

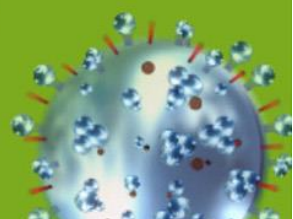
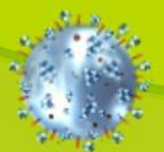
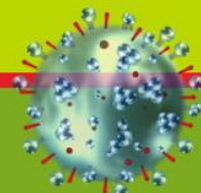
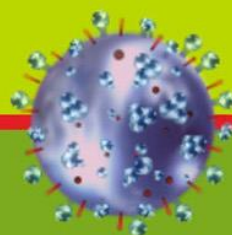
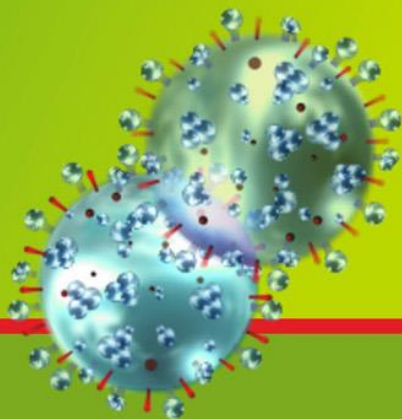
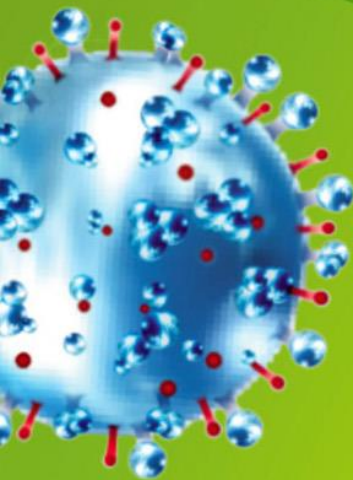
Jorge Derna
Médico Investigador

GRIPE PROLONGADA

- La Nueva Epidemia -

Pandemia y Endemia 2013 / 2020

**Descripción de una nueva
enfermedad desconocida
Desde 1998 hasta la fecha**



MISIONES - ARGENTINA

“Descripción de una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha”
Jorge A. Derna

1ra. Ed. - Misiones: La Impresión S.A., 2007
257 Pág.; 15x21 cm (Científico - Médico)

ISBN 978-987-05-3604-8

1. Enfermedades Virales. I. Título
CDD 616.925

La Impresión S.A.
Córdoba 1738 - Posadas Misiones - Argentina
Realización gráfica y diseño de Tapa: Lilian E. López
Colaborador: Ignacio Bernal
Secretario General: Andrés A. Kozlowski

Primera Edición Diciembre de 2007

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito que previene la Ley 11.723

**8^{va} EDICION DIGITAL ACTUALIZADA
LA PRESENTE EDICIÓN ES PUBLICADA EN EL MES
DE SEPTIEMBRE 2019**

Todos los derechos reservados.

Está legalmente protegido por los derechos de la propiedad intelectual.

Se prohíbe la copia, reproducción, traducción, grabación, radiodifusión, transmisión, exhibición o reproducción en público o por cualquier otro medio, descarga, almacenamiento (en cualquier soporte), así como la adaptación o alteración del contenido de este libro bajo cualquier concepto o fin, sin la correspondiente autorización previa y por escrito del autor.

Descripción de una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha

“GRIPE PROLONGADA”

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

“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.

ESTE LIBRO ESTÁ DEDICADO

- A las miles de personas fallecidas por esta enfermedad.
- A las miles de personas enfermas que año tras año siguen padeciendo esta enfermedad.
- A defender la vida.
- Para que no se enfermen o mueran otras personas, nunca más.
- Para prevenir futuras epidemias y pandemias con nuevas mutaciones.

Diciembre 2007

PRÓLOGO

La razón fundamental de la publicación de este libro es dar a conocer una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha, la cual no está informada en la literatura médica mundial.

En este libro se realiza una descripción de esta enfermedad desconocida, para que pueda ser conocida y reconocida, por los médicos, para así llegar a su diagnóstico y realizar el tratamiento indicado, a fin de curar, mejorar, prevenir o disminuir complicaciones y salvar la vida a millones de personas. Así también para que la conozcan todo el sistema de salud y otras personas interesadas en esta enfermedad.

Esta es una nueva enfermedad viral prolongada, que afecta principalmente al sistema respiratorio, otros órganos y sistemas.

Se llama "Gripe Prolongada", porque es igual a la gripe pero con mayor intensidad en su afección y con mayor tiempo de duración, hasta 30, 60, 90 días o más y con recaídas.

La "Gripe Prolongada" fue descrita en el año 1998 y su mutación, a la que se llama "Gripe Prolongada por Mutación", en el año 2000.

Esta "Gripe Prolongada por Mutación" ha ocasionado un aumento del número de casos produciendo la aparición de una epidemia en los años 2004 y 2005 permaneciendo así hasta el 2013 y continúa, desplazando a la gripe común, hasta este año 2020.

Esta enfermedad se produce por la acción del virus de la vacuna antigripal en el 30% o más de las personas vacunadas. A los pocos días de la vacunación se produce la "Gripe Prolongada", que dura mucho tiempo, con complicaciones y que puede ocasionar la muerte, además de producir contagio (poco). También su mutación, producida por la combinación con el virus de gripe común, produjo un nuevo virus mutado y más contagioso con una nueva presentación clínica, llamada "Gripe Prolongada por Mutación".

Por su mayor efecto contagioso a desplazado y superado a la gripe común, estando ya instalada en la comunidad.

Esto es muy grave, ya que estamos padeciendo hace varios años una epidemia que puede llegar a ocasionar una pandemia, instalándose definitivamente el virus en el mundo.

Se va a producir una nueva mutación con el virus de la "Gripe aviar", aumentando el contagio y la duración de este, generando un aumento tanto en su efecto patógeno como en la mortalidad, la que del 50% va a pasar al 80% o 90%, produciendo nuevas epidemias y pandemia con millones de muertos y con la instalación definitiva en el mundo de un nuevo virus de "Gripe aviar" más patógeno y letal, con las consecuencias de todo tipo que va a ocasionar, como ser pérdidas económicas, sociales, políticas, geográficas, estratégicas y otras imposibles todavía de definir.

Por eso, este libro está dedicado a salvaguardar la vida por sobre todo.

Se vuelve a poner en conocimiento para seguir alertando a las autoridades nacionales y mundiales sobre esta enfermedad, con su mutación ya instalada, para que se tomen las medidas sanitarias y otras en forma urgente a fin de detener y solucionar esta epidemia.

También otras mutaciones se van a producir con el virus de "Gripe aviar", "Porcino", tipo A, tipo B, tipo C, y otros virus conocidos y desconocidos.

Ocasionando epidemias y pandemias, con millones de muertos.

Esta alerta mundial es para que no se produzca una nueva mutación con el virus de la "Gripe aviar" y evitar esto de suma gravedad.

En este libro la descripción médica de esta enfermedad está basada fundamentalmente por la clínica médica y la epidemiología.

Esta descripción clínica es importante, completa, amplia y detallada y se basa fundamentalmente en el **interrogatorio**, lo cual requiere del **tiempo necesario** o de **un mayor tiempo del interrogatorio al paciente o familiar**, logrando así un **95% de exactitud en el diagnóstico**.

Esto va relacionado también con otros casos iguales o similares en el mismo tiempo, el mismo año u otros años, esto es importante por la relación epidemiológica.

También el examen físico y los métodos complementarios ayudan al diagnóstico.

Esta descripción consta de siete partes:

La PARTE I es la principal. En ella se desarrolla la enfermedad "Gripe Prolongada" con toda su explicación clínica de diagnóstico y tratamiento; luego sigue la descripción de la "Gripe Prolongada por Mutación", también con su explicación correspondiente.

La PARTE II incluye otras enfermedades tratadas con el antivírico Oseltamivir y otras factibles de igual tratamiento. Esto es importante ya que hay otras enfermedades que pueden tratarse eficazmente y no es conocido el tratamiento en la literatura médica mundial.

La PARTE III trata sobre los testimonios más frecuentes de personas afectadas por la vacuna antigripal, que presentaron la enfermedad "Gripe Prolongada", en 2.000 casos durante los últimos 20 años.

La PARTE IV son las observaciones de tipo médico que se encontraron en las personas afectadas por la "Gripe Prolongada" y la vacuna antigripal, datos que desde el punto de vista médico descriptivo son muy importantes.

La PARTE V es la presentación de dos casos clínicos de enfermos tratados con el antivírico Oseltamivir con muy buenos resultados, como ser la meningococcal viral por gripe común tipo "B" y neumonía viral primaria por gripe común.

La PARTE VI presenta los casos clínicos de "Gripe Prolongada", de once pacientes afectados. Los casos son, sin complicaciones, con complicaciones y fallecimiento para tener una mayor descripción de las diferentes presentaciones clínicas y gravedad de la enfermedad.

La PARTE VII presenta los casos clínicos de "Gripe Prolongada por Mutación", de cinco pacientes afectados, también con complicaciones, diferentes presentaciones clínicas y gravedad de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación médica descriptiva, dada la gravedad e importancia acuciante del tema, ha sido escrita en tiempo límite, pero el trabajo en campo y de laboratorio lleva ya 20 años de investigación profunda e ininterrumpida, con más de 2.000 entrevistas realizadas a personas vacunadas con la antigripal, de las cuales 1500 se enfermaron por dicha vacuna. Lo presento ya por cuanto no se puede demorar más la información de una "NUEVA ENFERMEDAD DESCONOCIDA HASTA LA FECHA" que es la "Gripe Prolongada" y con mutaciones, que es la "Gripe Prolongada por Mutación" y así poner en conocimiento a los médicos para su diagnóstico y su tratamiento a fin de salvar a millones de personas.

Así también seguir insistiendo ante las diferentes autoridades Provinciales, Nacionales e Internacionales para que se investigue y se eviten Epidemias y Pandemias con millones de enfermos, muertos y con la instalación definitiva de un NUEVO VIRUS DE GRIPE Y UN NUEVO VIRUS DE GRIPE MUTADO en el mundo, con sus consecuencias permanentes y con las derivaciones que esto nuevamente va a mutar con otro tipo de virus de gripe, como ser el Aviar u otros, que va a generar otro virus mutado con "mayor efecto letal o patógeno y contagioso", produciendo Epidemias y Pandemias con millones de enfermos y muertos, además con graves perjuicios económicos, sociales, culturales, geográficos, políticos, estratégicos y otros aún imposibles de definir.

SOLICITUD

Solicito a Médicos, Profesionales Sanitarios, Autoridades Sanitarias, Autoridades Provinciales, Nacionales, Internacionales, Instituciones Estatales o Privadas, Provinciales, Nacionales, Internacionales o cualquier persona o personas que puedan colaborar a fin de aclarar, mejorar y seguir esta investigación y tratar de evitar esta situación de suma gravedad.

Esta solicitud es debida a mi escaso margen de posibilidad en esta investigación, por motivos económicos, de tiempo y presiones, amenazas y persecuciones de todo tipo, para ocultar esta enfermedad.

A continuación paso a describir mi investigación en su grado de avance, consecuencias y connotaciones finales.

FACTURACIÓN ANUAL MUNDIAL

FACTURACIÓN ANUAL ESTIMADA DE LA VACUNA ANTIGRIPAL

20.000 millones de DOLARES
por venta de Vacunas

+

10.000 millones de DOLARES
en fármacos por Gripe Prolongada
(POR VACUNA)

TOTAL

30.000 millones de DOLARES
Gripe Prolongada
(Gripe contraída por vacuna)

FACTURACIÓN ANUAL ESTIMADA EN FÁRMACOS DE LA GRIPES PROLONGADA EPIDÉMICA, PANDÉMICA Y ENDÉMICA (SIN VACUNA)

a partir del año 2006

100.000 millones de DOLARES y en ascenso

Facturación Anual año 2006 = 100.000 millones de Dólares

Facturación Anual año 2013 = 140.000 millones de Dólares

Facturación Anual año 2014 = 200.000 millones de Dólares o más

Facturación Anual año 2015 = 250.000 millones de Dólares o más

Facturación Anual año 2016 = 300.000 millones de Dólares o más

Facturación Anual año 2017 = 350.000 millones de Dólares o más

Facturación Anual año 2018 = 400.000 millones de Dólares o más

Facturación Anual año 2019 = 450.000 millones de Dólares o más

EL INTERROGATORIO ES MUY IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTAS ENFERMEDADES

En este libro la Descripción Médica de esta enfermedad está basada fundamentalmente por la Clínica Médica y la Epidemiología.

Esta Descripción Clínica es importante, completa, amplia y detallada y se basa fundamentalmente en el **interrogatorio**, lo cual requiere del **tiempo necesario** o de **un mayor tiempo del interrogatorio al paciente o familiar**, logrando así un **95% de exactitud en el diagnóstico**.

Además, la **Insistencia** del Interrogatorio, debe seguirse durante el segundo, tercer o más días al paciente o familiares, para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.

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 (vascularitis). (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- <u>Cuadro depresivo</u> : debido a enfermedad médica. <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza. • Angustia. • Llanto. • Desinterés. • Alteración del sueño. | |
| | 2- <u>Ansiedad</u> : reactiva ante la situación de incertidumbre provocada por una enfermedad que amenaza la vida y a la que no se encuentra explicación. <ul style="list-style-type: none"> • 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 (cardíaco, 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, Aterosclerosis (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.

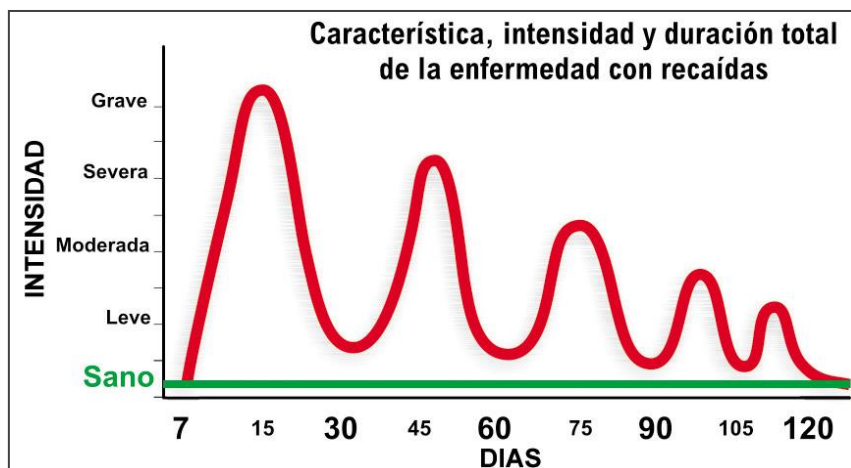
1- Leve: es cuando no hay riesgo de vida y la clínica es con manifestaciones controlables.

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).

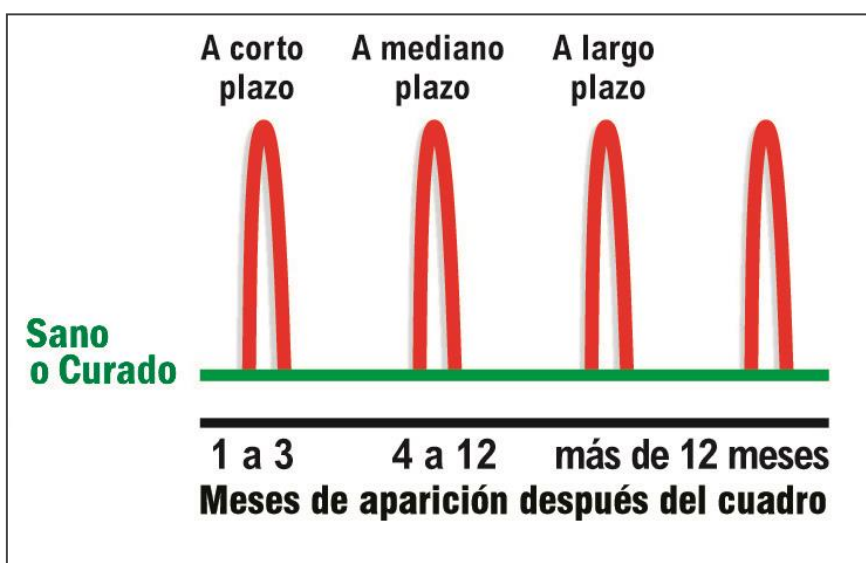
Este efecto puede aparecer en cualquier época del año, pero preferentemente en otoño, invierno y primavera (con el frío).

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

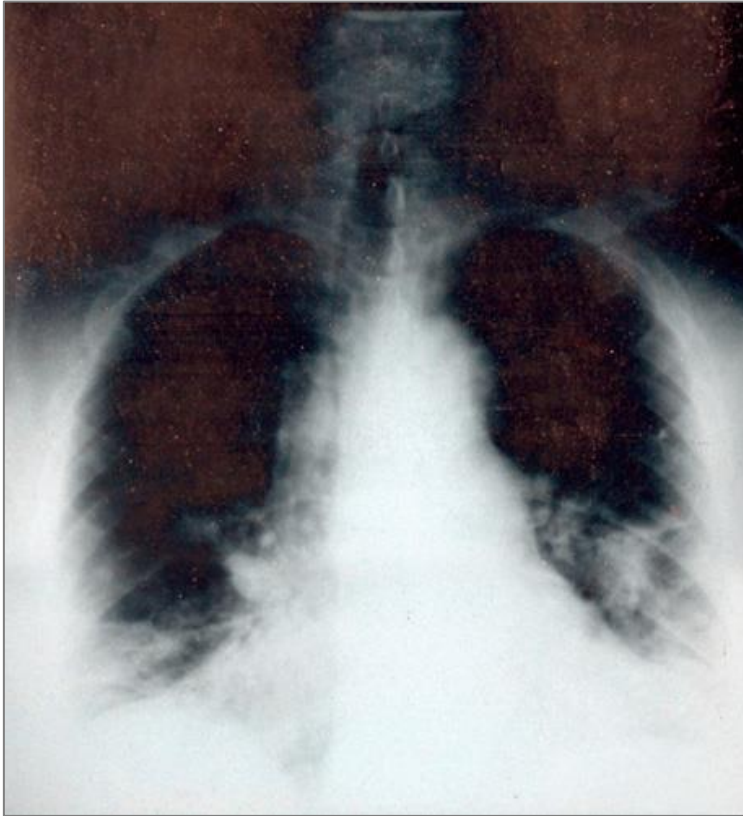
Gripe Prolongada y efecto retardado a mediano plazo complicada con Neumonía bilateral vírica primaria.

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
- 1. Coronarias
 - 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
- 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) Expectorcación 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 reagudizaciones 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 descriptas.

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.

