratar un paciente o como un tratamiento de prueba para ver como evoluciona frente a la duda diagnóstica de esta nueva enfermedad y así seguir el tratamiento o bien para diferenciar de otras patologías.

Sería también como una prueba terapéutica diagnóstica y así seguir el tratamiento, pero se sugiere seguir tratando luego de la primera dosis aunque no se observen resultados clínicos de buena evolución por 48 horas o más, para así recién decidir si no se va a continuar el tratamiento, ya que puede haber otras patologías asociadas que oculten la mejora clínica del paciente y más aún si el paciente está con trastorno de conciencia o en coma (es importante el relato del paciente en la evolución clínica, por lo que el interrogatorio es fundamental).

Ante estas situaciones se recomienda si hay una mejor evolución clínica por mínima que sea, seguir con el tratamiento antivírico y no suspenderlo ya que podría tener y verse con los días un buen efecto terapéutico.

También considerar lo inocuo del fármaco ya que es preferible ante la duda aplicar el tratamiento en su totalidad, por el gran beneficio que puede producir y el poco riesgo de sus efectos adversos.

Recordar que aunque el tiempo transcurrido haya sido de varios meses, o de uno, dos, tres, cuatro o más años, la enfermedad puede persistir y presentar reagudizaciones leves o manifestarse con pocos síntomas como ser astenia, tos u otros y aquí también hay que indicar el tratamiento con oseltamivir, con el cuál han mejorado extraordinariamente, un 70% en 48hs. y un 90% a 100% en 5 o 10 días curando totalmente.

Todo esto anteriormente expuesto en este comentario también es válido para la "Gripe Prolongada" u otras patologías o enfermedades que se sospeche son producidas por algún tipo de virus gripe y así curar al paciente como por ejemplo: Neumonías víricas, Pericarditis víricas, Angina de pecho, Infarto Agudo Miocardio*, Trastorno en la conducción cardiaca, Miocarditis víricas, Encefalitis víricas, Meningitis víricas, Meningo Encefalitis víricas, Polineuritis o Mononeuritis víricas, etc. y otras enfermedades aún no descriptas que se puedan sospechar y/o diagnosticar clínicamente y tratar convenientemente.

*En el Infarto Agudo de Miocardio recordar que sí se puede usar el Oseltamivir, pero se debe tener cuidado con el uso de corticoides ya que se habrían publicado una aparente asociación entre su uso y la ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo.

** En miocarditis vírica si se recomienda tratar con el antivírico Oseltamivir, pero debe tenerse precaución si se agrega antiinflamatorios no esteroideos o esteroideos, porque podría agravar la miocarditis.

En este caso sería conveniente siempre iniciar con el antivírico Oseltamivir, evaluando la respuesta clínica a las 48 o 72hs. y eventualmente tratar posteriormente con antiinflamatorio. Pero todo depende de la gravedad del caso clínico, su presentación clínica y otras variables clínicas que deben ser evaluadas y así recién tomar la decisión médica más adecuada.

14. CONTAGIO

Esta enfermedad es contagiosa.

1- Se produce un contagio directo a personas que conviven o están mucho tiempo en contacto con el enfermo.

2- El contagio podría ser a través de la tos, al hablar a través de las "gotitas de flügge", estornudos, los besos o compartir utensilios en el momento. Ejemplo: compartir una bebida tomando del envase u otro utensilio boca a boca. Puede haber otras formas de contagio aún no conocidas.

3- Una vez producido el contagio la enfermedad se presenta en iguales condiciones, también puede desarrollarse con menor intensidad y duración, pero siempre sigue siendo prolongada.

4- Se ha producido contagio a familiares directos que viven juntos y a familiares que viven en otro domicilio, pero que tienen contacto frecuente con el enfermo (Ver diagramas de contagio de los años 1999, 2000, 2010, 2012).

Todos los **diagramas de contagios** y mutación a continuación, corresponden a casos reales de personas y familias que se enfermaron y contagiaron. También estos diagramas de contagios y otros más, fueron comunicados a las autoridades de Salud Pública nacionales, internacionales OMS y ONU y otros organismos de la Argentina y el exterior, a partir del año 1999 hasta este año 2018.

Diagrama de Contagio (año 1999)

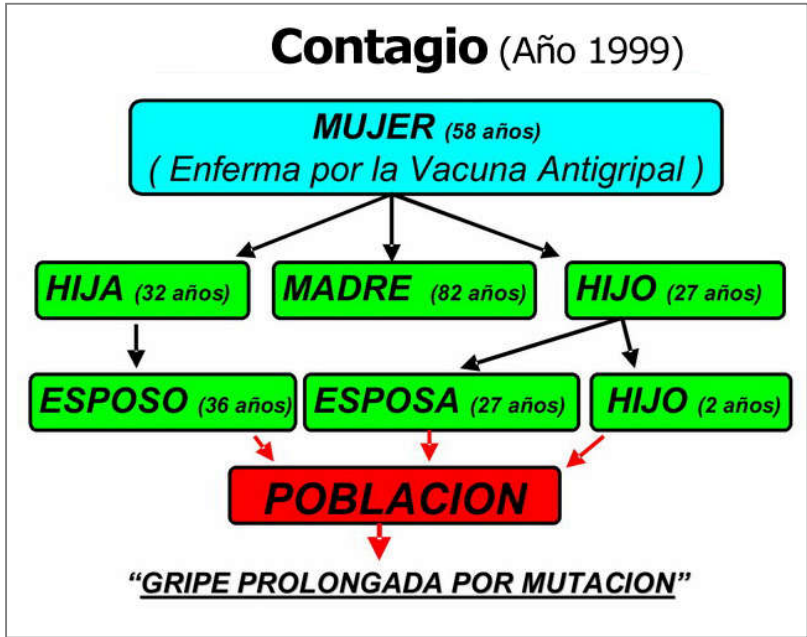


Diagrama de contagio (año 1999)