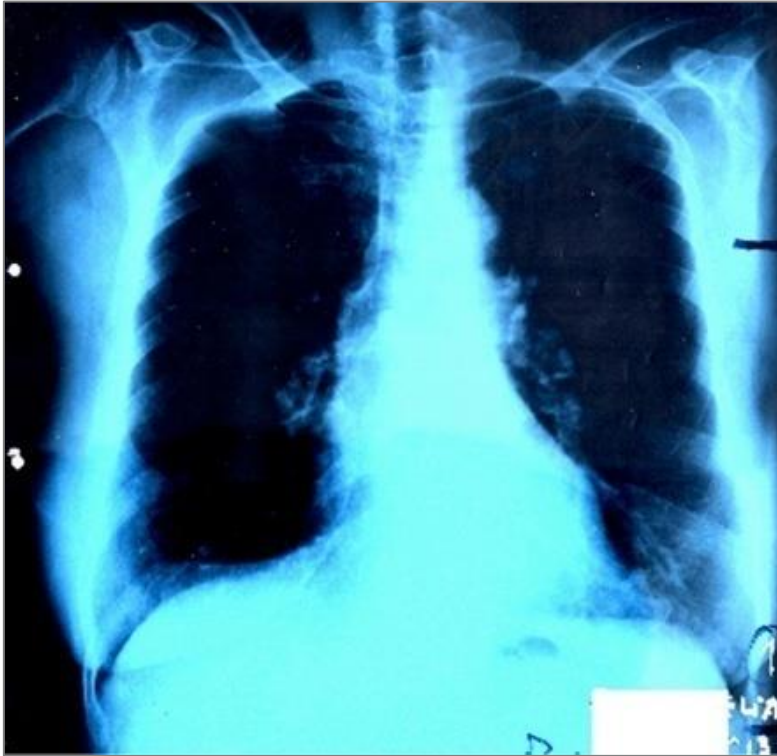


NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar bilateral en ambas bases y parte de campos medios. Trazo fibrótico secuelar en tercio superior de hemitórax izquierdo. Cánula (doble luz) en vena subclavia izquierda. (octubre 2006)

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

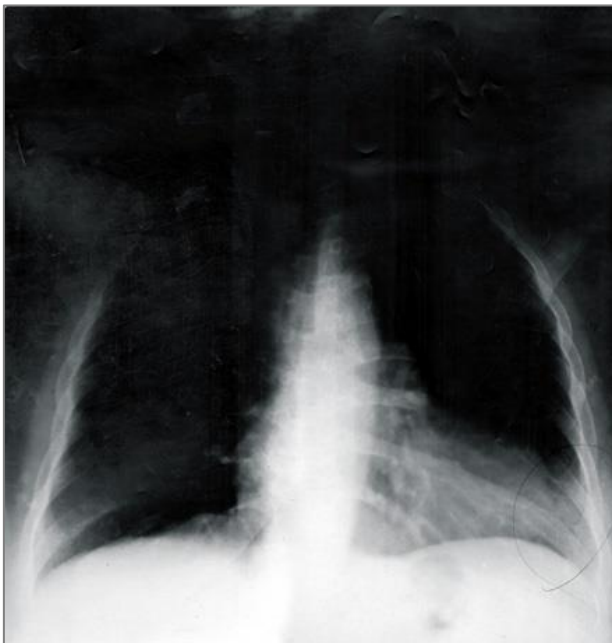
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica.



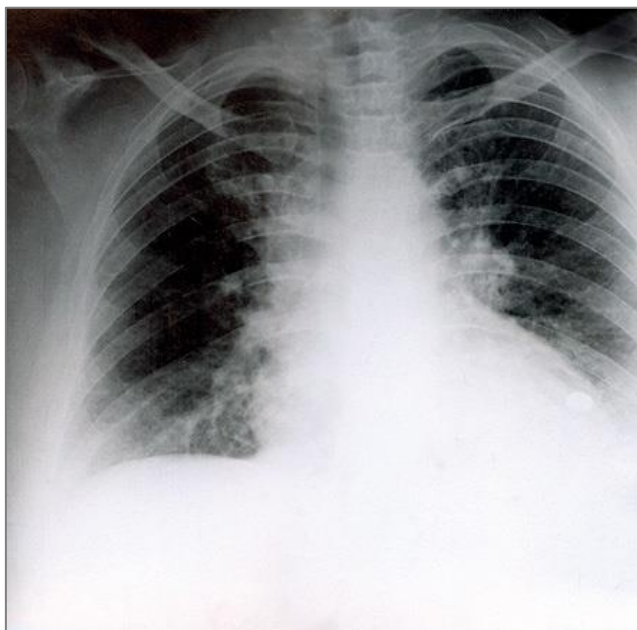
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor afectación del lado izquierdo y congestión hiliar. (Julio de 2006)
Paciente de sexo femenino de 61 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada en abril de 2006, con clínica de Infarto Agudo de Miocardio en el 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) Espujo: 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.

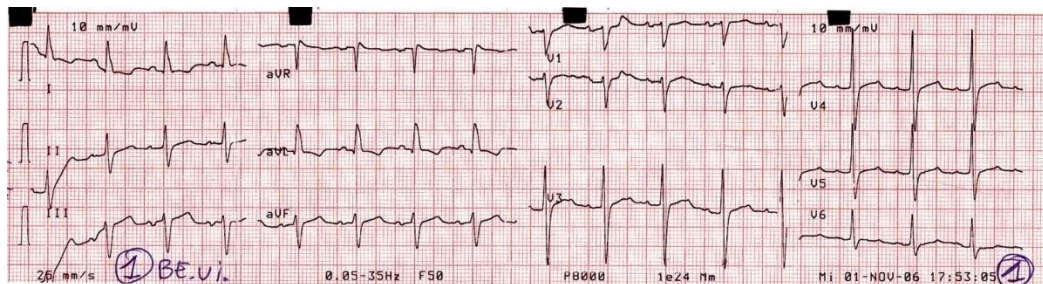
1- Infarto Agudo de Miocardio.

CASO 1 DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

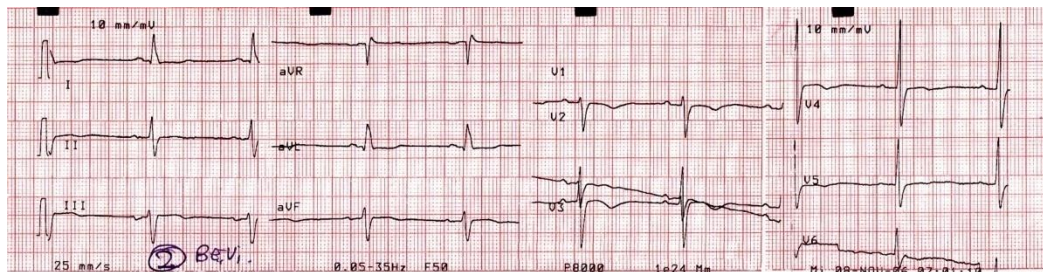
Gripe Prolongada complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Infarto Agudo de Miocardio

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.

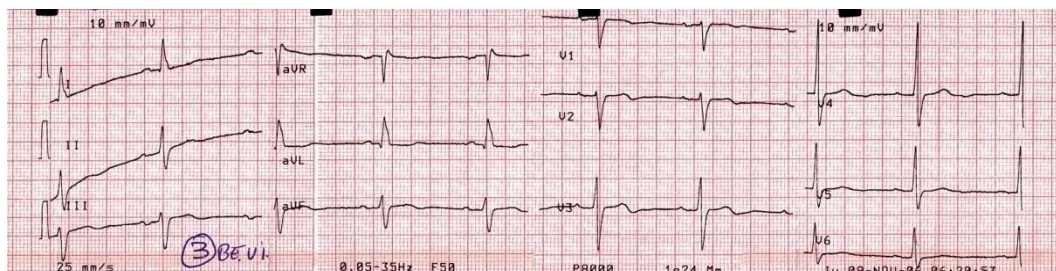
Se presentan cuatro electrocardiogramas sucesivos de la evolución.



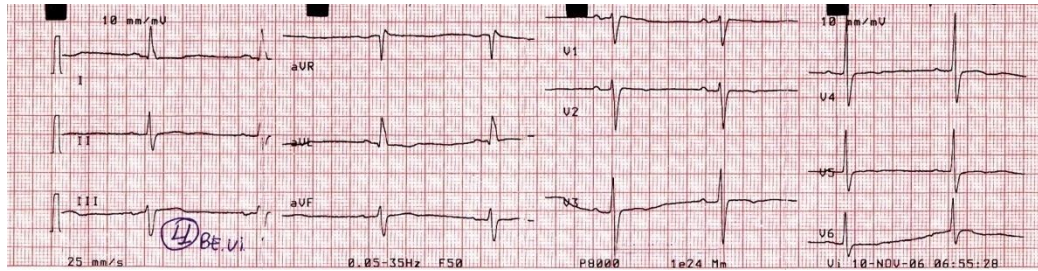
ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese en derivaciones V₁-V₂-V₃-V₄ - V₅ - V₆ alteración en la repolarización y también en D_I y AVL (paciente no mapeado). (Fecha 01/11/06)



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)

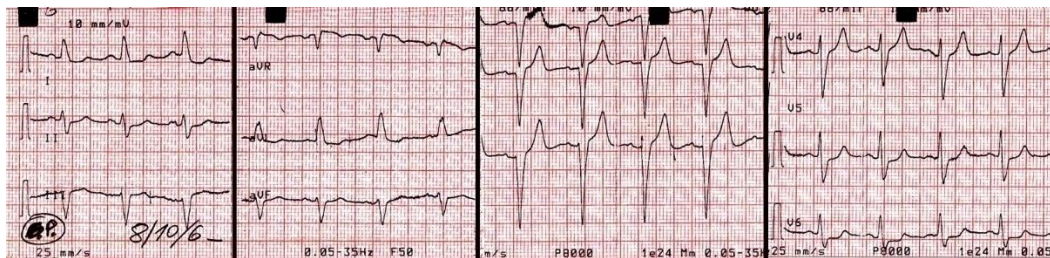
CASO 2 DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

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

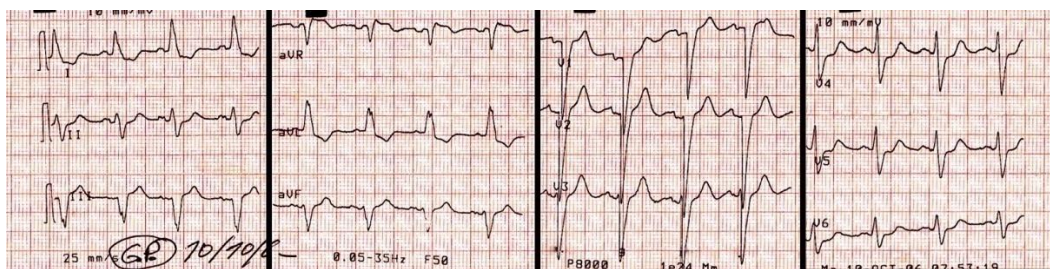
Paciente de sexo femenino cursando clínicamente un Infarto Agudo de Miocardio en evolución de cara anteroseptal. Electrocardiograma registrado el día 08/10/06 donde se observa el I.A.M. en evolución con sobrecarga de ventrículo izquierdo (Ver electrocardiograma 1).

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 reinfarcto 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 DI 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 V_1 a V_4 e isquemia de cara lateral V_5 - V_6 (Ver electrocardiograma 1, 1.1 y 1.2).



ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese QS con supradesnivel en V_1 - V_2 - V_3 - V_4 e infra-desnivel ST V_5 - V_6 . (Año 2005)



ELECTROCARDIOGRAMA 1.1:

Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V_1 - V_2 - V_3 .



ELECTROCARDIOGRAMA 1.2:

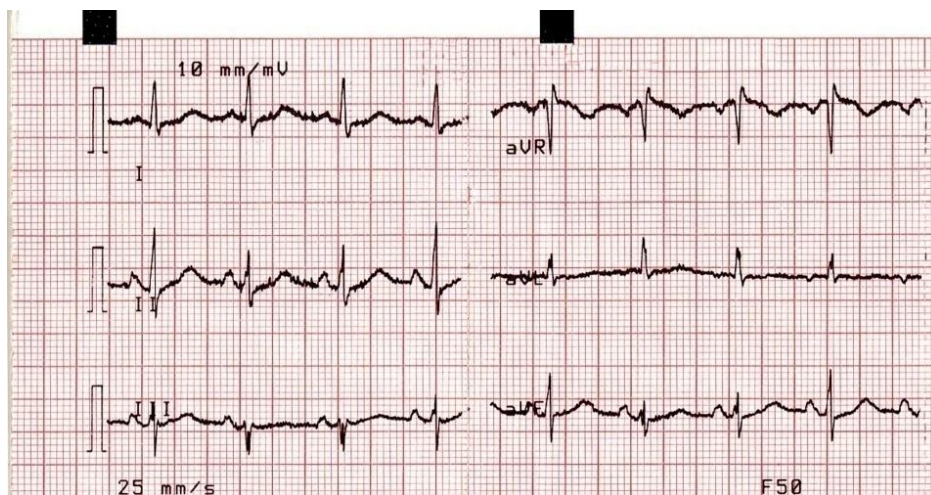
Imagen ampliada del QS y supradesnivel en V₄ y el infradesnivel del ST de V₅-V₆.

CASO 4 DE SECUELA ANTEROSEPTAL

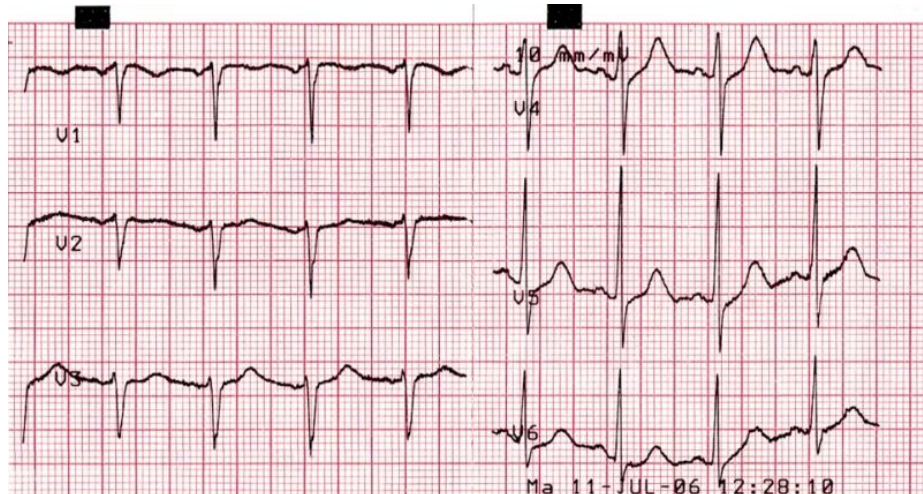
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica primaria

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., Amilaseamia, 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 antivíricos, 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: cardíacas (angina de pecho inestable, alteraciones agudas en el sistema de conducción cardíaca, 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 descripta 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 cardiacos, 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 descritas 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)

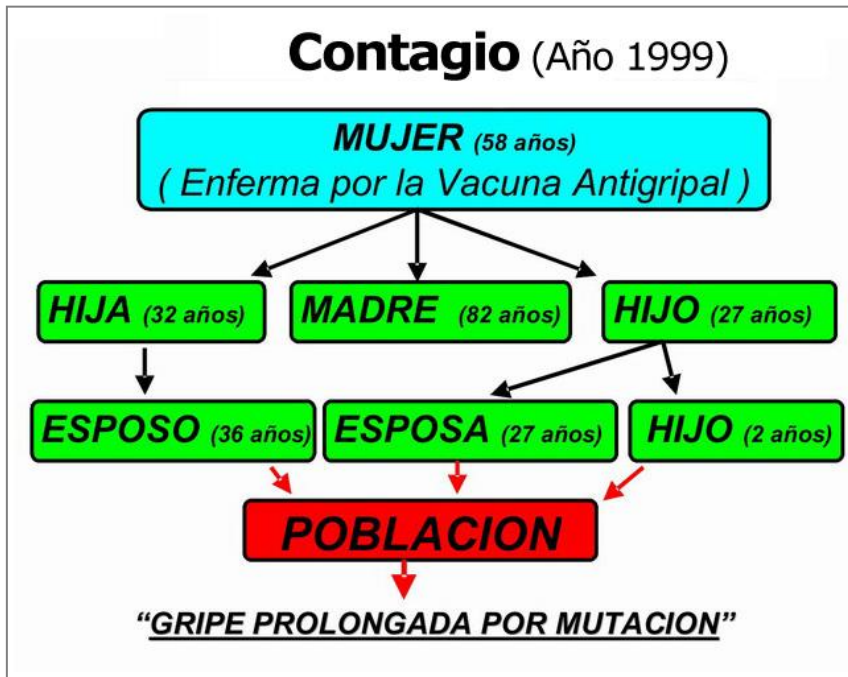


Diagrama de contagio (año 1999)

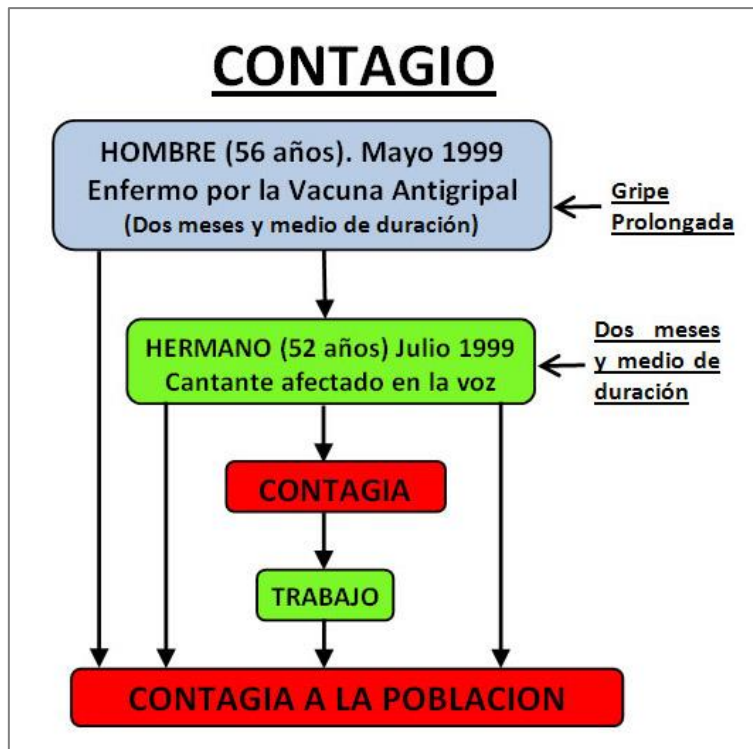


Diagrama de contagio (año 2000)

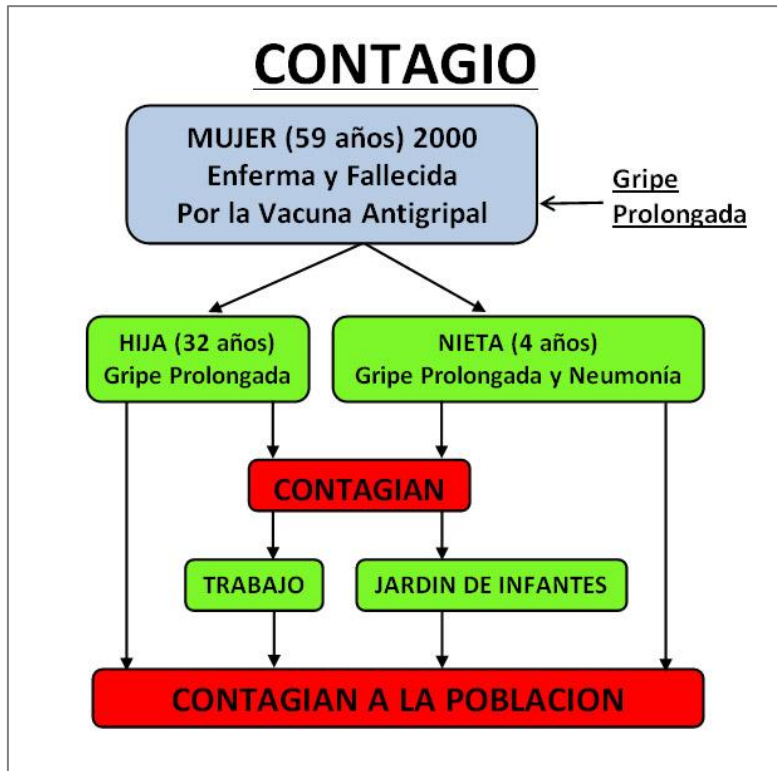


Diagrama de contagio (año 2010)

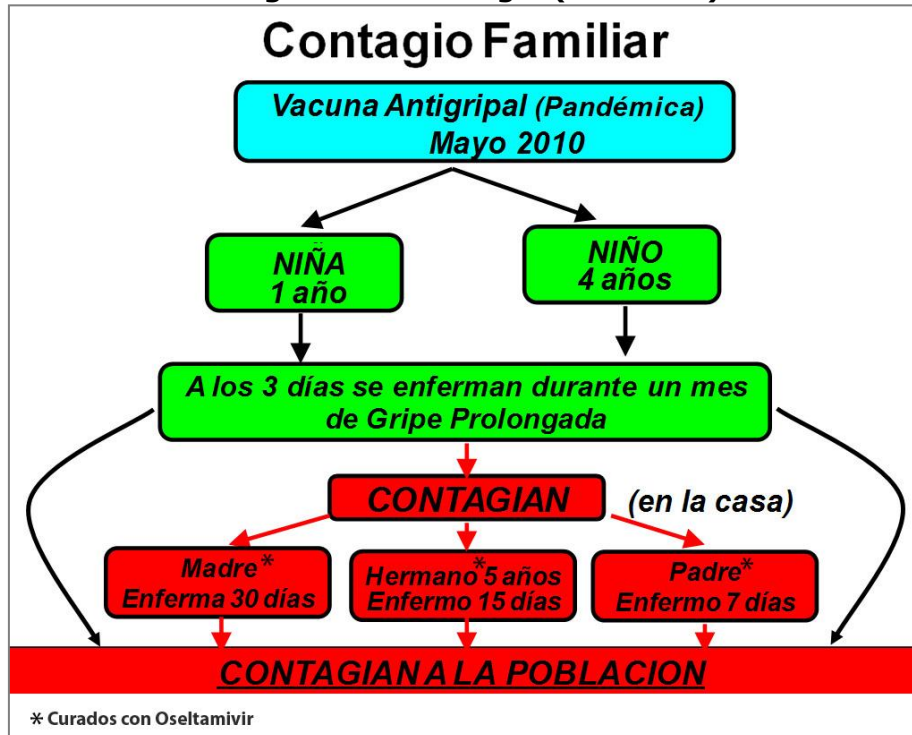


Diagrama de contagio (año 2012)

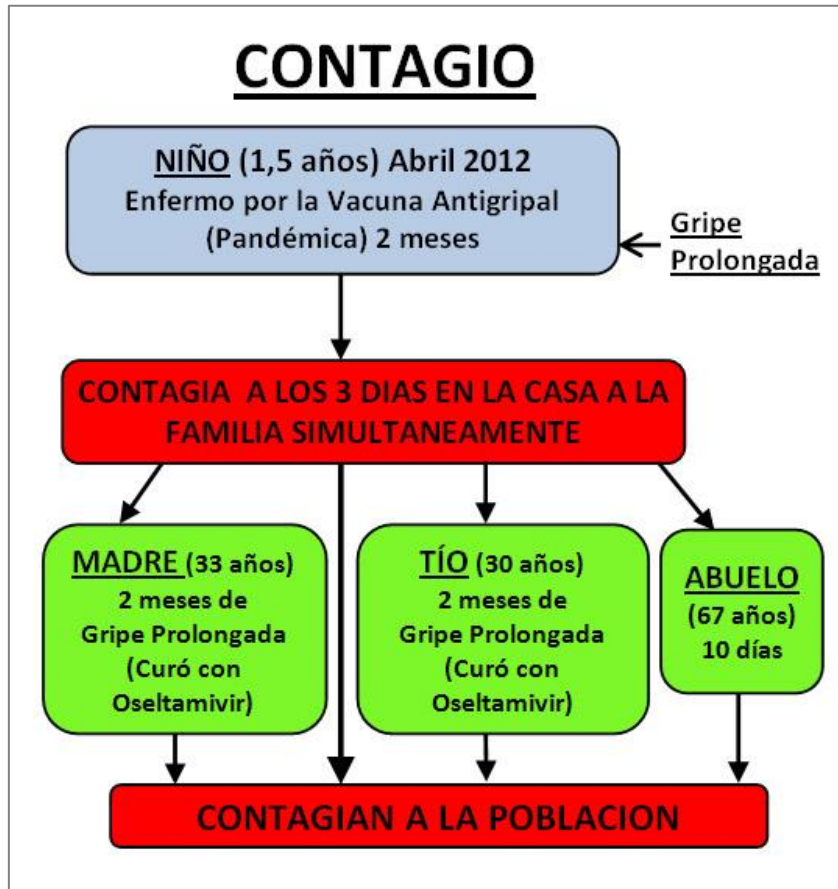


Diagrama de contagio (año 2012)



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 puérperas.

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.

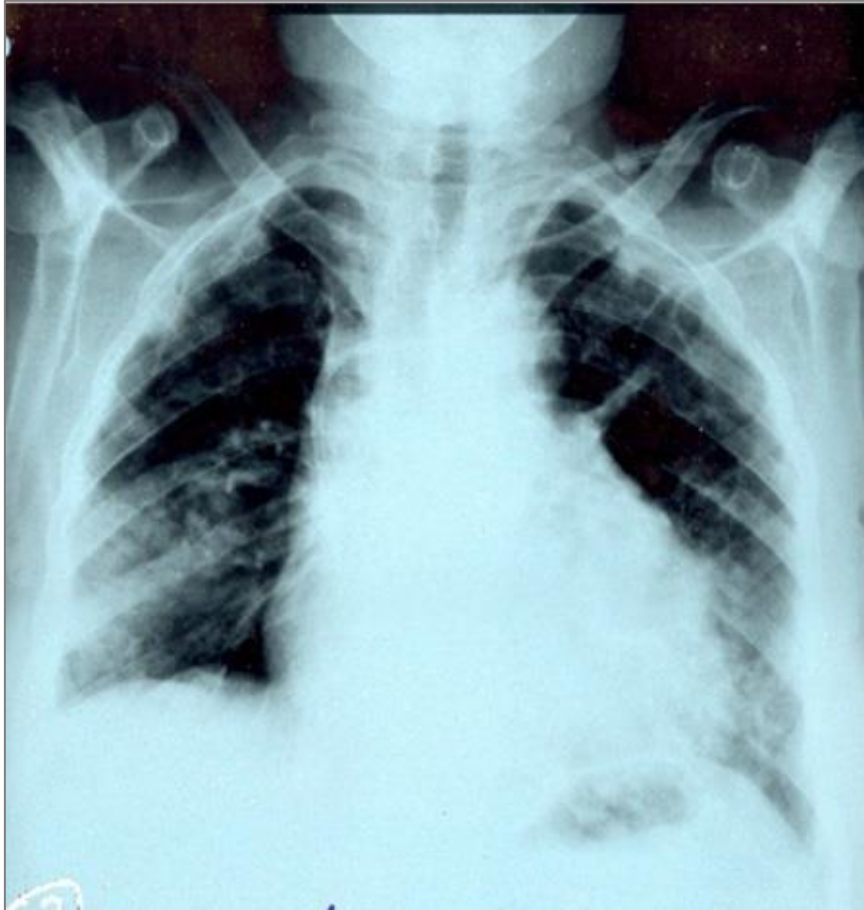


Fig. 1

NEUMONÍA 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.

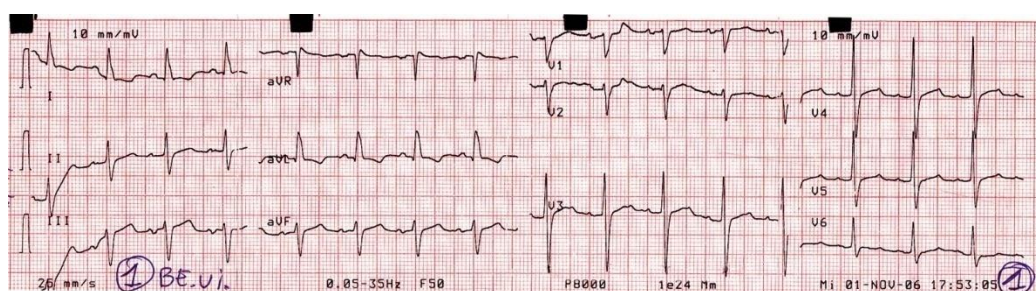
Los familiares piden el alta voluntaria y es medicada con Oseltamivir una cápsula cada 12 hs. el primer día y luego una cápsula por 9 días más, mejo-

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.

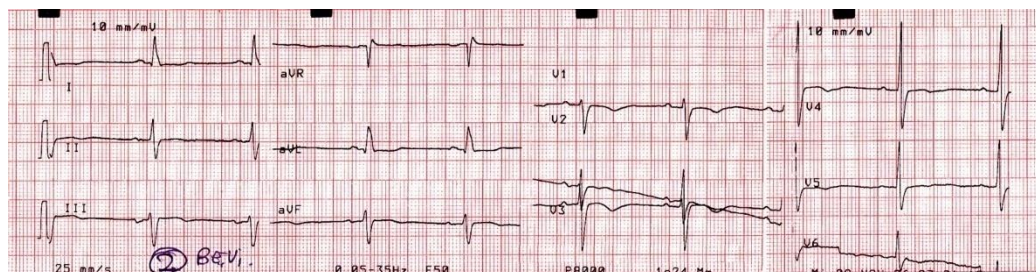
Luego de 2 meses y medio de permanecer estable, presenta una sepsis por staphylococcus aureus por cánula de diálisis y fallece en pocos días (fístula arterio-venosa presente sin uso).

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

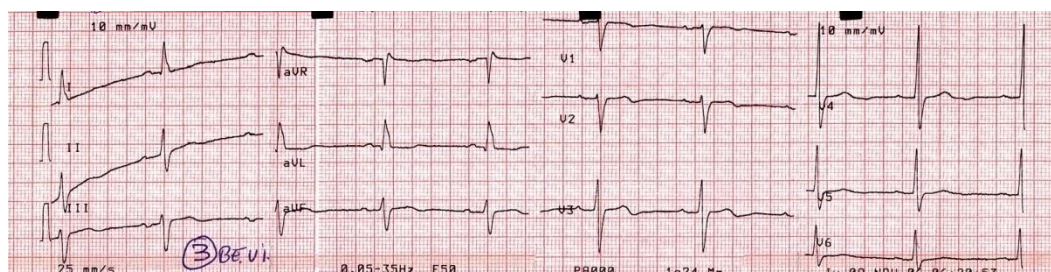
La misma paciente de caso clínico N°1 y Fig.1, que durante la internación por la Neumonía bilateral vírica presenta un Infarto Agudo de Miocardio y Angor post-I.A.M. Se presentan cuatro electrocardiogramas sucesivos de la evolución.



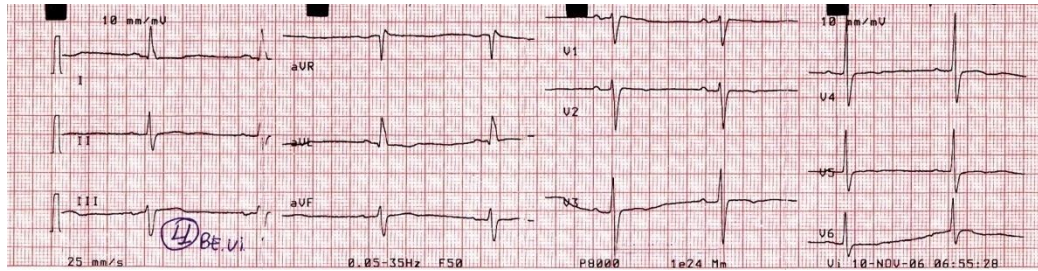
ELECTROCARDIOGRAMA 1: Obsérvese en derivaciones V₁-V₂-V₃-V₄ - V₅ - V₆ alteración en la repolarización y también en D_I y AVL (paciente no mapeado). (Fecha 01/11/06)



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.

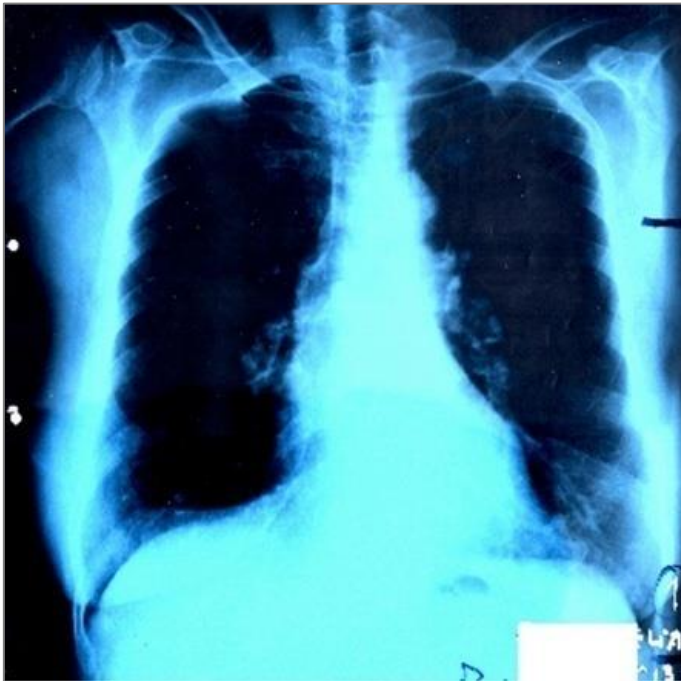


Fig. 2

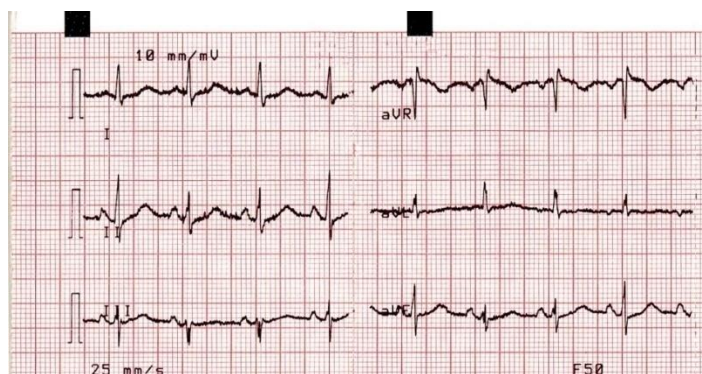
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor afectación del lado izquierdo y congestión hiliar. (Julio de 2006)

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)

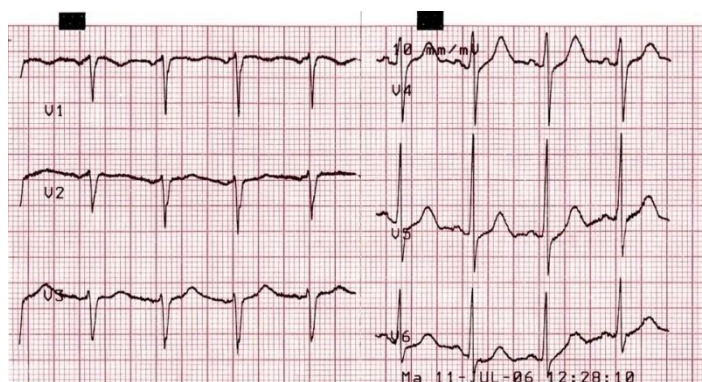
Gripe Prolongada complicada con Infarto Agudo de Miocardio y posteriormente con Neumonía bilateral vírica primaria

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)

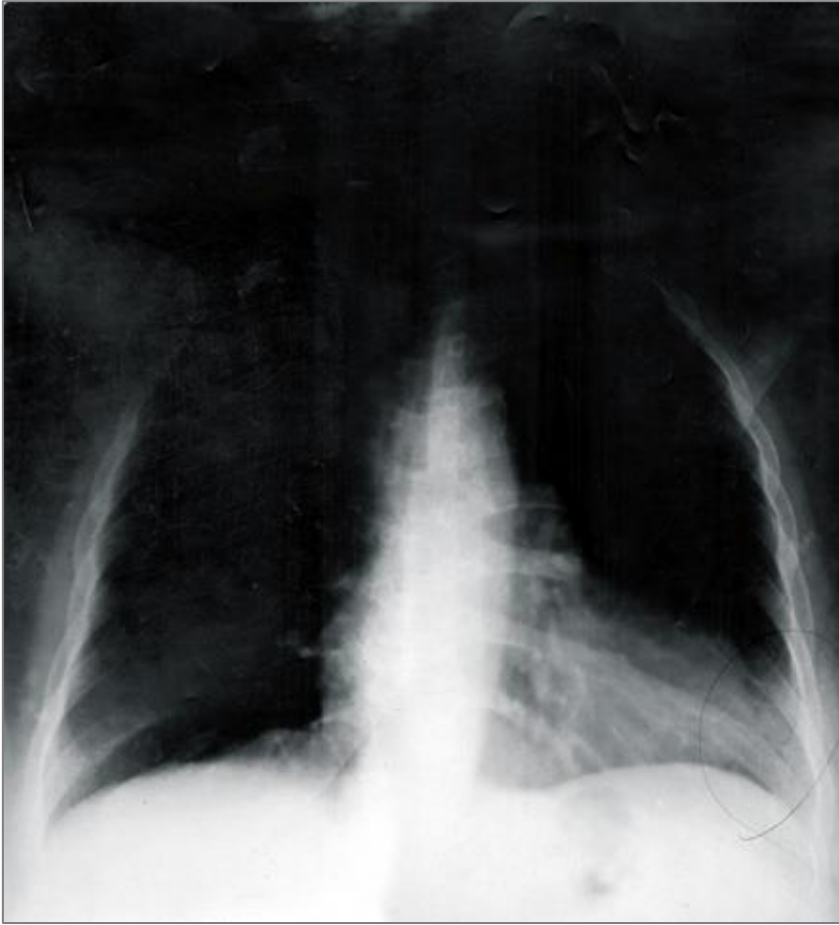


Fig. 3
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases pulmonares con franco predominio izquierdo. (Fecha de internación 05/10/06)