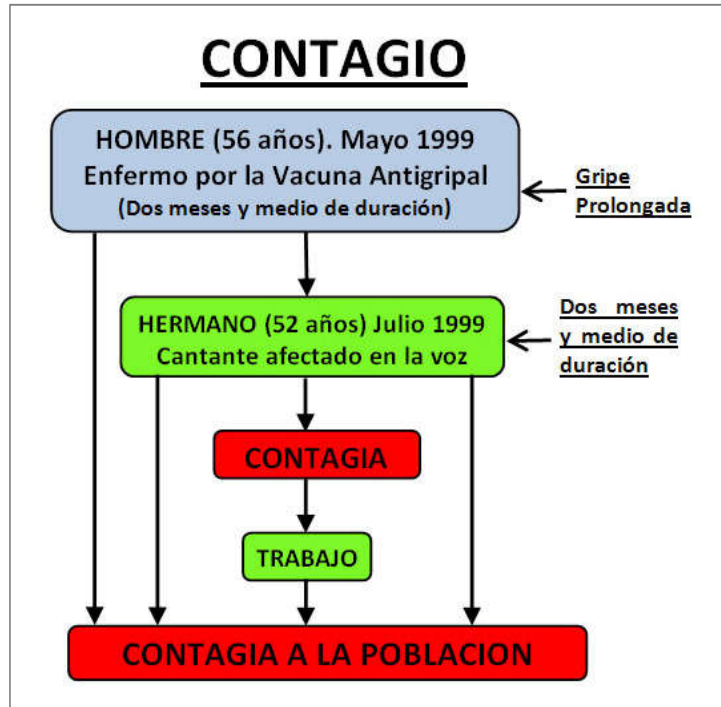


Diagrama de contagio (año 2000)

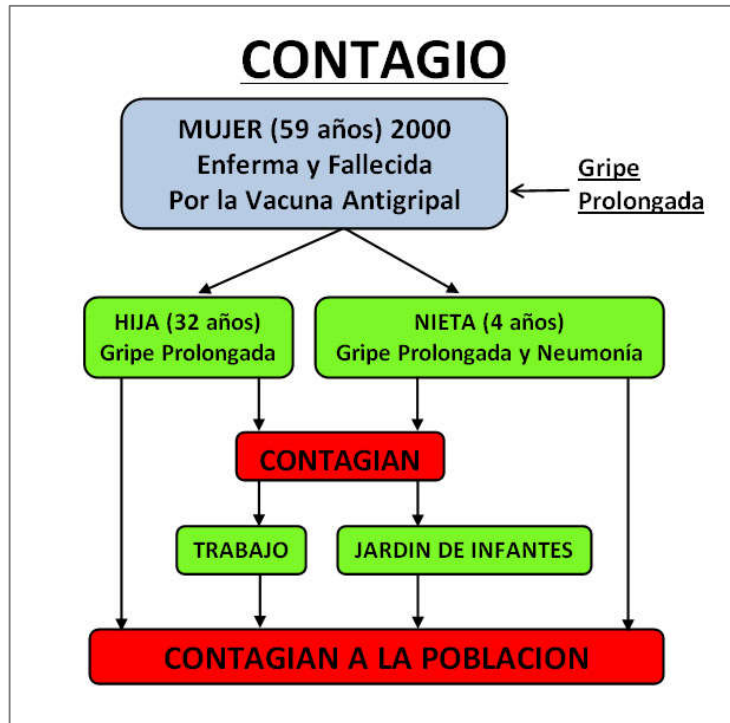


Diagrama de contagio (año 2010)

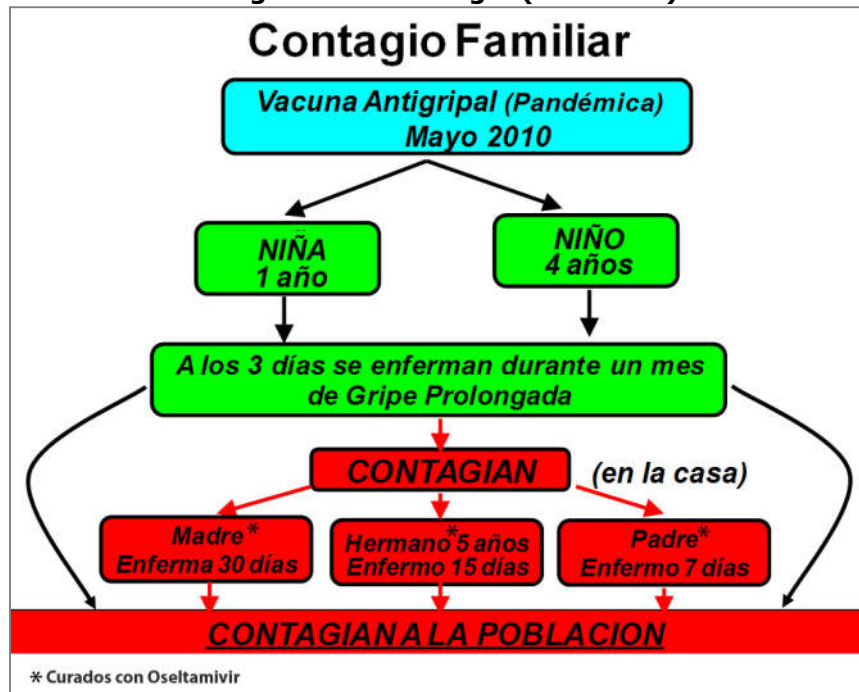


Diagrama de contagio (año 2012)

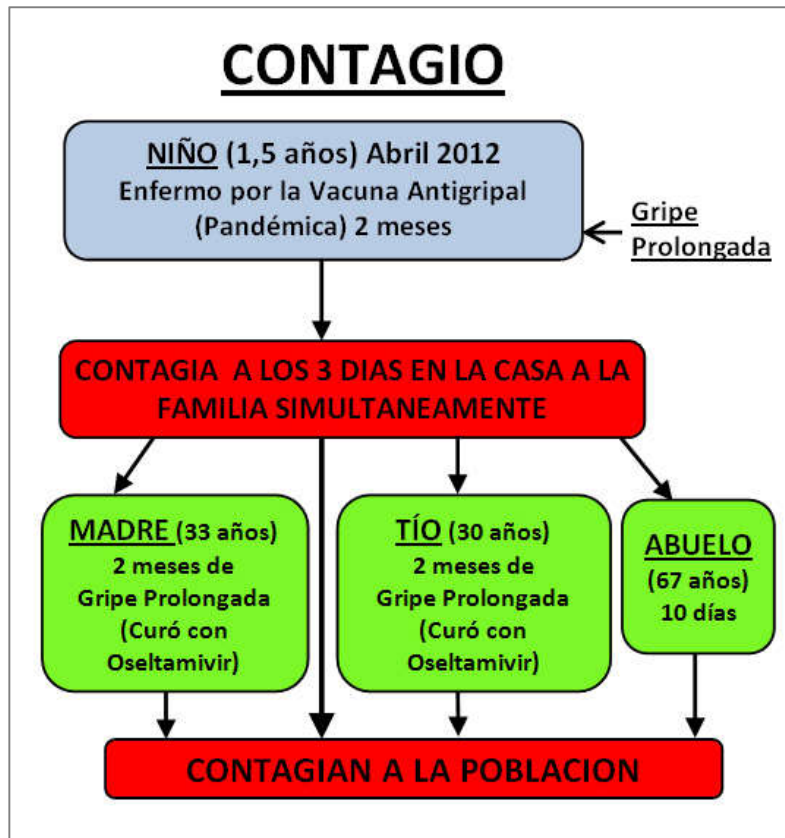


Diagrama de contagio (año 2012)



Ya existe un virus de gripe prolongada circulando en la población transmitido por la vacuna antigripal y que produce contagio. Esto está ocurriendo desde hace varios años. Desde el 2000 se han observado pocos casos de gripe prolongada sin relación con la vacuna antigripal y durante 2004 y 2005 han aumentado en un 1.000% (un mil), continuando en 2006 al 2013. Esta gripe prolongada produce complicaciones pulmonares y extrapulmonares, como ser: neumonías víricas, insuficiencia renal, infarto agudo de miocardio, angina de pecho, pericarditis víricas, muerte súbita y otras ya descritas anteriormente.

Esto está produciendo epidemias. Este virus de Gripe Prolongada, que es contagioso, se combinó y mutó con el virus de Gripe común circulante, adquiriendo de éste características genéticas de mayor contagio. Hecho de suma gravedad que generó ya un nuevo virus de Gripe Prolongada, con un contagio mayor y produjo epidemias y pandemias con millones de personas afectadas, instalándose en forma definitiva.

Se afirma que la combinación de los dos virus y la mutación resultante, produjo otra variante de mayor contagio y de mayor patogenicidad. Lo que resultó en un virus de gripe mutado muy contagioso de acción prolongada y de mayor patogenicidad. Generando así otra variante de virus de Gripe también de mayor gravedad, la Gripe Prolongada por Mutación. ([Ver parte I.2](#))

15. INCIDENCIA Y MORTALIDAD

La incidencia es del 25 al 27% aproximadamente pero puede llegar al 30% o más.

De todos los vacunados, por ejemplo por cada millón, habría 250 o 300 mil enfermos o más.

Esta incidencia se observó desde el año 1998 hasta el 2007, tiempo en que se empezó a investigar, pero interrogando a pacientes de años anteriores a 1998 también se observó esta incidencia, por lo que es de suponer que esto ocurrió siempre con la aplicación de la vacuna antigripal, desde la década del 50 en adelante, donde ya comenzaron a presentarse pacientes afectados por la vacuna antigripal.

El porcentaje de mortalidad, por la investigación médica realizada, por la Clínica, la Epidemiología, por razonamiento lógico y personal del autor, se estima en **300 muertos como mínimo por 1.000.000 de vacunados.**

Actualmente en 2013 sigue aumentando esta incidencia y mortalidad por la vacunación a: niños, mujeres embarazadas y púerperas.

16. DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

Se describió esta enfermedad "Gripe Prolongada", con relación a la vacunación antigripal en 1998 en forma verbal y en 1999 en forma escrita ante las autoridades del Ministerio de Salud Pública de la Nación y en el año 2000

ante la Organización Mundial de la Salud (OMS). También ante la Organización de Naciones Unidas (ONU), Universidades de Medicina de la Argentina: Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Iglesia Católica Argentina (Arzobispado de Buenos Aires y Obispado), Academia Nacional de Medicina, Sociedad Argentina de Virología (SAV), Asociación Argentina de Microbiología (AAM), otros organismos nacionales e internacionales y otros países del mundo.

17. SINTESIS DE CASOS CLINICOS POR GRIPE PROLONGADA

Se presenta la síntesis de 5 casos clínicos de Gripe Prolongada con complicaciones en forma conjunta de Neumonía bilateral vírica primaria y de Infarto Agudo de Miocardio. Tanto una como otra pueden presentarse como primera o segunda complicación.