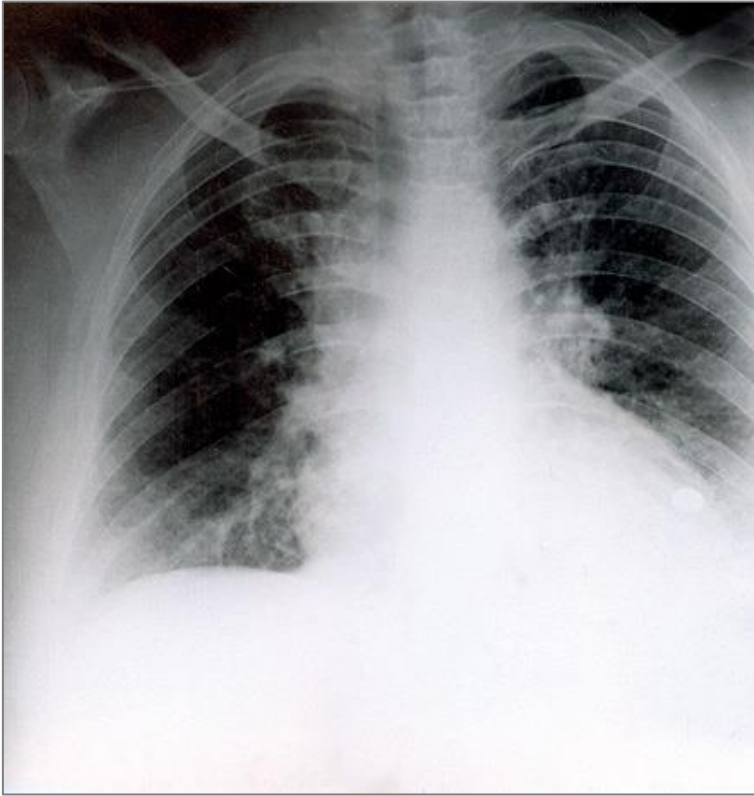
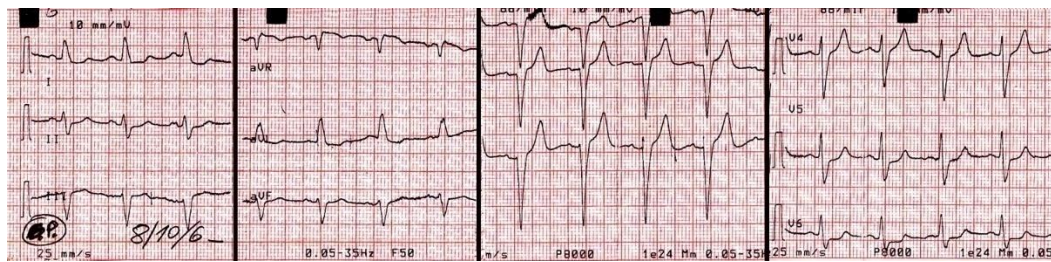


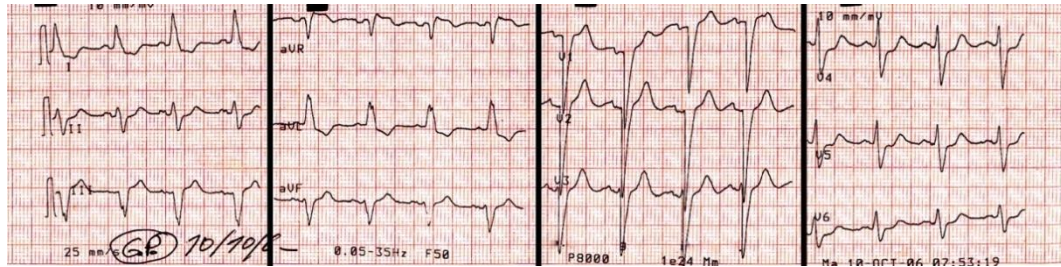
Fig.4
NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Mayor infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases. Aumento de la trama broncovascular hilar. Agravándose el cuadro. (Fecha 07/10/06)

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 (V_4) y mayor sobrecarga de ventrículo izquierdo (D_1 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 reinfarto agudo de miocardio. No recibió tratamiento con Oseltamivir.



ELECTROCARDIOGRAMA 6: Obsérvese QS con supradesnivel del ST en V_1 - V_2 - V_3 , (el QS presenta una r incipiente en V_3) 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 N° 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

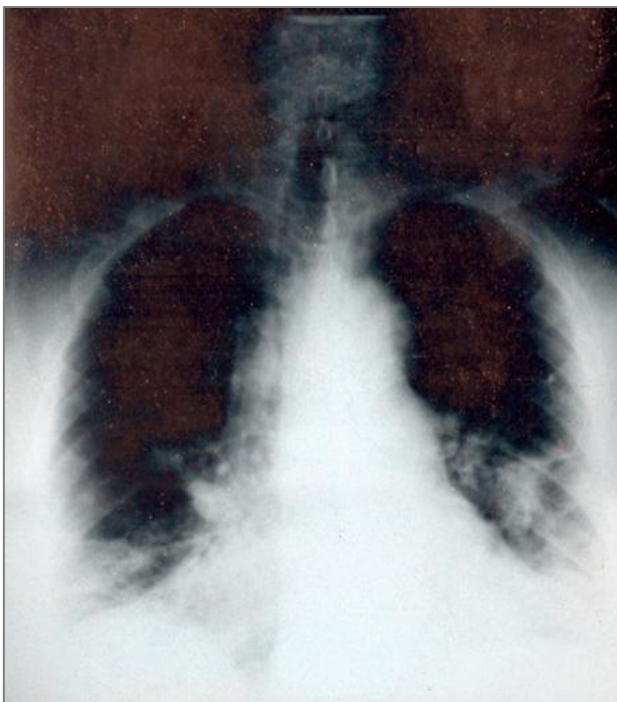


Fig.5 - NEUMONIA BILATERAL VIRICA: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en ambas bases con mayor predominio izquierdo. (Julio 2006)

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 descripta "Gripe Prolongada".

Este cuadro descripto 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 descripto 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.

PARTE I

2. "Gripe Prolongada por Mutación" "La Nueva Epidemia"

Es una nueva forma de Gripe más prolongada que la común que afecta al sistema respiratorio, otros órganos y sistemas. Dura más de 7 días llegando hasta 1, 2, 3 o más meses de duración, incluso varios años. Presenta muchas recaídas y complicaciones pulmonares, neumonías víricas y otras. Es una Nueva Epidemia, Pandemia con Endemia progresiva ya instalada desde el año 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 y continúa en aumento en Argentina, América y el mundo. Es producida por la mutación del virus de Gripe común con el virus de Gripe Prolongada. Dando como resultado una nueva forma clínica de enfermedad de Gripe Prolongada.

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

GRIPPE PROLONGADA POR MUTACIÓN **"Mutación de Virus de Gripe ya instalada"**

1. DEFINICION

Es una enfermedad infecciosa aguda, de etiología vírica y contagiosa que afecta al sistema respiratorio, a las vías respiratorias altas y bajas, prolongada de más de 7 días, varios meses y años, con varias reagudizaciones o recaídas posteriores. Pero de menor o igual duración que la Gripe Prolongada (generalmente) y con complicaciones como, sinusitis, neumonía, infarto agudo de miocardio, angina de pecho inestable, pericarditis y otras.

Afecta también fuera del sistema respiratorio a otros órganos, aparatos o sistemas.

Para una mejor explicación, esta es una "Gripe Prolongada por Mutación" de mayor duración que una Gripe común y de menor o igual duración a la "Gripe Prolongada" (generalmente).

(Es la enfermedad en personas no vacunadas con la vacuna antigripal, con un cuadro clínico de Gripe pero de mayor duración que una gripe común).

2. ETIOLOGIA

Se afirma que esta enfermedad está producida por un virus de "Gripe mutado".

Este virus de Gripe es una nueva mutación que aparece como consecuencia de la unión del virus de Gripe común con el virus de Gripe Prolongada. Dando como resultado un nuevo virus de gripe, generando una nueva manifestación clínica llamada "Gripe Prolongada por Mutación".

3. CUADRO CLINICO Y DIAGNOSTICO CLINICO

Los síntomas y signos son iguales a la "Gripe Prolongada" (por la vacuna Antigripal) pero con menor intensidad en la presentación de la enfermedad y de menor o igual duración, pero sigue siendo prolongada.

Todo el diagnóstico es igual a lo anteriormente expuesto de "Gripe Prolongada".

En los métodos complementarios se observó que en las plaquetas puede producirse un aumento fuera de lo normal trombocitosis, además de lo anteriormente expuesto, trombocitopenia.

Se ha observado la aparición en los niños de leucocitosis con linfocitosis, en evoluciones prolongadas de esta enfermedad, después del mes y hasta inclusive varios meses o años de duración de enfermedad.

Las complicaciones también son iguales a la "Gripe Prolongada".

Se ha observado Parotiditis unilateral y bilateral, como así también inflamación de glándulas salivales submaxilares como complicaciones, curando rápidamente con antivírico Oseltamivir.

Siempre se insiste en que esta enfermedad produce una gran inflamación de todo el Sistema Respiratorio, de otros órganos y sistemas del organismo con las mismas características de inflamación definidas anteriormente.

También la afección por otros mecanismos relatados anteriormente y otros todavía no conocidos del organismo.

Quedan otras manifestaciones clínicas y diagnósticas todavía no descriptas.

4. APARICION DE LA ENFERMEDAD

Se describe la observación clínicamente en el año 2000.

Año de descripción escrita 2004 y 2005 ante el Ministerio de Salud Pública de Misiones, Juzgado Federal de Posadas y posteriormente Fiscalía Federal de Posadas, Fiscalía Provincial de Posadas y Fiscalía Federal de Capital Federal (Buenos Aires). También ante la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de Naciones Unidas (ONU), Universidades de Medicina de la Argentina: 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.

La observación realizada en el año 2000 puede no ser el inicio, sino que puede datar de muchos años anteriores, sin haber sido descripta.

5. AUMENTO DE CASOS

En el año 2000 se observaba poca cantidad de casos, preferentemente en otoño, invierno y primavera. En 2004 y 2005 aumenta progresivamente la cantidad de casos observados en un 1.000 % (un mil) siguiendo en los años 2006 al 2013 y continuando con mayor incidencia Epidémica, Pandémica y Endémica desde el año 2013 al 2018. Hecho epidemiológico de suma gravedad.

Estamos viendo cada año y de forma progresiva un mayor número de casos de esta "Gripe Prolongada por Mutación". Superando ya a la Gripe común (observación clínica y epidemiológica).

Esto sería una mutación del virus de Gripe común que pasó a tener una duración más prolongada que la habitual, de 7 días se prolongó a 30, 60 días o más y con recaídas varias adquiriendo una mayor duración. Pero al igualar o superar a los casos de Gripe común en forma progresiva con los años está demostrando que ya está instalada y que también hubo una mutación de mayor contagio, lo que explica el mayor número de los casos que la Gripe común.

Esta mutación que clínica y epidemiológicamente observamos presenta tres características.

Como consecuencia de la unión del virus de la vacuna antigripal ("Gripe Prolongada") con el virus de Gripe común surge una mutación de virus, con características de mayor contagio, mayor duración y mayor intensidad en la presentación clínica (enfermedad) que la Gripe común y se llama "Gripe Prolongada por Mutación" (Ver Fig. 1, línea roja), que ha adquirido por su mutación tres características, 1) mayor contagio, 2) mayor duración con recaídas y 3) mayor intensidad de la enfermedad. (Ver figura 1)

Figura 1 – Gripe prolongada por mutación



6. MUTACION Y NUEVO VIRUS

Por lo descrito anteriormente se está afirmando la aparición de un nuevo virus de Gripe mutado con mayor contagio, duración e intensidad, también la mayor incidencia y progresión cada año. De seguir así pronto el virus de gripe común y su enfermedad, estarían siendo desplazadas por esta "Gripe Prolongada por Mutación", cambiando radicalmente la presentación de esta enfermedad clínica y su instalación epidemiológica.

Esta mutación es producida por pacientes enfermos por la vacuna antigripal con la enfermedad "Gripe Prolongada", quienes han contagiado a personas sanas no vacunadas reproduciendo la misma enfermedad "Gripe Prolongada" en su misma presentación clínica o en menor intensidad, estos a su vez siguieron contagiando a otras personas sanas no vacunadas y así sucesivamente con los años hasta que se presentó el paciente enfermo por este virus de la vacuna "Gripe Prolongada" contagiando a otro paciente afectado de "Gripe común" y en este último se produjo la mutación ("tubo de ensayo humano"), dando lugar a la "Gripe Prolongada por Mutación". (Ver Diagrama de Contagio y Mutación y Figura 2)

Diagrama de Contagio y Mutación. Año 1999

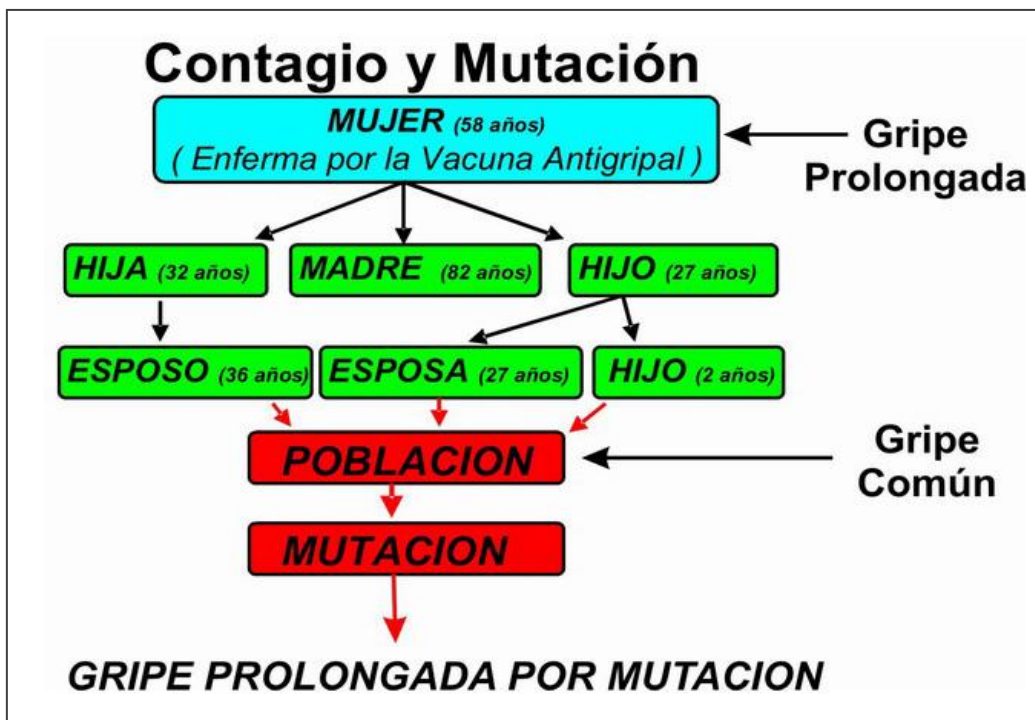
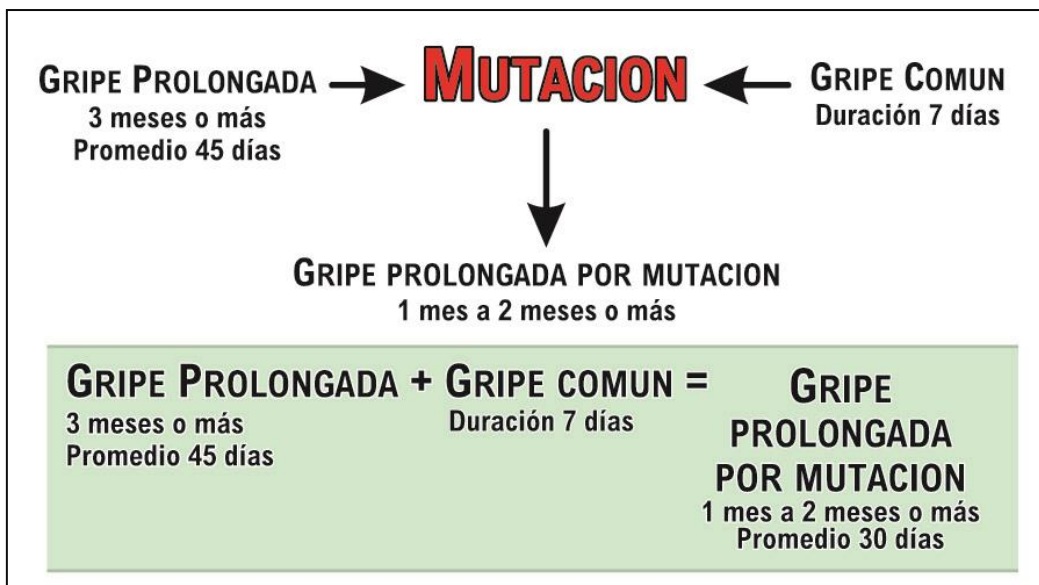


Figura 2 – Mutación



Todos los diagramas de contagios y mutación corresponden a casos reales de personas y familias que se enfermaron y contagiaron. También fueron comunicados todos los casos a autoridades de Salud Pública nacionales, internacionales y otros organismos de la Argentina y el exterior.

- Es conveniente para reconocer las diferencias de las tres enfermedades producidas por el virus de gripe, ver el siguiente cuadro comparativo.

Cuadro comparativo

| | Gripe Prolongada | Gripe Común o conocida | Gripe Prolongada por Mutación |
|---------------------------|--|--|---|
| Contagio | Poco contagiosa ↓ | Contagiosa (normalmente) → | Muy contagiosa a partir del año 2004 ↑ |
| Duración | Duración prolongada (3 meses promedio) | Duración normal (7 a 9 días máximo) | Duración prolongada (2 meses promedio) |
| Recaídas | Con recaídas varias | Casi sin recaídas | Con recaídas varias |
| Intensidad Clínica | Intensidad clínica, muy intensa generalmente | Intensidad clínica, leve, moderada o intensa | Intensidad clínica, moderada, intensa o muy intensa |

7. TRATAMIENTO

Aquí también el tratamiento principal es el antivírico Oseltamivir. Se ha observado clínicamente una mejora muy rápida con el Oseltamivir del 50 al 70% en 24 horas, del 70 al 80% en 48 horas y del 80 al 90% entre las 48 y las 72 horas, luego de administrado dicho fármaco. Se han tratado muchos pacientes con este fármaco con excelentes resultados, curando en pocos días (7 días). ([Ver caso de neumonía viral unilateral primaria](#)).

Son válidos todos los otros tratamientos anteriormente expuestos en la enfermedad "Gripe Prolongada". Evaluando el grado de inflamación y tratamiento con corticoides (dexametasona) u otro antiinflamatorio.

Siempre bajo la indicación y criterio médico de variar o modificar el tratamiento por el médico a cargo, si así lo considera conveniente.

También es importante una vez llegado al diagnóstico decidir y realizar el tratamiento en forma rápida sin demorar el mismo, 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. Estos efectos se observaron a partir de las 2 horas de administrado dicho fármaco, por lo que debe considerarse esto como una decisión médica y clínica para tratar a 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 asintomática, tos u otros y aquí también hay que indicar el tratamiento con Oseltamivir.

tamivir, con el cual han mejorado extraordinariamente, un 70% en 48hs. y un 90% a 100% en 5 o 10 días, curando totalmente.

Todo lo 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 de gripe y así curar al paciente como por ejemplo: Neumonías víricas, Pericarditis víricas, Angina de pecho, Infarto Agudo de 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 descritas 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 habría 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.

Comentario:

Todo lo anteriormente descrito sobre "Gripe Prolongada" generalmente tiene la misma validez en "Gripe Prolongada por Mutación" ya que ésta se origina de la misma.