CASO CLINICO N° 1

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Infarto Agudo de Miocardio y con Insuficiencia Renal aguda crónica.

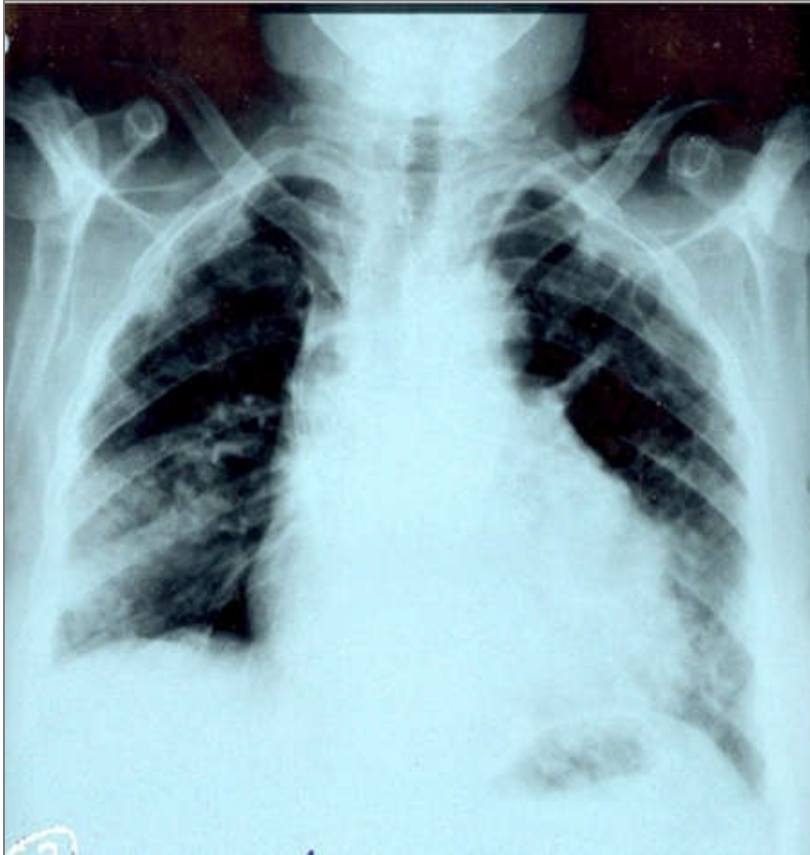


Fig. 1

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. (octubre 2006)

Paciente de sexo femenino de 70 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en mayo de 2006, con una duración de 5 meses, presentando cuatro recaídas sucesivas, complicándose en el último mes de septiembre (quinto) con neumonía, tratada con antibióticos durante 7 días no curando, se trató nuevamente con otro antibiótico por 7 días más no curando nuevamente.

Se interna en octubre 2006 con diagnóstico de Neumonía bilateral vírica, tratándose con antibióticos durante un mes y medio, en tres sesiones de 15 días cada uno y tres antibióticos diferentes. Sin mejoría clínica y pulmonar evidente.

En dos meses de neumonía persistente requirió 5 esquemas de antibióticos diferentes sin curarse ni mejorar totalmente.

Presenta una insuficiencia renal aguda al ingreso que requirió diálisis y posteriormente un infarto agudo de miocardio. No se trató con Oseltamivir.

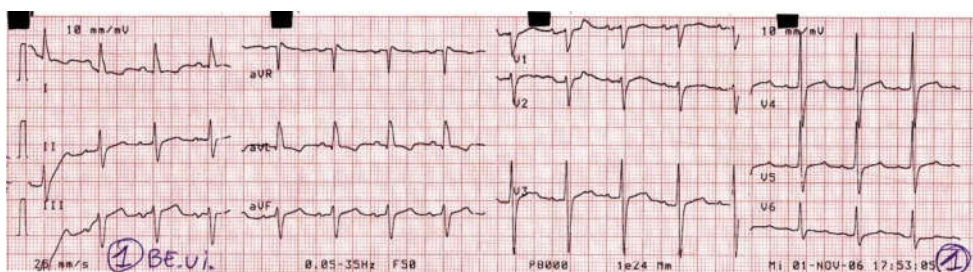
Los familiares piden el alta voluntaria y es medicada con Oseltamivir una cápsula cada 12 hs. el primer día y luego una cápsula por 9 días más, mejo-

rando clínicamente un 80% al tercer día, curando la neumonía persistente sin antibiótico y mejorando levemente su insuficiencia renal, sin otras complicaciones cardiacas. Sigue plan de diálisis trisemanal y sin síntomas respiratorios ni cardiacos.

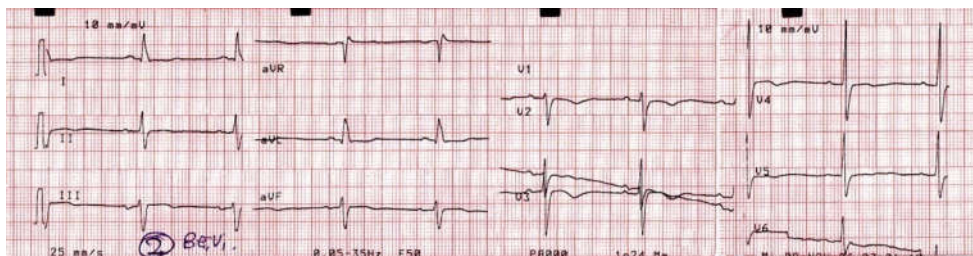
Luego de 2 meses y medio de permanecer estable, presenta una sepsis por staphylococcus aureus por cánula de diálisis y fallece en pocos días (fístula arterio-venosa presente sin uso).

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Infarto Agudo de Miocardio

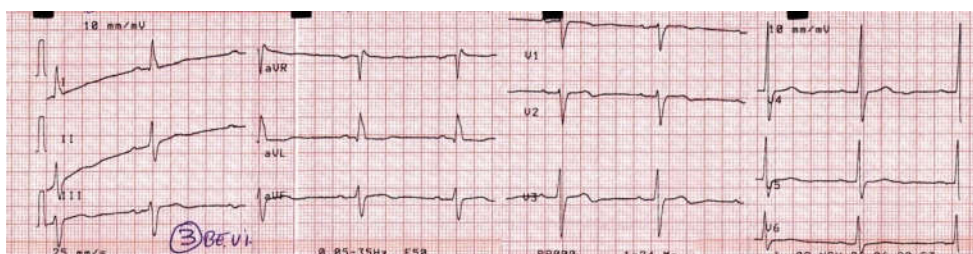
La misma paciente de caso clínico N°1 y Fig.1, que durante la internación por la Neumonía bilateral vírica presenta un Infarto Agudo de Miocardio y Angor post-I.A.M. Se presentan cuatro electrocardiogramas sucesivos de la evolución.



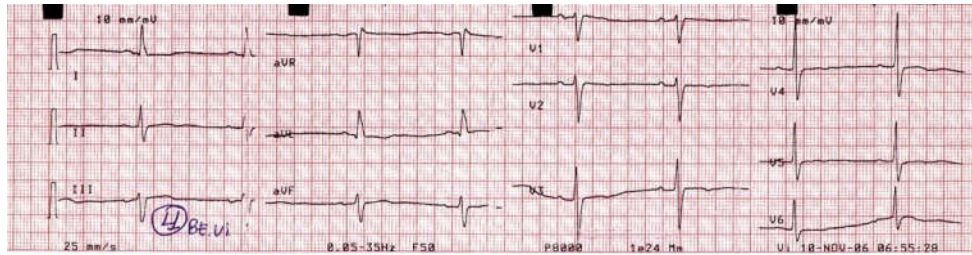
ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese en derivaciones V₁-V₂-V₃-V₄ - V₅ - V₆ alteración en la repolarización y también en D_I y AVL (paciente no mapeado). (Fecha 01/11/06)



ELECTROCARDIOGRAMA 2: Obsérvese cambios isquémicos en V₁-V₂-V₃-V₄ onda T negativa y en D_I 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)



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



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)

CASO CLINICO N° 2

Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica primaria.

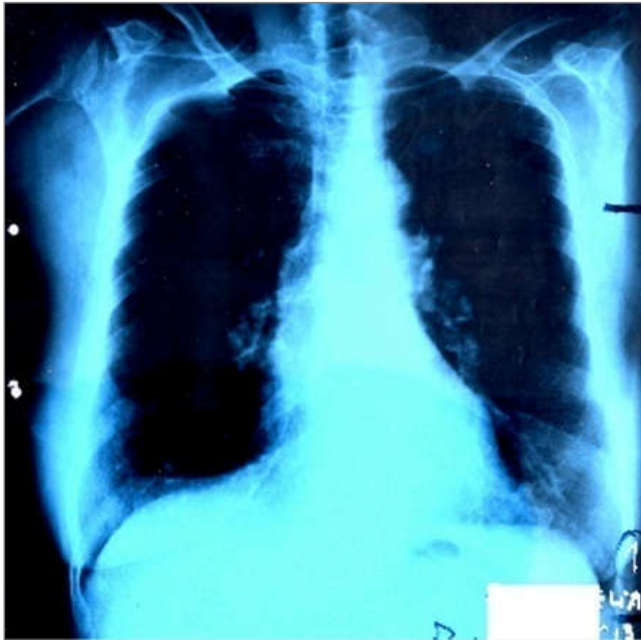


Fig. 2

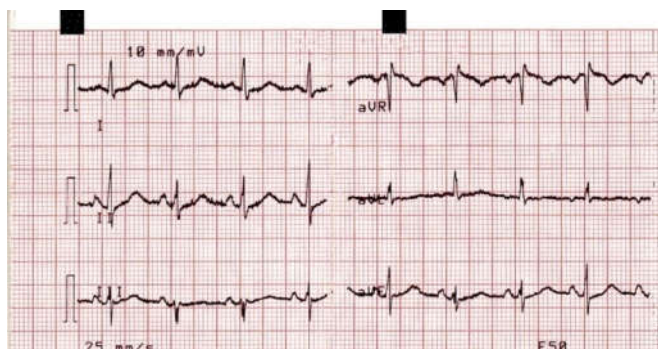
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor afectación del lado izquierdo y congestión hiliar. (Julio de 2006)

Paciente de sexo femenino de 61 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en abril de 2006, con clínica de Infarto Agudo de Miocardio en el mismo mes, luego presentó en los tres meses siguientes cinco recaídas sucesivas, en la última se complica con Neumonía bilateral vírica. (Julio de 2006) (Ver figura 2)

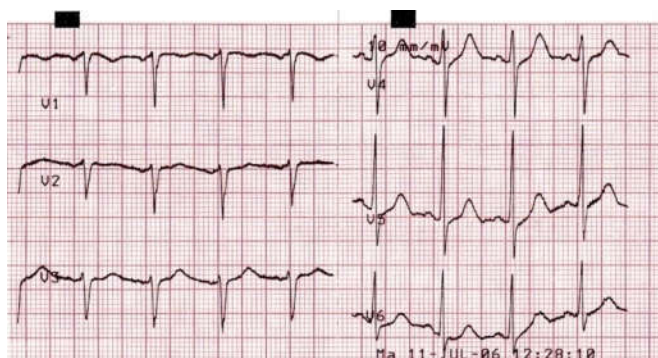
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica primaria

La misma paciente de caso clínico N°2 y Fig.2, durante la Gripe Prolongada en abril 2006 presentó clínica de Infarto Agudo de Miocardio no registrándose electrocardiograma en ese tiempo.