CASO DE NEUMONIA VIRAL UNILATERAL PRIMARIA Gripe Prolongada por Mutación complicada con Neumonía viral primaria.

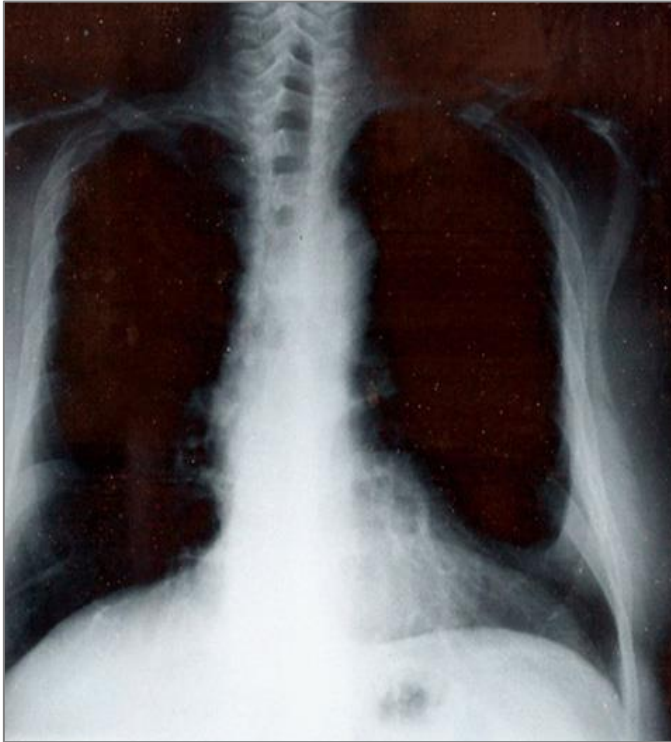


Fig. 1 NEUMONIA VIRAL UNILATERAL: Obsérvese infiltrado intersticio-alveolar en base izquierda y atelectasia laminar en base derecha. (Septiembre 2006)

Paciente de sexo masculino de 68 años, con diagnóstico de Gripe Prolongada por Mutación, de un mes de evolución. (Septiembre de 2006). Complicada con diagnóstico de Neumonía viral en base izquierda. Se trató con Osetamivir mejorando clínicamente un 70% en 24 horas en forma extraordinaria y un 90% en 7 días, completando el tratamiento por 15 días en total. La Fig.1 muestra primera radiografía de tórax -frente-, al inicio de la enfermedad.

8. OTRA VARIANTE DE MUTACION LLEGANDO AL MISMO RESULTADO

Esta mutación anteriormente expuesta puede ser de otro modo.

El virus de gripe común al combinarse con el virus de "Gripe Prolongada" produjo la mutación, generando una nueva variante de virus y una nueva manifestación clínica llamada "Gripe Prolongada por Mutación", llegando así al mismo resultado. *Ver Fig. 1 (línea azul).*

Instalándose en la población desplazando a la Gripe común y generando una epidemia y pandemia.

Por cuestiones de presentación no se explicará esta otra variante de mutación.

Figura 1 – Gripe Prolongada por mutación (otra variante de mutación)



9. EVOLUCION POSIBLE

Si se siguen produciendo mutaciones sucesivas con otros tipos de virus gripe, como ser el aviar (de alta patogenicidad) u otros, podría generarse un virus de gripe aún más letal.

Por ejemplo, podría el virus aviar mutar o combinarse con el virus de "Gripe Prolongada" o con el virus de "Gripe Prolongada por mutación" y resultar un virus aviar con mayor duración o más prolongado en su presentación clínica. Esto sería aún más grave ya que puede persistir más tiempo la enfermedad altamente patógena y así aumentar más la mortalidad, que en el ser humano del 50% pasaría fácilmente a ser del 80% o más.

También se puede producir una mutación de mayor contagio del virus de "Gripe Prolongada por mutación" al aviar y producir un mayor efecto contagioso en la población y en el mundo con mayor número de personas afectadas, ocasionando esto también una mayor mortalidad con las consecuencias gravísimas, epidemiológicas y con millones de muertos en el mundo.

Sabemos que el virus de gripe aviar es el que presenta mayor patogenicidad por su "gran intensidad clínica" que determina una mortalidad del 50%. Si a esto le agregamos las dos posibles mutaciones mencionadas 1) mayor duración (o prolongado) y con reagudizaciones o recaídas y 2) mayor contagio, su patogenicidad aumentaría aún más y resultaría con una mortalidad mayor al 50% llegando al 80% o más.

Así, tendríamos un virus de gripe aviar nunca visto antes que podría instalarse en mayor o menor grado en forma permanente en todo el mundo.

10. EPIDEMIA Y PANDEMIAS

Esto es gravísimo ya que de seguir progresando así, se van a producir Epidemias y Pandemias con mayor patogenicidad nunca vistas anteriormente de impredecibles consecuencias para la humanidad, con millones de enfermos y millones de muertos.

PARTE II

Otras enfermedades tratadas con antivírico Oseltamivir

Otras enfermedades tratadas con antivírico Oseltamivir con buenos resultados

- **Meningo Encefalitis vírica**, con clínica de gripe común por virus de gripe tipo "B" (detectado en epidemia).
- **Pericarditis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Neumonías víricas**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Liquen Rojo Plano**, con clínica de gripe prolongada.
- **Parotiditis**, con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Daño Renal Transitorio (Vascularitis)**, con clínica de gripe prolongada.

Otras enfermedades factibles de tratamiento con antivírico Oseltamivir

- **I.A.M.**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Angina de pecho**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Alteración del sistema de conducción cardiaca**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Miocarditis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Encefalitis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Meningo Encefalitis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Mononeuritis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.

- **Polineuritis vírica**, con clínica de gripe común o con clínica de gripe prolongada o con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Insuficiencia renal aguda**, con clínica de gripe prolongada y con clínica de gripe prolongada por mutación.
- **Eventualmente al comienzo de la insuficiencia renal crónica**, con clínica de gripe prolongada.
- **Otras enfermedades todavía no descritas.**

PARTE III

Testimonios más frecuentes de personas afectadas por la vacuna antigripal, sobre 2.000 casos entrevistados

Estos son los testimonios más frecuentes de las personas afectadas por la vacuna antigripal que presentaron la enfermedad "Gripe Prolongada" en la investigación médica, con entrevistas sobre 2.000 casos realizados en los últimos 20 años.

"Nunca padecí una enfermedad respiratoria tan prolongada, sentí gran preocupación por una enfermedad prolongada de tres meses. Quedé convencido de que la vacuna me enfermó y decidí no ponerme nunca más la vacuna antigripal".

"Nunca padecí antes un cuadro similar, estaba en plena salud en el momento de vacunarme. En la empresa la mayoría que se vacunó se enfermó. El comentario en la empresa fue gracias a que no me vacuné, así no me enfermé".

"No tuve nunca una gripe así en mi vida y quedé con mayor catarro de color amarillo que antes" (expectoración mucopurulenta).

"Jamás me resfrié de forma tan prolongada, una amiga se vacunó y le ocurrió lo mismo, mi amiga este año (1999) no se vacunó y no se enfermó. Llegué a la conclusión de no vacunarme más".

"Nunca en mi vida me enfermé así tan prolongado. Creo que la vacuna me enfermó, no me volvería a vacunar".

"No me quiero aplicar más la vacuna, porque la relaciono con la enfermedad que padecí, tengo otros parientes que se enfermaron de lo mismo luego de aplicarse la vacuna antigripal".

"Es la primera vez que me pongo la vacuna antigripal y nunca tuve una gripe tan fuerte y tan larga. Sospeché de la vacuna. Mis familiares me dijeron que la vacuna hace mal y me recriminaron porqué me la había puesto".

"Es la primera vez que me vacuno, nunca tuve una gripe así tan prolongada en mi vida, sospecho que fue la vacuna lo que me hizo mal".

"Lo que más padecí, con mucha intensidad fue tener la garganta seca y caliente".

"Es la primera vez que me vacuno, nunca me enfermé tan prolongado y no me volvería a poner la vacuna antigripal".

"Es la primera vez que me vacuné, nunca me enfermé tan prolongado y no me pondría más la vacuna antigripal, recomendé a otros familiares que no se vacunen; antes una gripe me duraba 2 días como máximo, ésta me duró 3 meses".

"Es la primera vez que me vacuné, nunca tuve una crisis de asma en abril, siempre en septiembre y me duraba como máximo 3 días. La crisis asmática de abril me duró 1 (un) mes, fue la más larga que tuve en mi vida, sospecho que la vacuna fue la causante, no me aplicaría más. Recomiendo a la gente que no se aplique la vacuna antigripal".

"Es la primera vez que vacuno a mi hijo de 3 años que estaba sano. Sospechamos que la vacuna antigripal lo enfermó. Tomamos la decisión de no vacunar más a nuestros hijos".

"Sospeché que fue la vacuna la que me enfermó apenas comencé con el cuadro de gripe, cuando me apliqué la vacuna me encontraba sana, ya en el año 1997 padecí la misma enfermedad cuando me apliqué la vacuna, casi nunca en mi vida me enfermé de una gripe tan fuerte. Mi familia también sospechó que fue la vacuna antigripal la que me provocó esta enfermedad".

"Casi nunca me enfermaba de gripe (no más de 3 días). Es la primera vez que me vacuné. Nunca me enfermé de una gripe que me durara tanto así. Estoy convencido que la causante de esto fue la vacuna. No me volvería a vacunar nunca más. También conocí otras personas que se enfermaron por causa de la vacuna".

"Sospecho que la vacuna antigripal me causó esta gripe tan fuerte y tan larga. No me volvería a vacunar nuevamente".

"Es la primera vez que me vacuno. Nunca tuve un cuadro que me durara tanto y con complicaciones hasta el día de hoy. No me volvería a vacunar con la antigripal nuevamente".

"Mi esposo se vacunó en el año 1999 y después se enfermó enseguida de

gripe, en el año 2000 se volvió a vacunar y se enfermó de nuevo de gripe igual que el año pasado, después se agravó más y murió. Yo también me vacuné junto con él (en los años 1999-2000) y también me enfermé de gripe igual que él pero no tan fuerte".

"Es la primera vez que me vacuné. Nunca antes tuve una enfermedad que durara tanto. Nunca tuve gripe en mi vida. estoy seguro que fue la vacuna lo que me enfermó. Decidí no vacunarme más con la vacuna antigripal. Junto con mi familia nos vacunamos todos el mismo día y nos enfermamos todos. Decidimos no vacunarnos más".

"Padecí durante 2 años seguidos (1999-2000) una gripe fuerte y muy larga, luego de aplicarme la vacuna antigripal. No me volvería aplicar la vacuna antigripal nunca más".

"Es la primera vez que me vacuné, cuando comencé con la gripe enseguida relacioné que la vacuna antigripal me había afectado. Decidí no vacunarme más".

"Casi nunca tuve gripe. Es la primera vez que me enfermé de algo que me durara tanto, siempre fui una persona sana, la vacuna fue lo que me enfermó. Decidí no ponerme más la vacuna".

"Nunca me enfermé de algo que durara tanto así, siempre fui una persona sana. Casi nunca tuve una gripe. Es el segundo año que me vacuno y tengo los mismos problemas respiratorios. Mi esposo se vacunó el mismo día y año (2000) que yo y tuvo los mismos problemas respiratorios y murió a los 20 días bruscamente. El médico me dijo que fue por una muerte súbita".

"Esta enfermedad fue muy larga y nunca antes la había tenido. Estoy convencida que la vacuna me enfermó. Tomé la decisión de no vacunarme más. Mi hermana que se vacunó también se enfermó".

"Durante 3 años me puse la vacuna antigripal y los 3 años me enfermé de una gripe que me duraba bastante tiempo. Sospecho que fue la vacuna lo que me enfermó. Me puse sin preguntar al médico".

"Es la primera vez que me vacuno. Nunca me enfermé tanto tiempo. Sospecho que la vacuna me enfermó. Decidí no vacunarme más con la vacuna antigripal".

"Siempre me aparece la gripe después de ponerme la vacuna antigripal. Nunca antes había tenido estas gripes tan largas. Mi hija y yo creemos que

esta gripe tiene que ver con la aplicación de la vacuna".

"Es la primera vez que me vacuno junto con mi familia. Sospecho que fue la vacuna la que me enfermó. Todos mis familiares que se vacunaron el mismo día y al mismo tiempo, se enfermaron todos juntos de la misma enfermedad (como 5 personas más). La persona de la familia que no se vacunó no se enfermó. Tomé la decisión de no vacunarme más".

"Casi nunca me engripaba, hace 5 años que me vacuno y siempre después de vacunarme me agarra una gripe fuerte que nunca había tenido antes".

"Es la segunda vez que me vacuno, la primera vez no me pasó nada, pero esta vez después de ponerme la vacuna tuve una gripe fuerte como nunca antes había tenido y no me curaba nunca".

"Me apliqué 2 años seguidos la vacuna antigripal y los dos años me enfermé de una gripe muy fuerte y prolongada".

"Me vacuné 4 años seguidos y los 4 años me enfermé siempre de una gripe muy fuerte y larga, nunca antes había tenido algo así. Decidí no ponerme más la vacuna antigripal. Conozco personas que se enfermaron y murieron luego de haberse puesto la vacuna".

"Es la primera vez que me vacuno, nunca antes tuve una gripe tan fuerte y larga. Decidí no vacunarme más por lo enferma que quedé después de aplicarme la vacuna. Se me complicó con neumonía. Nunca antes había tenido una neumonía en mi vida. Nunca antes de ponerme la vacuna antigripal me había enfermado así".

"Es la primera vez que me vacuné y me enfermé de una gripe fuerte y se me complicó con una neumonía y un derrame cerebral, también el médico me dijo que tuve una pericarditis".

"Me apliqué 3 años anteriores la vacuna y tuve siempre una gripe leve, pero este último año tuve que internarme porque fue más fuerte y grave".

"Me puse la vacuna 4 años seguidos y durante cada año me agarré una gripe fuerte y larga".

"Es la primera vez que me vacuno. Nunca antes había tenido una gripe tan prolongada, nunca estornudé tan seguido y con tanta intensidad. Tuve una neumonía como complicación. Nunca había tenido neumonía antes. Decidí

no ponerme más la vacuna antigripal".

"Es la primera vez que me vacuno. Nunca antes tuve una gripe tan fuerte y larga. Las gripes anteriores me duraban 3 días como máximo. Antes de vacunarme yo estaba completamente sano".

"Es la primera vez que me vacuné. Estoy convencida que la vacuna me enfermó. No me vacuné más y no me enfermé más".

"Después de ponerme la vacuna antigripal tuve una gripe fuerte y prolongada. Quedé afectado de los pulmones, todos los años en otoño e invierno tengo gripe y bronquitis más fuertes que antes y esto lo tengo hace 10 años en forma permanente después de vacunarme. Decidí no ponerme más la vacuna antigripal".

"Es la primera vez que me aplico la vacuna antigripal, me agarró una gripe fuerte. Decidí no ponerme más la vacuna antigripal y avisar a otras personas para que no se apliquen".

"No me pongo la vacuna antigripal porque mi hijo me dijo que no me aplique porque esa vacuna enferma y mata".

"Yo ya espero mi gripe suave después de la vacuna, hace 10 años que me vacuno y todos los años me pasa lo mismo. Hace 3 años que ya no me vacuno y no tuve más gripe".

"Me vacuné por primera vez en el 2006 y me engripé muy fuerte y por mucho tiempo durante dos meses y medio, se complicó con neumonía. En este año 2007 me volví a vacunar y me pasó lo mismo, una gripe muy larga de dos meses y se me complicó con neumonía por segunda vez. Nunca antes en mi vida me había vacunado con la antigripal y nunca antes tuve neumonías y gripes tan larga".

"Comentario de otras personas y familiares: me parece que me pusieron la gripe en la vacuna y no para prevenirme de la gripe, desde que me puse la vacuna estoy enferma".

"Es la primera vez que me vacuné, nunca me engripé y tuve resfrío fuerte, después de esta vacuna me enfermé de la gripe y tuve que internarme por esta enfermedad, me sigo engripando frecuentemente, sospeché de la vacuna, no me pongo más la vacuna".

PARTE IV

Observaciones médicas de las personas afectadas por la vacuna antigripal.

Estas son las observaciones médicas más destacadas de personas afectadas por la vacuna antigripal cursando la enfermedad "Gripe Prolongada".

Ninguna de las personas presentó anteriormente esta enfermedad, sólo después de la aplicación de la vacuna antigripal.

- El paciente presentó como complicación una angina de pecho inestable, de reciente comienzo.
- El paciente pertenece a una empresa donde fue vacunada la gran mayoría de los trabajadores y se enfermó más del 50%. Esto demuestra una relación epidemiológica muy importante.
- El paciente presentó una expectoración blanca, espesa y pegajosa.
- La paciente quedó con una secuela de rinitis crónica.
- El paciente presentó un cuadro diferente de gripe, siendo más intenso y con mayor duración.
- La paciente quedó con secuela de sinusitis.
- La paciente fue vacunada en Estados Unidos, Estado de Florida. Se complica con sinusitis que nunca había padecido antes.
- El paciente fallece a los 30 días de aplicada la vacuna. Presentando un cuadro viral de vías respiratorias superiores e inferiores, con disnea progresiva agravándose hasta requerir internación en terapia intensiva, con una insuficiencia respiratoria grave falleciendo en 48hs.
- El paciente fallece al cuarto mes de aplicarse la vacuna antigripal, por un cuadro viral de vías respiratorias superiores e inferiores que se prolongó hasta su muerte. Presentaba un melanoma.
- El paciente fallece a los 15 días de aplicada la vacuna antigripal. Presentando un cuadro viral de vías respiratorias superiores e inferiores, con disnea progresiva hasta grado IV, con insuficiencia respiratoria grave, requiere internación en terapia intensiva con asistencia respiratoria mecánica (A.R.M.), falleciendo en 48hs.
El paciente tenía como antecedente enfermedad pulmonar obstructiva crónica (E.P.O.C.), compensada hasta la vacunación.
- La paciente presenta secuela de bronquitis crónica.