Electrocardiograma registrado durante la internación de la Neumonía bilateral vírica en julio de 2006. Donde se observa secuela de I.A.M. anteroseptal.



ELECTROCARDIOGRAMA 5 a. (Julio 2006)



ELECTROCARDIOGRAMA 5 b: Obsérvese falta de progresión de onda R en V₁-V₂-V₃.

CASO CLÍNICO N° 3

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria e Infarto Agudo de Miocardio.

Paciente de sexo femenino de 65 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en mayo de 2006 con tres recaídas sucesivas, durante la última se complica con Neumonía bilateral vírica y cursando ésta se agrega un Infarto Agudo de Miocardio de cara anteroseptal, ocurrido tres días antes de la internación (05/10/06). Confirmándose el diagnóstico de I.A.M. (en evolución) por la clínica, las enzimas cardíacas y el electrocardiograma.

La paciente evoluciona mal, no mejora con tratamientos de antibióticos durante 12 días, se vuelve a infartar y fallece el 17/10/06.

No recibió tratamiento con Oseltamivir. (Ver figura 3 y 4)

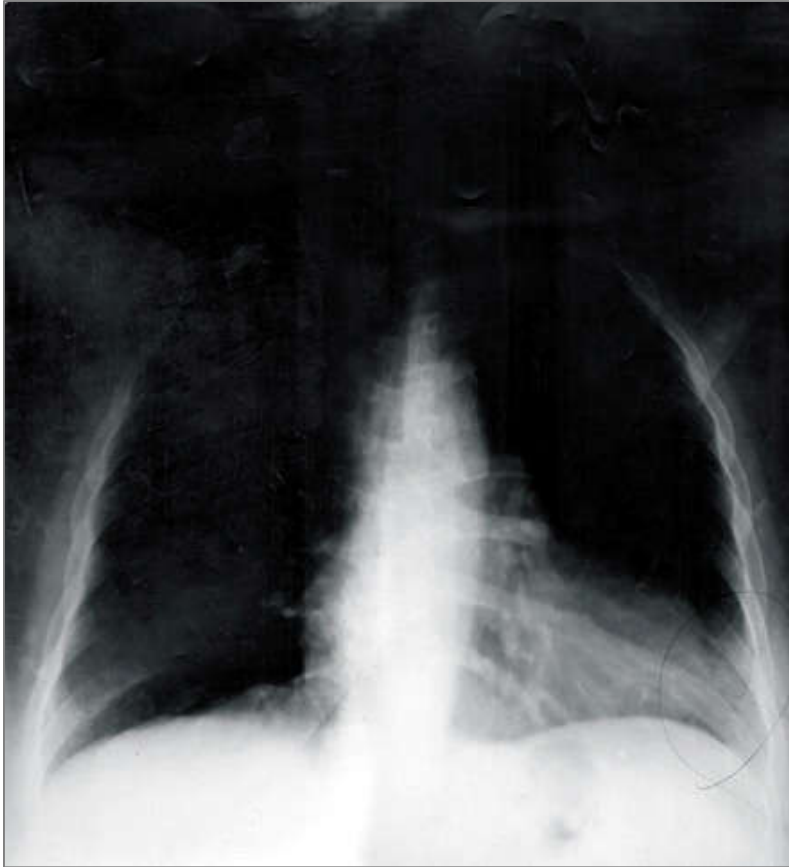


Fig. 3
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases pulmonares con franco predominio izquierdo. (Fecha de internación 05/10/06)

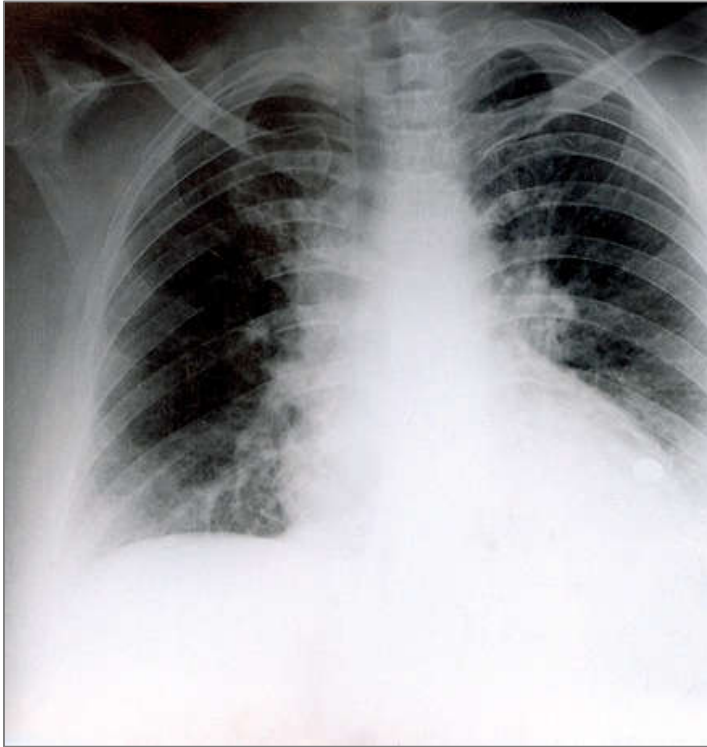
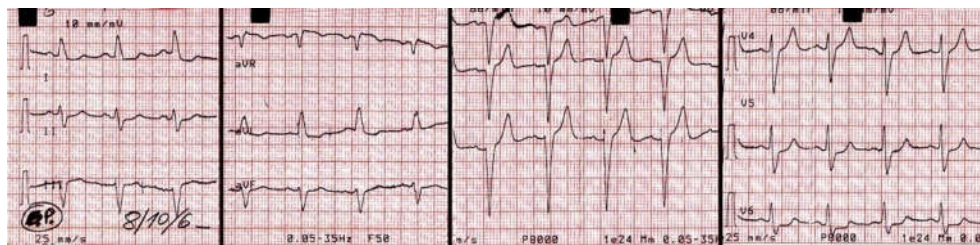