- La paciente se vacunó durante 4 años seguidos, presentando la misma enfermedad durante cada uno de ellos después de aplicada la vacuna antigripal.
- Es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal, enfermándose de una gripe muy prolongada de dos meses y medio de duración por primera vez. Contagiando a la madre, a los 2 hijos y estos a sus cónyuges y a su vez a sus hijos, produciendo un contagio a personas sanas no vacunadas y éstas a su vez a la población en general, provocando una epidemia.
- Paciente que después de la aplicación de la vacuna antigripal, presentó una infección viral de vías respiratorias superiores e inferiores de un año y medio de duración, con pequeñas recaídas frecuentes y sin recuperarse plenamente. Presenta un embarazo al cuarto mes de aplicada la vacuna y luego pierde el embarazo al sexto mes de la gestación. En el estudio realizado al feto se manifestó una infección viral con Agenesia de manos y Polihipodramnios. La infección viral provocó la muerte fetal.
- La paciente se vacuna en el mes de septiembre de 1998 y el cuadro viral respiratorio le duró 5 meses. Esta indicación está fuera de tiempo y aún en primavera y verano padeció la enfermedad.
- La paciente no se recuperó después del año de haberse aplicado la vacuna antigripal.
- Paciente que presenta como antecedente un accidente cerebro vascular (A.C.V.), estando estable se aplica la vacuna antigripal y presenta una infección viral de vías respiratorias altas y bajas durante 3 meses. Fallece padeciendo el mismo cuadro con complicaciones respiratorias bacterianas.
- La paciente se aplica la vacuna por información periodística y de su obra social, sin indicación médica, padeciendo luego una enfermedad viral respiratoria prolongada.
- La paciente presentó la crisis asmática más larga de su vida, después de aplicarse la vacuna antigripal y cursando una infección viral respiratoria prolongada.
- La paciente es la segunda vez que se vacuna presentando de nuevo una infección viral respiratoria prolongada y se complica nuevamente por segunda vez con una angina de pecho inestable, durante dos años seguidos (1999-2000). En el año 2000 con la angina de pecho inestable presenta otra complicación cardíaca, enfermedad del nódulo sinusal, requiriendo colocación de marcapaso definitivo.
- El paciente presentaba una insuficiencia aórtica moderada a severa, se aplica por primera vez la vacuna y se enferma de una infección viral respiratoria prolongada, la que agrava rápidamente su insuficiencia aórtica a grado severo, requiriendo una cirugía cardíaca de reemplazo valvular aórtico, en el término de 6 meses de aplicada la vacuna.

- Estando completamente sano el paciente se aplica por primera vez la vacuna antigripal, a las 24 hs. presenta síntomas de infección viral respiratoria, fiebre y astenia muy marcada, progresando rápidamente con una disnea grado III a grado IV, se interna en terapia intensiva presenta una insuficiencia respiratoria grave con neumonía, requiere asistencia respiratoria mecánica (A.R.M) y fallece al séptimo día.
- Niño de 3 años de edad sano, se vacuna primera vez y luego presenta una infección viral respiratoria de vías aéreas superiores e inferiores, prolongada de tres meses de duración, complicándose con broncoespasmo por primera vez en su vida, requiriendo internación. Los padres relacionaron la vacuna con la enfermedad, decidieron no ponerle más la vacuna antigripal.
- Paciente que se aplica por primera vez la vacuna y presenta una infección viral respiratoria leve y prolongada. Al siguiente año se aplica por segunda vez la vacuna y a las 12hs. presenta nuevamente un cuadro infeccioso viral respiratorio de vías aéreas superiores e inferiores prolongada, que a los 40 días se agrava con disnea progresiva a grado III y grado IV, se interna en terapia intensiva con diagnóstico de insuficiencia respiratoria grave que requiere asistencia respiratoria mecánica (A.R.M.) y fallece a las 48hs. En la misma familia se vacunaron el esposo y el hijo y los dos se enfermaron también de un cuadro infeccioso viral respiratorio y prolongado.
- El paciente es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal presentando una infección viral respiratoria de vías aéreas superiores e inferiores prolongada, complicándose con una enfermedad descamativa generalizada de la piel que le duró aproximadamente un mes y medio.
- La paciente después de la aplicación de la vacuna presenta una infección viral respiratoria de vías aéreas superiores e inferiores prolongada, presentando una secreción nasal de color blanco, espeso y pegajoso por mucho tiempo. Esta característica es única y una nueva observación clínica nunca vista antes. También se observa la expectoración en menor cantidad.
- La paciente queda con secuela de tos crónica.
- El paciente presentó como complicación una neumonía vírica y la expectoración fue de aspecto blanco, espeso y pegajoso.
- La paciente presentó como secuela tos y sequedad de vías aéreas superiores.
- La señora y el esposo se ponen la vacuna el mismo día y al mismo tiempo, quedan con secuelas, los dos con hipertensión arterial definitiva a los dos meses de la vacunación. Los dos tenían presión arterial normal antes de la vacunación.
- El paciente queda con secuela de rinitis crónica con secreción de color blanco, espeso y pegajoso.
- El paciente totalmente sano se aplica la vacuna antigripal y a los 4 días presenta la infección viral respiratoria prolongada, agregándose disnea en

forma progresiva hasta llegar a grado III y a los 20 días presenta muerte súbita en el domicilio.

- La paciente se vacunó en el año 1998, a las 36 hs. presentó una infección viral respiratoria prolongada, con sucesivas reagudizaciones o recaídas durante ese año. Al año siguiente presenta nuevamente con los meses de frío otras reagudizaciones respiratorias, falleciendo durante una de éstas.
- La paciente presenta como complicación una neumonía que nunca había tenido antes.
- Paciente adolescente de 17 años que junto a la familia, todos sanos se vacunaron el mismo día y al mismo tiempo y luego se enfermaron todos del mismo cuadro infeccioso viral respiratorio prolongado.
- La paciente presenta como complicación angina de pecho inestable durante la infección viral respiratoria prolongada.
- La paciente se complica con neumonía y una afección de piel purpúrica.
- El paciente presenta como complicación una enfermedad cardíaca en el sistema de conducción, enfermedad del nodo sinusal, con bradicardia extrema.
- La paciente se aplicó la vacuna durante 10 años seguidos y cada año presentó el mismo cuadro infeccioso viral respiratorio prolongado, de intensidad leve a moderada.
Se le recomendó no aplicarse más la vacuna antigripal hace 4 años y no presentó más la infección viral respiratoria.
- El paciente se vacunó en el año 2001 presentando luego una infección viral respiratoria prolongada. Fue parte de un estudio epidemiológico y serológico del Ministerio de Salud Pública, e intervinieron también, el P.A.M.I., la Universidad de Misiones y el Instituto Malbrán.
- El paciente se aplicó la vacuna antigripal 2 años seguidos, en los 2 años presentó infección viral respiratoria prolongada y en el primer año se complicó con neumonía.
- La paciente después de la vacunación presentó un cuadro de infección viral respiratoria prolongada, quedó con secuela de rinitis crónica con una secreción nasal de color blanco, espeso y muy pegajoso que nunca había tenido antes. Luego de 4 años sin aplicarse la vacuna antigripal presenta una reagudización respiratoria igual a la anterior, complicándose con neumonía viral.
- La paciente se vacuna en el año 2003 presentando una infección viral respiratoria prolongada. En 2004 y 2005 presenta neumonías víricas que requieren internación, nunca padecidas anteriormente.
- La paciente se vacuna en julio de 2005 presentando una infección viral respiratoria prolongada, complicándose con una neumonía vírica, un acci-

dente cerebro vascular (A.C.V.) y una pericarditis vírica. Tres complicaciones conjuntas.

- La paciente se aplica 2 veces la vacuna en el mismo año presentando en la primera aplicación una infección viral respiratoria prolongada, en la segunda aplicación repite el mismo cuadro pulmonar, complicándose con broncoespasmo severo que requiere internación por insuficiencia respiratoria severa.

Paciente previamente sana que nunca presentó broncoespasmos. Donde se repite la misma enfermedad después de ponerse 2 veces la vacuna en el mismo año.

- La paciente presenta como complicación una neumonía.

- La paciente se aplica la vacuna antigripal y presenta una infección viral respiratoria prolongada que a los 20 días se la trata con Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 5 días y mejoró el 50% en 48hs. y un 90% al cuarto día. Es extraordinaria la recuperación tan rápida con esta droga, no descrita en la literatura médica mundial para esta enfermedad.

- El paciente es la primera vez que se aplica la vacuna presentando una infección viral respiratoria prolongada complicada con neumonía y con secuelas en el olfato y la audición con una disminución del 50%.

- La paciente se aplica la vacuna antigripal, presenta una infección viral respiratoria prolongada que se complica a los 4 meses con una neumonía.

- Dos pacientes que se aplicaron la vacuna por primera vez en el lugar de trabajo (Hospital) y presentaron los dos la misma infección viral respiratoria prolongada al mismo tiempo.

- El paciente se vacuna por primera vez, al cuarto día comienza con síntomas leves de infección viral respiratoria, agravándose rápidamente con disnea progresiva en 24hs. es internado en terapia intensiva y fallece 48hs. después.

- La paciente presenta lupus eritematoso sistémico (L.E.S.) compensada, se aplica la vacuna antigripal y presenta una infección viral respiratoria prolongada.

- La paciente se vacunó 2 años seguidos, presentando los 2 años una infección viral respiratoria prolongada de iguales características, al año siguiente no se vacunó más y en otoño presentó nuevamente una reagudización de la misma enfermedad viral respiratoria prolongada que los años anteriores.

- La paciente se vacuna en el año 2004 en Paraguay, presentando una infección viral respiratoria prolongada complicándose con una neumonía, requiriendo internación y durante la misma se agrega un infarto agudo de miocardio (I.A.M.). La paciente es dada de alta y posteriormente en los meses siguientes presenta 2 neumonías más que requieren internación nuevamente.

En el año 2005 se vacuna nuevamente presentando la misma enfermedad

infecciosa viral respiratoria prolongada complicándose con neumonía nuevamente que requiere internación, en los meses siguientes presenta nuevamente una bronconeumonía requiriendo internación.

Esta paciente fue tratada pocos días después con Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 10 días mejorando un 70% en 48hs. y un 90% en 10 días. En los últimos 2 años no volvió a presentar más la infección viral respiratoria prolongada y no vacunándose más.

- La paciente presenta luego de la aplicación de la vacuna una enfermedad infecciosa viral respiratoria prolongada de 4 meses de duración complicándose con neumonía viral grave en el último mes.
- La paciente presenta como complicación una insuficiencia renal aguda y luego crónica.
- La paciente presenta como secuela disminución de la visión.
- La paciente presenta un síndrome depresivo debido a lo prolongado de la enfermedad y a la falta de un diagnóstico de certeza.
- El paciente presenta trastorno de ansiedad.
- El paciente presenta una laringitis con disfonía y queda con secuelas en la alteración del tono y timbre de la voz tanto para hablar como para cantar.
- El paciente se aplicó la vacuna por primera vez y se enfermó de un cuadro infeccioso viral respiratorio de vías aéreas superiores e inferiores prolongado. Contagió a su hermano sano sin vacunarse, de la misma enfermedad, complicándose con disfonía y con secuelas en la alteración del tono y timbre de la voz, tanto para hablar como para cantar, perjudicándolo en su profesión.
- Se aplicó la vacuna por primera vez en el año 2006 y se complicó con neumonía.
- La paciente se aplicó en el año 2006 por primera vez la vacuna antigripal y presenta una infección viral respiratoria prolongada, complicándose con neumonía bilateral vírica y con infarto agudo de miocardio (I.A.M.), falleciendo poco días después.
- La paciente se aplicó en el año 2006 por primera vez la vacuna antigripal, presentado una infección viral respiratoria prolongada, complicándose con neumonía bilateral vírica de 2 meses de duración, con insuficiencia renal aguda, con infarto agudo de miocardio (I.A.M.), posteriormente presentó isquemia post- I.A.M., y quedando con insuficiencia renal crónica, luego se la medicó con Oseltamivir mejorando notablemente en pocos días. En plan de hemodiálisis, fallece 2 meses después con diagnóstico de sepsis por staphylococcus aureus.
- La paciente se aplicó en el año 2007 la vacuna antigripal presentando una enfermedad viral respiratoria prolongada, complicándose con broncoespasmo, neumonía viral unilateral, angina de pecho inestable e insuficiencia res-

piratoria severa.

- El paciente se aplicó en el año 2007 la vacuna presentando una enfermedad viral respiratoria prolongada, complicándose con neumonía bilateral vírica de 2 meses de duración, insuficiencia renal aguda, derrame pleural y pericarditis, mejorando. Luego del alta persiste con la imagen de neumonía tratándose con Oseltamivir y mejorando notablemente.
- En diferentes pacientes se observaron alteraciones sanguíneas, como ser trombocitopenia o trombocitosis y leucopenia o leucocitosis.
- La paciente de 47 años se aplicó en el año 2007 por primera vez la vacuna antigripal, a las 24hs. ya presentó los primeros síntomas y siguió con una enfermedad viral prolongada de 15 días de duración, quedando con una secuela de hipertensión arterial definitiva (140/100). Anteriormente era totalmente sana con una tensión arterial de (100/60).
- El paciente se aplicó la vacuna en el 2007 por primera vez, presentó una enfermedad viral respiratoria prolongada, complicada con neumonía bilateral vírica, derrame pleural y con insuficiencia renal aguda, quedó con secuelas de paquipleuritis e insuficiencia renal crónica.
- El paciente se aplica la vacuna antigripal año 2008 en Paraguay, presentando Gripe Prolongada y a los 20 días una complicación cardíaca aguda. Miocarditis aguda con insuficiencia cardíaca grado III y bloqueo cardíaco A-V de primer grado. Mejora con antivírico Oseltamivir.
- Año 2010, mujer de 63 años se aplicó la vacuna antigripal e inmediatamente presentó "Gripe Prolongada" con Liquefacción Rojo Plano (Confirmado por Biopsia). Se trató con antiviral Oseltamivir, mejorando un 80% rápidamente en 7 días.
- Desde el año 2000 hasta la actualidad, varios pacientes después de aplicarse las vacunas antigripales, presentaron una enfermedad viral respiratoria y prolongada; padeciendo de Gripe Prolongada, y presentaron como complicación diabetes tipo II, nunca padecidas antes.
- Se han observado también Clínicamente, posterior a la Vacunación Antigripal como efectos adversos y las siguientes enfermedades producidas: Púrpura Trombocitopénica de origen viral Gripe Aguda y crónica (curada con el Antiviral Oseltamivir). Leucemia linfoblástica aguda (LLA) y Leucemia linfática crónica (LLC).

INDICE DE TODOS LOS CASOS CLINICOS DEL LIBRO

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

PARTE V

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

- **[CASO CLINICO Nº 1](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 2](#)**

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

PARTE VI

CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA"

- **[CASO CLINICO Nº 1](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 2](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 3](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 4](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 5](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 6](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 7](#)**

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

- **[CASO CLINICO Nº 8](#)**

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

• **CASO CLINICO Nº 9**

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

• **CASO CLINICO Nº 10**

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

• **CASO CLINICO Nº 11 (SÍNTESIS)**

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

• **CASO CLINICO Nº 12**

AÑO 2012 - GRIPE PROLONGADA (NIÑA DE 9 MESES)

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

PARTE VII CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN"

• **CASO CLINICO Nº 1**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACION" - CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

• **CASO CLINICO Nº 2**

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACION" - CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

• **CASO CLINICO Nº 3**

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

• **CASO CLINICO Nº 4**

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

• **CASO CLINICO Nº 5**

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

• **CASO CLINICO Nº 6**

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

PARTE V

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

CASO CLINICO N° 1

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2002

1) Datos personales:

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

2) Paciente internado: En Hospital.

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

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

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

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

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

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

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

6) Examen físico: Datos importantes

Tensión arterial: 120/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36°C

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

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

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

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

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

7) Diagnósticos:

1- Síndrome meníngeo.

2- Meningoencefalitis viral.

3- Gripe.

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

8) Métodos complementarios:

T.A.C de cráneo con contraste: normal

Rayos x de tórax de frente: normal

Gases en sangre: normal

Hematocrito: 47%

Leucocitos: 9.000 mm³

Neutrófilos: 78%

Linfocitos: 19%

Monocitos: 3%

Glucemia: 1,43 g/L

Uremia: 0,28 g/L

Ionograma plasmático: normal

Líquido cefalorraquídeo: Incoloro

Ligeramente turbio

Células: 31 con predominio de mononucleares

Glucorraquia: 0,69 g/L

Proteinorraquia: 0,67 g/L

Reacción de pandy: negativa

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

Cultivo: sin desarrollo a la 24hs.

Hemocultivo: negativo

Urocultivo: negativo

V.D.R.L.: no reactiva

HIV: negativo

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

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 12.800 mm³

Neutrófilos: 94%

Linfocitos: 5%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Neutrófilos en cayado: 0%

Eritrosedimentación: 13mm/1er H.

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

Comentarios:

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

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

Razonamiento:

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

Tratamiento:

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

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

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

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

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

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

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

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

El paciente mejora progresivamente de su meningoencefalitis, presentándose afebril, lúcido, ubicado en tiempo y espacio, con el sensorio normal, desapareciendo náuseas, vómitos y cefaleas, Babinski negativo y mejora de la paresia de miembros inferiores y casi total de los miembros superiores.

El paciente logra pararse sin ayuda, sigue con parálisis del VI par bilateral, en pulmón presenta escasos rales bibasales, sigue con sonda vesical.

Laboratorio:

Leucocitos: 12.100 mm³

Neutrófilos: 75%

Linfocitos: 18%

Monocitos: 2%

Eosinófilos: 5%

Basófilos: 0%

Neutrofilos en cayado: 0%

Recuento de plaquetas: 258.000 mm³

Eritrosedimentación: 45mm/1er H.

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

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

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

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

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

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

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 7.700 mm³

Neutrófilos: 60%

Linfocitos: 31%

Eosinófilos: 9 %

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Neutrófilos en cayado: 0%

Se observa una disminución franca de los leucocitos y neutrófilos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Virus sincitial respiratorio: negativo

Adenovirus: negativo

Parainfluenza 1, 2 y 3: negativo

Virus influenza "A": negativo

Virus influenza "B ": negativo

Detección por inmunofluorescencia para micoplasma pneumoniae: positivo.

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

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

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

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

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

El paciente sigue mejorando y continúa con sonda vesical.

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

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

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

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

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

El paciente sigue mejorando clínicamente, continúa con sonda vesical.

Laboratorio:

Leucocitos: 6.000 mm³

Neutrófilos: 66%

Linfocitos: 30%

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

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

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

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

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

Día 17 de internación 26 de septiembre de 2002

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

Comentarios:

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

Conclusión:

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

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

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

plicaciones y secuelas.

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

CASO CLINICO N° 2

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2005

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 72 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada: En Hospital.

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

Fecha de egreso: 24 de septiembre de 2005.

3) Motivo de consulta: Astenia intensa.

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

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

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

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

Colecistectomía hace 20 años.

Apendicectomía hace 40 años.

Antecedentes genéticos: Hipertensión arterial e hipotiroidismo.

6) Examen físico:

Tensión arterial: 210/110 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 50 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 36,4°C

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

Ingresa en sillas de ruedas con vía venosa periférica.

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

Cuello: No se palpan tiroides.

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

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

7) Diagnósticos:

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

Otros diagnósticos:

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

8) Métodos complementarios:

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

Leucocitos: 11.000 mm³

Neutrófilos: 74%

Neutrófilos en cayado: 0%

Linfocitos: 24 %

Eosinófilos: 4%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

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

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

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

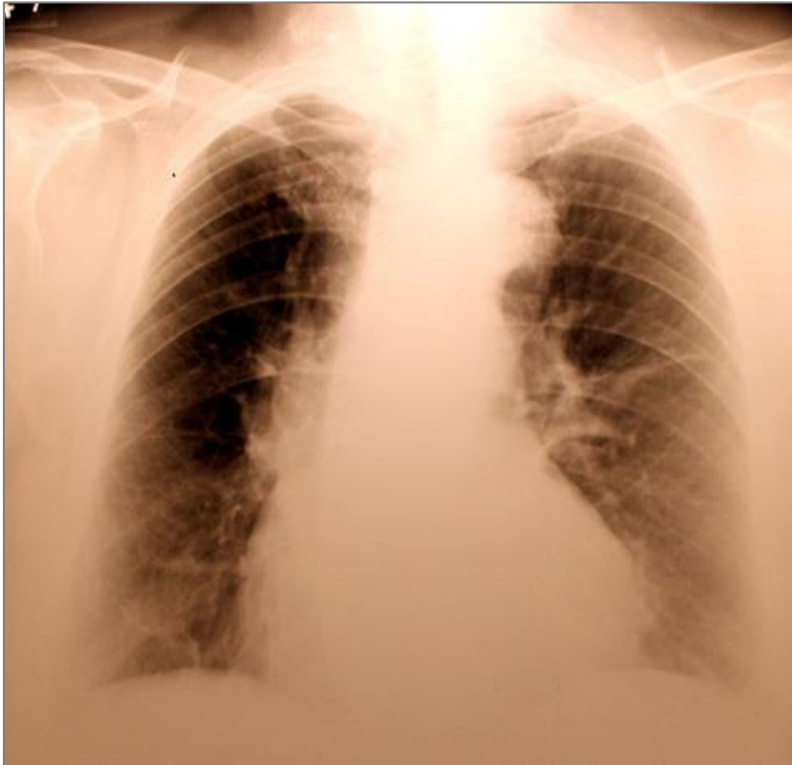


Fig.1: Fecha: 24/08/05

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



Fig.2: Fecha: 12/09/05

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

Laboratorio:

Leucocitos: 9.600 mm³

Neutrófilos: 75%

Neutrófilos en cayado: 0%

Linfocitos: 15%

Eosinófilos: 5%

Basófilos: 0%

Monocitos: 1%

Glucemia: 1,87 g/L

Urea: 0,32 g/L

Hematocrito: 43%

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

1- Neumonía viral primaria por gripe.

2- Diabetes tipo II de reciente diagnóstico durante su internación.

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

10) Tratamiento:

1- Reposo.

2- Dieta hiposódica y para diabético.

3- Atenolol 50mg. por día (se disminuye la dosis de 100mg. por bradicardia).

4- Enalapril 20mg. por día (se agrega por mayor cifras tensionales).

5- Espironolactona 25mg. por día.

6- Levotiroxina 100mg. por día.

7- Heparina sódica 5.000 unidades cada 12hs. subcutánea (prevención de trombosis venosa profunda).

Día 2 de internación 13 de septiembre de 2005

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

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

La paciente continúa afebril, hipertensa, en la semiología respiratoria sigue con hipoventilación y rales crepitantes en base de hemitórax derecho.

Se realiza hisopado nasal y de fauces para estudios diagnósticos de virus.

Interconsulta neurológica informa disbasia.

Laboratorio:

Leucocitos: 10.300 mm³

Neutrófilos: 66%

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

Ecografía abdominal: Normal.

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

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

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

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

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

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

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

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

Se realiza estudio de ambos oídos con resultado normal.

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

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

La paciente continúa con buena evolución clínica.

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

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

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

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

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 10.700 mm³

Neutrófilos: 71%

Neutrófilos en cayados: 0%

Linfocitos: 24%

Eosinófilos: 2%

Basófilos: 0%

Monocitos: 3%

Recuento de plaquetas: 290.000 mm³

Glucemia: 1,13 g/L

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

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

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

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

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



Fig.3: Fecha: 20/09/05

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

Se solicita mamografía y rayos x de columna cervical.

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

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

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

Afebril, normotensa, buena evolución clínica.

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

Laboratorio: Eritrosedimentación 75mm/1er H.

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

Buena recuperación clínica.

Examen otológico: normal.

Rayos x de columna cervical: normal.

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

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

Durante la internación no se realizó tratamiento con antiinflamatorios.

Laboratorio:

Leucocitos: 5.200 mm³

Neutrófilos: 69%

Neutrófilos en cayados: 0%

Linfocitos: 26%

Eosinófilos: 1%

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

Falta el informe viral de hisopado nasal y faringeo.

Comentario final:

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

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

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

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

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

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

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

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

[Volver al menú](#)

PARTE VI

CASOS CLINICOS DE "GRIPE PROLONGADA"

CASO CLINICO N° 1 GRIPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada"

Curada con antivírico Oseltamivir, sin complicaciones

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 44 años.

Domicilio: Garupá - Misiones.

Ocupación: Enfermera.

Nacionalidad: Argentina.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 120/70 mm.Hg.

Aparato respiratorio: A la auscultación se presenta normal.

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

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

- 1) Enfermedad viral respiratoria prolongada.
- 2) Gripe Prolongada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este año 2007 es la primera vez que se aplica.

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

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

misma enfermedad.

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

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

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

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

Decide no aplicarse más la vacuna antigripal.

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

CASO CLINICO N° 2

GRIPE PROLONGADA

“Gripe Prolongada”

Complicada con Neumonía bilateral vírica primaria.

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente internada)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 60 años.

Domicilio: Santo Pipo - Misiones.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

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

Fecha de egreso: 21 de julio de 2006.

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

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

Estos síntomas corresponden a una infección viral respiratoria.

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

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

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

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

Tensión arterial: 160/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,7°C

Frecuencia cardiaca: 110x'

Frecuencia respiratoria: 25 x'

Peso: 62kg

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

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

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

7) Diagnósticos:

1- Neumonía bilateral.

2- Asma bronquial reagudizada.

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

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

Otros diagnósticos:

1- Asma bronquial de larga data.

2- Hipertensión arterial.

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

Electrocardiograma:

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

Laboratorio:

Leucocitos: 12.800 mm³

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

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

La paciente presenta hiperglucemia por lo que sospecha una diabetes.

10) Tratamiento:

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

Día 2 de internación 8 de julio de 2006

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

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

Día 3 de internación 9 de julio de 2006

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

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

Día 4 de internación 10 de julio de 2006

Tensión arterial: 170/100 mm. Hg.
Frecuencia cardiaca: 120 x'
Frecuencia respiratoria: 20 x'
Temperatura: 36,5°C

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

Laboratorio:

Leucocitos: 4.900 mm³
Neutrófilos: 84%
Linfocitos: 16%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Monocitos: 0%
Urea: 0,62 g/L
Glucemia: 3,13 g/L
Recuento de plaquetas: 157.000 mm³
Hematocrito: 46%
Gases en sangre:
pH: 7,49
pCO₂: 40% mm.Hg.
pO₂: 79% mm.Hg.
Sat. O₂: 87%

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

Tensión arterial: 160/100 mm. Hg.
Frecuencia cardiaca: 90 x'
Frecuencia respiratoria: 22 x'
Temperatura: 36,5°C

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

Se disminuye la hidratación parenteral a un litro por día.

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

Laboratorio:

Leucocitos: 10.900 mm³
Urea: 0,25 g/L

Día 6 de internación 12 de julio de 2006

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

Laboratorio:

Leucocitos: 11.300 mm³

Neutrófilos: 80%

Linfocitos: 19%

Eosinófilos: 0%

Monocitos: 1%

Basófilos: 0%

Glucemias: 1,75 g/L

Urea: 0,24 g/L

Creatinina: 0,61 mg/dl

Proteínas totales: 7,56 g/dl

Albúmina: 3,56 g/dl

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

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

Antibiograma: Sensible a penicilinas y derivados.

BAAR: negativo, no se observa.

Día 7 de internación 13 de julio de 2006

Tensión arterial: 160/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general.

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

Día 8 de internación 14 de julio de 2006

Tensión arterial: 160/80 mm. Hg.

Temperatura : 36,3°C

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

Día 9 de internación 15 de julio de 2006

Tensión arterial: 120/80 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

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

Día 10 de internación 16 de julio de 2006

Tensión arterial: 140/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, continúa igual.

Día 11 de internación 17 de julio de 2006

Tensión arterial: 130/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

Laboratorio:

Leucocitos: 13.000 mm³

Neutrófilos: 53%

Linfocitos: 43%

Eosinófilos: 4%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0%

Creatinina: 0,72 mg/dl

Glucemia: 1,29 g/L

Eritrosedimentación: 35mm/1er H.

Hematocrito: 45%

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

Día 12 de internación 18 de julio de 2006

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Temperatura: 36,8°C

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

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

Día 13 de internación 19 de julio 2006

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

Día 14 de internación 20 de julio de 2006

Tensión arterial: 120/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

Laboratorio:

Leucocitos: 6.100 mm³

Glucemia: 1,58 g/L

Urea: 0,33 g/L

Creatinina: 0,68 mg/dl

Neutrófilos: 51%

Linfocitos: 42 %

Eosinófilos: 5%

Basófilos: 0%

Monocitos: 2%

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

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

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

● Presenta **otro diagnóstico definitivo: Diabetes tipo II**

Nunca había presentado esta diabetes antes de la vacunación.

Comentario:

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

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

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

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

No recibió tratamiento con el antiviral Oseltamivir.

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 3

GRIPE PROLONGADA

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente internada)

1) Datos personales:

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

2) Paciente internada:

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

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

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

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

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

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

Nunca padeció de enfermedad coronaria ni infarto agudo de miocardio.

Nunca presentó asma bronquial, broncoespasmo, sibilancias ni neumonías.

Nunca presentó insuficiencia renal aguda o crónica.

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

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

Tensión arterial: 130/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 38 x'

Temperatura: 36,8°C

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

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

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

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

Abdomen: Prominente, no se palpan organomegalias.

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

7) Diagnósticos:

- 1- Neumonía bilateral vírica adquirida por la vacuna antigripal.
- 2- Insuficiencia respiratoria aguda severa.
- 3- Enfermedad viral respiratoria reagudizada.
- 4- "Gripe Prolongada" complicada y reagudizada.
- 5- Pie diabético.

Diagnóstico presuntivo: Infarto agudo de miocardio en evolución.

Otros diagnósticos:

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

8) Métodos complementarios:

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

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

Diagnósticos definitivos:

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 14.000 mm³

Glucemia: 5,58 g/L

Urea: 1,25 g/L

Ionograma serico:

Na: 134,2 meq/L

K: 4,9 meq/L

CPK: 290 U/L

CPK mb: 17 U/L

GOT: 17 U/L

Recuento de plaquetas: 240.000 mm³

Gases en sangre:

pH: 7,27

pCO₂: 44% mm.Hg.

pO₂: 59% mm.Hg.

Sat O₂: 86%

HCO₃: 19% mm.ol / l

Sedimento de orina: Leucocitos 6-8 x campo, bacilos gram negativos.

Se sospecha de infección urinaria (sin clínica).

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

pH: 7,41

pCO₂: 27% mm.Hg.

pO₂: 152% mm.Hg.

HCO₃: 17% mm.ol / l

Sat. O₂: 99%

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

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

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

9) Tratamiento:

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

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

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

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

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

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

Hemocultivos sin desarrollo a las 24 horas.

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

Laboratorio:

Leucocitos: 9.900 mm³

Neutrófilos: 98%

Linfocitos: 2%

Monocitos: 0%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Hematocrito: 37%

Glucemia: 4,32 g/L

Urea: 1,30 g/L

Creatinina: 2,97 mg/dl

Eritrosedimentación: 105mm/1er H.

Recuento de plaquetas: 266.000 mm³

CPK: 1499 U/L

LDH: 742 U/L

GOT: 28 U/L

Colesterol: 282 mg/dl

Colesterol HDL: 35 mg/dl

Colesterol LDL: 187 mg/dl

Triglicéridos: 386 mg/dl

Serología: chagas no reactiva

Ionograma: Na: 136 meq/L

K: 3,9 meq/L

Cl: 108 meq/L

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

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

Comentarios:

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

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

Tensión arterial: 140/90 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

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

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

Laboratorio:

Urocultivo:

Tipificación de microorganismos: grupo kes.

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

Cetonuria: negativa

CPK: 996 U/L

LDH: 878 U/L

GOT: 16 U/L

Comentarios:

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

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

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

Mayor T negativa en DI y AVL.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 130/60 mm. Hg.

Frecuencia respiratoria: 23x'

Temperatura: 37°C

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

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

Laboratorio:

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

T. Protombina: 61%

T. parcial de tromboplastina: 44"

Recuento de plaquetas: 231.000 mm³

Comentarios:

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

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

Tensión arterial: 150/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 57 x'

Frecuencia respiratoria: 17 x'

Temperatura: 36,8°C

Control de glucemia con tiras reactivas 3 g/L.

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

Laboratorio: T. parcial de tromboplastina: 110"

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

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

Tensión arterial: 140/90 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 58 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,8°C

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

Laboratorio:

Glucemia: 4,26 g/L

T. parcial de tromboplastina mayor 180".

Tratamiento: Se suspende la anticoagulación endovenosa.

Día 8 de internación 14 de octubre de 2006

(7mo día de atb.)

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 70 x'

Temperatura: 37°C

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

A pesar del tratamiento no desaparecen los rales crepitantes bibasales.

Laboratorio:

T. parcial de tromboplastina: 53".

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

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

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

Día 9 de internación 15 de octubre de 2006

(8vo día de atb.)

Tensión arterial: 100/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

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

Laboratorio:

T. parcial de tromboplastina: 56".

Día 10 de internación 16 de octubre de 2006

(9no día de atb.)

Tensión arterial: 60/40 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Temperatura: 36,3°C

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

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

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

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

Laboratorio:

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

La paciente presenta control de anticoagulación normal.

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

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

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

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

No presenta evidencias de hemorragias por la clínica.

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

Laboratorio:

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

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

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

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

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

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

La paciente no fue tratada con el antiviral Oseltamivir.

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

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

Comentario final:

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

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 4

GRIPE PROLONGADA

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

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente internada)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 61 años.

Domicilio: Cuña Pirú- Misiones.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

Fecha de ingreso: 13 de julio de 2007.

Fecha de egreso: 18 de julio de 2007.

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

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

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

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

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

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

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

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

Hemorragia digestiva baja hace 3 años, curada.

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

Hepatitis hace 8 años curada.

Fractura de cadera hace 2 años, reparada con cirugía.

Nunca antes se puso la vacuna antigripal.

Nunca antes presentó neumonías.

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

6) Examen físico:

Tensión arterial: 80/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36,5°C

Paciente lúcida, Glasgow 15/15, marcha eubásica.

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

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

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

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

Pulso: irregular, desigual.

7) Diagnósticos:

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

Otros diagnósticos:

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

8) Métodos complementarios:

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



Fig.1: Fecha: 13/07/07

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

Laboratorio:

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

9) Diagnóstico definitivo:

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

10) Tratamiento:

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

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

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

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

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

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

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

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

Se realiza hemocultivo, laboratorio.

Laboratorio:

Leucocitos: 3.700 mm³

T. Protrombina: 85%

Recuento de plaquetas: 74.000 mm³

Ionograma: Na: 133,6 meq/L

K: 3,84 meq/L

Cl: 94,1 meq/L

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

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura : 36,5°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril continúa sin cambios.

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

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,3°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril.

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

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

Pulso: regular, igual.

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



Fig.2: Fecha: 16/07/07

Laboratorio:

Hematocrito: 38%

Leucocitos: 3.600 mm³

Recuento de plaquetas: 95.000 mm³

Hemocultivos informa: Sin desarrollo para bacterias.

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

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,2°C

Paciente lúcida, colaboradora, afebril, deambula normalmente.

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

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

Pulso: regular, igual.

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

Laboratorio:

Hematocrito: 34%

Leucocitos: 3.600 mm³

Neutrófilos: 54%

Linfocitos: 42%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0%

Recuento de plaquetas: 86.000 mm³

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

Glucemia: 0,86 g/L

Urea: 1,26 g/L

Creatinina: 6,46 mg/dl

GOT: 12 U/L

GPT: 11 U/L

Fosfatasa alcalina: 355 U/L

Colesterol total: 152 mg/dl

T. Protrombina: 72%

Proteínas totales: 7,72 g/dl

Albúmina: 3,48 g/dl

Ionograma: Na: 132,9 meq/L

K: 4,59 meq/L

Cl: 98 meq/L

Fósforo: 280 mg/dl

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

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

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

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

La paciente no fue tratada con el antiviral Oseltamivir.

Comentario:

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

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

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

Estas afecciones requieren internación y presentan riesgo de vida.

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

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

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

Nunca antes se vacunó con la antigripal.

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

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

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

Nunca antes en su vida presentó neumonía.

La paciente está segura de que la vacuna la enfermó.

No volvería a vacunarse.

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 5

GRIPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada", complicada con Hipertensión Arterial definitiva

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.
Edad: 47 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Ama de casa.
Nacionalidad: Argentina.

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

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

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que presenta tos, rinitis, estornudos y dolor de nuca, padeciendo todos estos síntomas en forma persistente desde dos meses y medio antes hasta esta entrevista.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 150/100 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 70 x'

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

Aparato cardiovascular: No se auscultan soplos.

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

7) Diagnóstico:

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

8) Tratamiento:

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

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

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 6

"GRIPE PROLONGADA"

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

ISQUEMIA POST - I.A.M. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA-CRONICA FALLECE POR SEPSIS A STAPHYLOCOCCUS

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

La paciente presentó tres internaciones:

PRIMERA INTERNACION: AÑO 2006

HISTORIA CLINICA:

1) Datos de filiación:

Sexo: Femenino.

Edad: 70 años.

Domicilio: Encarnación-Paraguay.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Paraguaya.

2) Paciente internada:

Fecha de internación: 19 de octubre de 2006.

Fecha de egreso: 31 de octubre de 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 120/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 92 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 67,200 kg.

Talla: 1,50 mtrs.

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

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

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

7) Diagnósticos:

1- Neumonía bilateral.

2- Insuficiencia respiratoria.

3- Infección viral respiratoria prolongada y reagudizada.

4- "Gripe prolongada".

Diagnósticos posibles:

1- Fallo renal.

2- Infección urinaria.

Otros diagnósticos:

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

8) Tratamiento:

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

9) Métodos complementarios:

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

Laboratorio del día 13/10/06:

Leucocitos: 13.100 mm³

Neutrófilos: 90%

Linfocitos: 20%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Hematocrito: 39%

Hemoglobina: 12, 60 g/dl

Laboratorio del día 19 /10/06:

Leucocitos: 13.300 mm³

Neutrófilos: 92%

Linfocitos: 8%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Monocitos: 0%

Glucemia: 1,04 g/L

Urea: 1,66 g/L

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

Estudios del día 19/10/06:

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

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

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

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

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

Frente al diagnóstico de Neumonía bilateral vírica primaria y "Gripe Prolongada" se plantea el tratamiento con el antivírico Oseltamivir y no se realiza. Se solicitan hemocultivos, urocultivos y laboratorio.

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

Nunca presentó patologías renales.

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

Tensión arterial: 140/80 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Peso: 66,800 kg.

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

Laboratorio:

Leucocitos: 16.000 mm³

Hematocrito: 36%

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

Gases en sangre:pH: 7,29

pCO₂: 26% mm.Hg.

pO₂: 76% mm.Hg.

HCO₃:12% mm.ol/l

Sat. O₂: 94%

Glucemia: 0,94 g/L

Eritrosedimentación: 135mm/1er H.

Tiempo de protrombina: 76%

Urea: 2,10 g/L

Creatinina: 8,24 mg/dl

Colesterol total: 172 mg/dl

LDL: 107 U/L

HDL: 33 U/L

Triglicéridos: 159 mg/dl

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

Se agrega al tratamiento:

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

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

3- Nebulizaciones con salbutamol y bromuro de ipratropio.