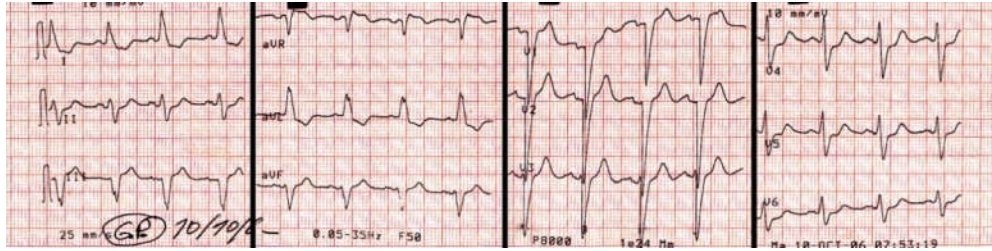
Fig.4
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Mayor infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases. Aumento de la trama broncovascular hilar. Agravándose el cuadro. (Fecha 07/10/06)

Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria e Infarto Agudo de Miocardio

La misma paciente de caso clínico N°3 y Fig. 3 y 4 cursando un Infarto Agudo de Miocardio en evolución de cara anteroseptal. Electrocardiograma registrado el día 08/10/06 donde se observa el I.A.M. en evolución con sobrecarga de ventrículo izquierdo (*Ver electrocardiograma 6*), dos días después disminuye el supradesnivel y se agrega probable isquemia en cara anterior (V₄) y mayor sobrecarga de ventrículo izquierdo (D_I y AVL). (*Ver electrocardiograma 7*)(Fecha 10/10/06). Luego nuevamente se produce otra elevación enzimática (I.A.M). La paciente fallece 7 días después del último electrocardiograma con un nuevo reinfarcto agudo de miocardio. No recibió tratamiento con Oseltamivir.



ELECTROCARDIOGRAMA 6: Obsérvese QS con supradesnivel del ST en V₁-V₂-V₃, (el QS presenta una r incipiente en V₃) y alteración de la repolarización en AVL. (Fecha 08/10/06)



ELECTROCARDIOGRAMA 7: Obsérvese dos días después menos supradesnivel del ST y disminución de la onda T en V₁-V₂-V₃, leve infradesnivel en V₄ y mayor alteración de la repolarización en DI y AVL. (Paciente no mapeado). (Fecha 10/10/06)

CASO CLINICO Nº 4

Gripe Prolongada complicada con Neumonía viral primaria y con Infarto Agudo de Miocardio

Paciente de sexo femenino de 71 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada (abril de 2004) y a los 20 días complicándose con Neumonía viral y luego Infarto Agudo de Miocardio durante la internación. Electrocardiograma año 2005 se detecta secuela de I.A.M de cara antero-septal V₁ a V₄ e isquemia de cara lateral V₅-V₆. Ver electrocardiogramas 8 - 8.1 y 8.2



ELECTROCARDIOGRAMA 8: Obsérvese QS con supradesnivel en V₁-V₂-V₃-V₄ e infradesnivel ST V₅-V₆. (Año 2005)



ELECTROCARDIOGRAMA 8.1: Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V₁-V₂-V₃.



ELECTROCARDIOGRAMA 8.2:
Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V₄ y el infradesnivel del ST de V₅-V₆.

CASO CLINICO N° 5

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

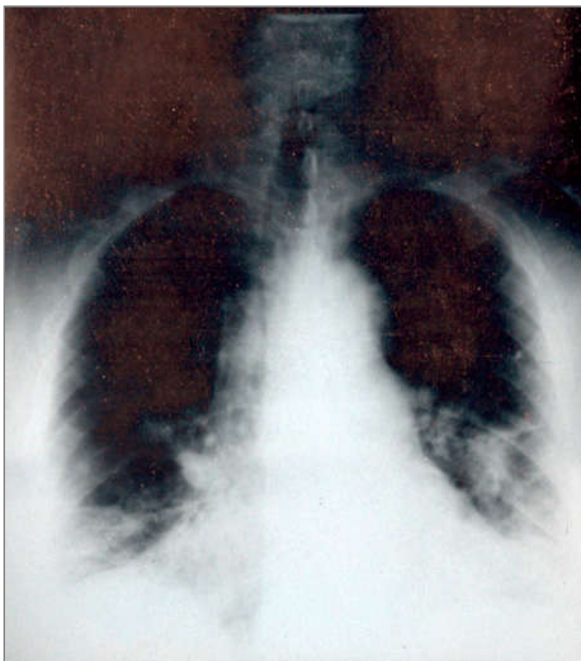


Fig.5 - NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor predominio izquierdo. (Julio 2006)

Paciente de sexo femenino de 74 años, vacunada con la antigripal en junio del 2005 con cuadro de Gripe Prolongada con recaídas sucesivas, en total 6 meses.

En julio del 2006 (sin vacunarse) presenta reagudización de un mes y medio complicada con diagnóstico de Neumonía bilateral vírica. (Ver figura 5) La paciente decidió no ponerse más la vacuna en el año 2006, por lo mal y afectada que quedó en el año 2005. Nunca antes presentó neumonías.

18. MUTACION E INSTALACION DEFINITIVA DE UN NUEVO VIRUS DE GRIPE

- **Mutación: Nuevo virus mutado de enfermos no vacunados a otros sanos no vacunados.** Dando lugar a una nueva enfermedad llamada "Gripe Prolongada por Mutación" (de 1 a 2 meses o más de duración), con mayor intensidad en su afección que el virus de Gripe Común.
- **Instalación actual y definitiva de un nuevo de virus de Gripe mutado, en Argentina y en el Mundo:** Esto ya se instaló a partir del año 2000 y siguió progresando hasta el año 2003, pero a partir de 2004 y 2005 se observó un aumento en un 1.000 % de la "Gripe Prolongada por Mutación", continuando en 2006 al 2013 y lo peor de todo es que sigue aumentando y desplazando al virus de Gripe Común.
- **Riesgo de Epidemias y Pandemias con nuevas mutaciones:** Si hay una nueva mutación, con mayor capacidad de contagio y/o de mayor intensidad en su afección (mayor patogenicidad) por ejemplo con el virus de la Gripe aviar u otros, es posible que haya Epidemias y Pandemias, con millones de enfermos y muertos.

19. ALERTA NACIONAL Y MUNDIAL

1- Debido a la gravedad de la situación up supra descripta en los efectos que la aplicación de la vacuna antigripal está produciendo: enfermos, muertos y contagio y que ha generado una mutación, con consecuencias que podrían ocasionar epidemias y pandemias, es por lo que se comunicó para el alerta nacional y mundial. También por la descripción de una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha, hecho de suma gravedad. Es por lo que se hace pública esta alerta a nivel Nacional y Mundial con el fin de que los organismos pertinentes se hagan eco de esta situación y a través de su inmediata intervención y el urgente tratamiento de esta enfermedad epidémica se eviten daños irreversibles y que más tarde no se podrán subsanar si eclosiona en epidemias y pandemias con el saldo fatal de "MUERTES" por desidia, desinterés, desinformación, falta de investigación, intereses espúreos, políticos, económicos, estratégicos u otros.

2- Se dio el alerta nacional en 1998 en forma verbal y telefónica al Ministerio de Salud Pública de la Nación Argentina y A.N.M.A.T.

3- Se dio el alerta nacional y mundial en 1999 en forma escrita y verbal. En el año 2000 también se comunicó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en forma escrita y verbal. También ante la Organización de Nacio-

nes Unidas (ONU), Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) y Universidad Nacional de La Plata (UNLP), Iglesia Católica Argentina (Arzobispado de Buenos Aires y Obispado), Academia Nacional de Medicina, Sociedad Argentina de Virología (SAV), Asociación Argentina de Microbiología (AAM), otros organismos nacionales e internacionales y otros países del mundo.

4- Mutación: peligro de mutación

Es grave y preocupante que este virus poco contagioso y de efecto prolongado pueda mutar con otros virus de Gripe común y adquirir las características genéticas de mayor contagio del virus de gripe común. De ocurrir generaría un nuevo virus de gripe mutado con efecto prolongado y muy contagioso, esto es lo más grave pudiendo originar epidemias y pandemias de imprevisibles consecuencias para la humanidad, por la mayor cantidad de personas afectadas que se multiplicarían en millones de enfermos y millones de muertos.

5- Observaciones de gravedad: se está observando clínicamente desde el año 2000 al 2013 y continuando con mayor incidencia Epidémica, Pandémica y Endémica desde el año 2013 al 2018, un cuadro viral prolongado (Gripe) de 20, 30, a 60 días o más de duración, con reagudizaciones posteriores y con un menor o igual grado de intensidad que la descrita "Gripe Prolongada".

Este cuadro descrito padecen personas que no se han aplicado nunca la vacuna antigripal. Esto es ya un contagio de personas enfermas por la vacuna antigripal, a personas sanas no vacunadas, que con los años que pasaron produjo un cambio en el virus de Gripe, generando un virus de gripe nuevo, presentando la enfermedad una duración mayor que el virus de Gripe común.

Lo descrito resulta ser ya una manifestación de la combinación o una mutación, entre el virus de la Gripe Prolongada y el virus de Gripe común, dando como resultado un nuevo virus de Gripe con una nueva manifestación clínica, generando una nueva enfermedad de virus de Gripe mutado más prolongada que la gripe común, llamada "Gripe Prolongada por Mutación".

Ya se instaló como definitiva una nueva variante (mutado) del virus de gripe (gripe prolongada por mutación) desplazando al virus de gripe común.

Se considera esto ya una epidemia y una pandemia, hechos de suma gravedad, que estamos padeciendo y no son detectadas en otros países del mundo.

Esto es muy grave, ya que si hubiera una nueva mutación con otro virus de gripe de cualquier tipo, ya sea virus de gripe humano, virus de gripe aviar, virus de gripe porcino u otros, en el corto o mediano plazo podría generarse un nuevo virus mucho más peligroso o mortal, con características de mayor patogenicidad, mayor contagio y de mayor duración. Esto podría producir una de las peores epidemias y pandemias de virus de gripe, jamás conocidas hasta ahora, provocando millones de enfermos y millones de muertos.