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

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

Se solicita interconsulta con nefrología y se indica hemodiálisis.

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

Electrocardiograma: Desaparece onda T negativa en AVL.

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

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

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

• Hemocultivos negativos.

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

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 13.800 mm³

Neutrófilo en cayado: 1%

Neutrófilo segmentado: 89%

Linfocitos: 2%

Eosinófilos: 2%

Hematocrito: 31%

Recuento de plaquetas: 155.000 mm³

Eritrosedimentación: 60mm/1er H.

Glucemia: 0,65 g/L

Urea: 2,55 g/L

Creatinina: 12 mg/dl

Albúmina: 2,58 g/dl

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

C.P.K.: 66 U/L

L.D.H.: 741 U/L

G.O.T.: 19 U/L

Fosfatasa alcalina: 335 U/L

Bilirrubina directa: 0,34 mg/dl

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

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

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

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

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

Paciente en regular estado general, rales crepitantes en ambas bases a predominio derecho.

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

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

Paciente presenta rales subcrepitantes en ambas bases pulmonares.

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

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

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

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

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

Laboratorio:

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

Hemoglobina: 9,6 g/dl

Recuento de plaquetas: 480.000 mm³

T. Protrombina: 68%

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

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

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

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

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura : 36,5°C

Peso: 65kg.

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

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

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

Laboratorio:

Ionograma: Na: 133 meq/L

K: 6,28 meq/L

Cl: 107 meq/L

Clearance de creatinina: 4,68 ml/min.

Troponina T positiva: 0,017

CPK: 15 U/L

GOT: 19 U/L

LDH: 835 U/L

Urea: 1,91 g/L

Creatinina: 10,60 mg/dl

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

Comentario: El derrame pericárdico desaparece con la hemodiálisis.

Comentarios:

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

Se solicita internación en terapia intensiva, no hay cama.

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

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

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

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

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,8°C

Peso: 65,800kg.

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

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



Fig. 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Laboratorio:

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

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

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

Comentario:

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

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

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

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Laboratorio:

CPK: 21 U/L

GOT: 222 U/L

LDH: 609 U/L

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

SEGUNDA INTERNACION: Reinternación a las 24 horas

Fecha de reinternación: 01 de noviembre de 2006

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

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

Examen físico:

Tensión arterial: 80/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 64kg.

Mal estado general, paciente con sensorio deprimido.

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

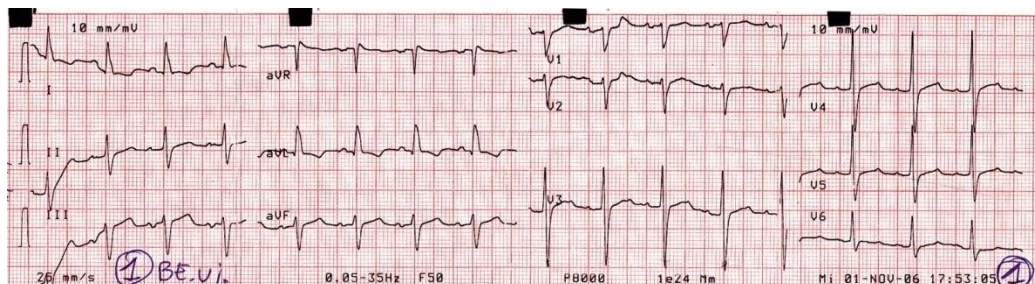
Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes y aisladas sibilancias en base de pulmón derecho.

Aparato cardiovascular: Se ausculta cuarto ruido.

Métodos complementarios:

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

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



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

Laboratorio:

Leucocitos: 20.400 mm³

Urea: 1,37 g/L

CPK: 18 U/L

Ionograma: Na: 134 meq/L

K: 4,28 meq/L

Cl: 103 meq/L

Diagnósticos de reinternación:

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

Paciente en mal estado general, con hipotensión arterial.

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

Tratamiento:

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

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

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 90 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 36°C

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

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 24.600 mm³

Neutrófilos: 99%

Linfocitos: 1%

Monocitos: 0%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Eritrosedimentación: 140mm/1er H.

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

Hematocrito: 24%

Hemoglobina: 6,6 g/dl

CPK: 893 U/L

GOT: 15 U/L

LDH: 500 U/L

Urea: 1,21 g/L

Creatinina: 7,24 mg/dl

Albúmina: 2,58 g/dl

Proteínas totales: 5,44 g/dl

Recuento de plaquetas: 200.000 mm³

Protrombina: 65%

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

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

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

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

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

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

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

Electrocardiograma: Sin cambios con respecto al día anterior.

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

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

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

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Peso: 63kg.

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

Aparato cardiovascular: Se ausculta cuarto ruido cardiaco.

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

Se solicita interconsulta con urología por la presencia de hematuria.

Laboratorio:

Troponina T positiva: 0,092

CPK: 20 U/L

LDH: 628 U/L

GOT: 11 U/L

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

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

Laboratorio:

CPK: 10 U/L

LDH: 304U/L

Coprocultivo: Sin desarrollo de gérmenes.

Hemocultivos: Sin desarrollo.

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

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

Se transfunde una unidad de glóbulos rojos.

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

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

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Paciente en mal estado general, afebril, sin cambios.

Electrocardiograma: Igual al día anterior.

Igual tratamiento.

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

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 60 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,2°C

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

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

Laboratorio:

Ionograma: Na: 129, 5 meq/L

K: 4,19 meq/L

Cl: 97 meq/L

Leucocitos: 7.800 mm³

Neutrófilos: 97%

Linfocitos: 3%

Eritrosedimentación: 140 mm/1er H.

CPK: 216 U/L

GOT: 18 U/L

LDH: 389 U/L

Glucemia: 0,69 g/L

Urea: 1,09 g/L

Creatinina: 5,91 mg/dl

Calcemia: 6,68 mg/dl

Fosfatemia: 6,33 mg/dl

Recuento de plaquetas: 264. 000 mm³

Hematocrito: 25%

Hemoglobina: 6,7 g/dl

Clearance de creatinina: 9,22 ml/min.

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

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

Tensión arterial: 110/80 mm. Hg.

Temperatura: 36,2°C

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

Laboratorio:

Coprocultivo: Sin desarrollo de gérmenes en 24 horas.

Se realiza segunda transfusión de glóbulos rojos.

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

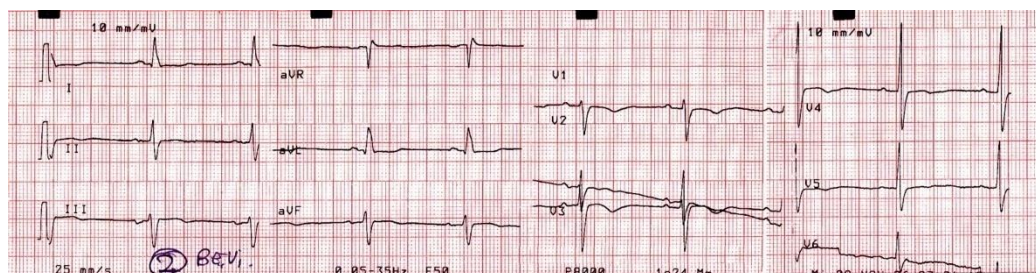
Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

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

Diuresis 400cc/día.

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



ELECTROCARDIOGRAMA 2: Obsérvase 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)

Laboratorio:

CPK: 15 U/L

LDH: 440 U/L

GOT: 19 U/L

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

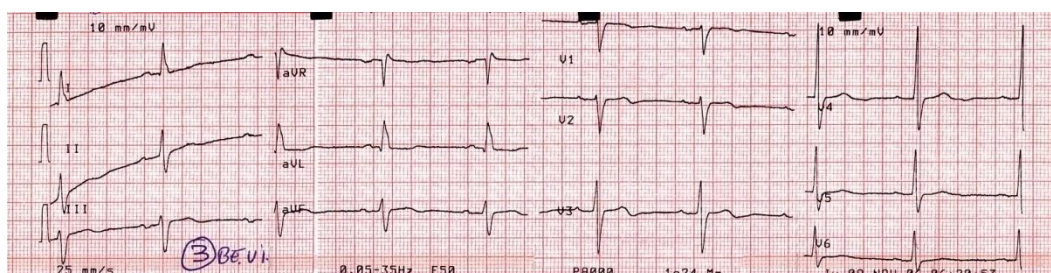
Se solicita citoscopia por la presencia de hematuria.

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

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

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

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



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

Comentario:

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

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

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

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

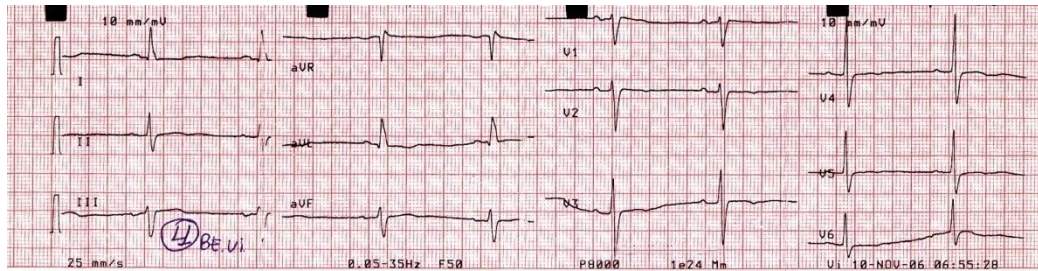
Día 10 de reinternación 10 de noviembre de 2006
(total 23 días) (9no día de antibiótico)

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

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

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

[Volver al menú](#)



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

No se puede realizar estudio hemodinámico por problemas económicos.

Laboratorio:

CPK: 15 U/L

LDH: 469 U/L

GOT: 13 U/L

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

Ionograma: Na: 133,7 meq/L

K: 4,5 meq/L

Cl: 103 meq/L

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

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

Tensión arterial: 110/80 mm. Hg.

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36,5°C

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

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

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

Tensión arterial: 130/80 mm. Hg.

Temperatura: 37,4°C

Paciente continúa en igual estado.

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

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 9.300 mm³

Neutrófilos: 80%

Linfocitos: 20%

Eritrosedimentación: 140mm/1er H.

CPK: 201U/L

GOT: 19 U/L

Fosfatasa alcalina: 247 U/L

GPT: 14 U/L

P.C.R.: Positiva (+)

Hematocrito: 27%

Hemoglobina: 7,7 g/dl

Recuento de plaquetas: 312. 000 mm³

T. Protombina: 78%

Glucemia: 0,75 g/L

Urea: 1,09 g/L

Creatinina: 5,80 mg/dl

Calcemia: 6,57 mg/dl

Fosfatemia: 5,51mg/dl

Proteínas totales: 5,43 g/dl

Albúmina: 2,55 g/dl

Colesterol: 143 mg/dl

Comentario:

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

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

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

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

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

Diuresis 350cc.

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

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,5°C

Peso: 64kg.

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

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

Laboratorio:

Ionograma: Na: 139 meq/L

K: 3,46 meq/L

CPK: 240 U/L

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

T. Protombina: 77%

T. parcial de tromboplastina: 31"

Proteínas totales: 6,98 g/dl

Albúmina: 2,63 g/dl

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comentario:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estas enfermedades:

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

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

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

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

TERCERA INTERNACIÓN:

HISTORIA CLINICA:

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 70 años.

Domicilio: Encarnación-Paraguay.

Ocupación: Ama de casa.

Nacionalidad: Paraguaya.

2) Paciente internada:

Fecha de internación: 5 de febrero de 2007.

Fecha de fallecimiento: 8 de febrero de 2007.

3) Motivo de consulta: Fiebre, astenia.

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

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

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

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

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

6) Examen físico:

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

Tensión arterial: **90/60 mm. Hg.**

Frecuencia cardiaca: 70 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36,2°C

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

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

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

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

Radiografía de tórax: Hilios congestivos, redistribución de flujo.

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

Laboratorio:

Leucocitos: 11.900/mm³

Glucemia: 0,80 g/L

Urea: 4,60 g/L

Hemocrito: 28%

Ionograma: Na: 136 meq/L

K: 4,95 meq/L

Cl: 101 meq/L

7) Diagnósticos de ingreso:

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

Diagnóstico presuntivo: 1- Posible isquemia miocárdica septal.

Otros diagnósticos:

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

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

8) Tratamiento:

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

Día 2 de internación 6 de febrero de 2007

Tensión arterial: 90/60 mm. Hg.

Temperatura: 36,2°C

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

Sin diuresis.

Laboratorio:

Leucocitos: 17.000/mm³

Neutrófilos: 92%

Linfocitos: 8%

Hematocrito: 29%

Eritrosedimentación: 115mm/1er H.

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

Glucemia: 0,56 g/L

Urea: 0,72 g/L

Creatinina: 4,51 mg/dl

Recuento de plaquetas: 116.000/mm³

Calcemia: 8,26 mg/dl

Fosfatemia: 2,72 mg/dl

Proteínas totales: 6,46 g/dl

Albúmina: 2,88 g/dl

pH: 7,44

pO₂: 50 mm.Hg.

pCO₂: 32 mm.Hg.

Sat O₂: 86%

VDRL: no reactiva

Chagas: no reactiva

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

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

Cultivo contralateral: cocos gram positivo en diplo y racimos.

Se solicita internación en terapia intensiva, no hay cama.

Día 3 de internación 7 de febrero de 2007

(1er día de antibiótico)

Tensión arterial : 80/50 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 100 x'

Temperatura: 36,7°C

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

Sin diuresis.

Hemocultivos: tipificación: staphylococcus spp.

Muestra contralateral tipificación: staphylococcus spp.

Laboratorio:

Glucemia: 1,01 g/L

Urea: 1,70 g/L

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

Diagnóstico de bacteriemia a staphylococcus.

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

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

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

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

Hemocultivos: se identifica staphylococcus aureus.

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

Antibiograma: Resistente a gentamicina.

Sensible:

Clindamicina.

Eritromicina.

Rifampicina.

Cefalosporina de 1ra generación.

Ciprofloxacina.

Tetraciclinas.

Trimetropina sulfametoxazol.

Laboratorio:

Ionograma: Na: 141 meq/L

K: 6,92 meq/L

Cl: 108 meq/L

pH: 7,38

pO2: 78 mm.Hg.

pCO2: 42 mm.Hg.

Sat O2: 95%

Tratamiento: Dopamina en goteo como inotropico.

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

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

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

Comentario:

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 7

GRUPE PROLONGADA

"Gripe Prolongada"

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

(Mejora con tratamiento antivírico oseltamivir)

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.

Edad: 56 años.

Domicilio: Capitán Meza.

Ocupación: Comerciante.

Nacionalidad: Paraguayo.

2) Paciente internado: 30 de abril de 2007.

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

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

5) Antecedentes de importancia: Presenta diabetes tipo II de 8 años de evolución, tratada actualmente con glibenclamida 5mg. cada 12hs. Hipertensión arterial de 3 años de evolución tratada actualmente con enalapril 10mg. día. Hepatopatía no aclarada tres meses antes (actualmente normal). Hematemesis importante dos meses antes.

- Análisis de laboratorio de marzo de 2007, presenta urea de 0,44g/L y creatinina de 0,77mg/dl, normales.

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

Tensión arterial: 110/40 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 110 x'

Frecuencia respiratoria: 22 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 65,200 kg.

Talla: 1,57mtrs.

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

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

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

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

Otros diagnósticos:

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

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

9) Métodos complementarios:

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

Electrocardiograma: Normal, taquicardia sinusal.

Laboratorio:

Leucocitos: 15.000 mm³

Hematocrito: 20%

Neutrófilos: 87%

Linfocitos: 12%

Monocitos: 1%

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

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

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

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

Otros diagnósticos durante la internación son:

- 1) Anemia
- 2) Insuficiencia renal aguda.

Reinternación: Día 16 de mayo de 2007

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

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

- El paciente presenta broncoespasmo que nunca antes había padecido.

Métodos complementarios:

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



Fig.1: Fecha: 15/05/07

Laboratorio:

Leucocitos: 19.100 mm³

Hematocrito: 20%

Neutrófilos: 94%

Linfocitos: 6%

Glucemia: 3,34 g/L

Creatinina: 3,02 mg/dl

Urea: 1,06 g/L

Ionograma: Na: 137 meq/L

K: 3,78 meq/L

Cl: 108 meq/L

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

T. Protombina: 83%

Recuento de Plaquetas: 282.000 mm³

Clearance de creatinina: 24 ml/min.

Proteínas totales: 6,4 g/dl

Albúmina: 2,31 g/dl

Diuresis: 1.400 a 2.400 cc/día

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

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

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

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

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

Diagnóstico actual de segunda internación:

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

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

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



Fig.2: Fecha: 30/05/07

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

Condensación parenquimatosa del lóbulo medio con broncograma aéreo.

Engrosamiento pleural derecho.

No se detecta derrame pleural derecho.

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

Leve derrame pleural izquierdo.

Adenomegalias paratraqueales derechas.



Fig.3: Fecha: 01/06/07

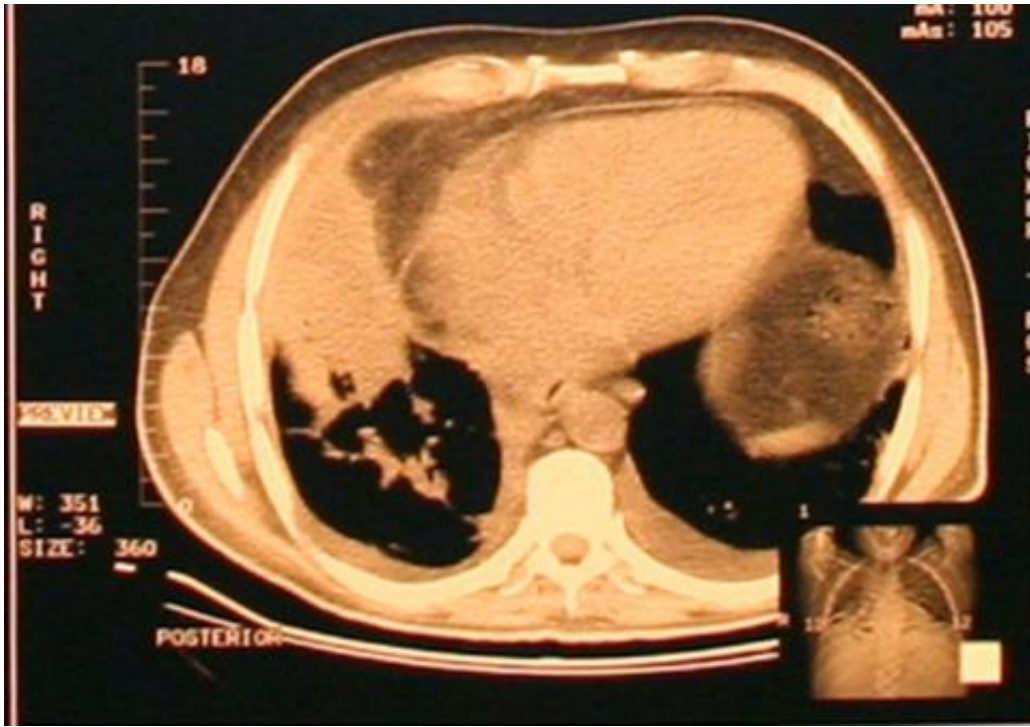


Fig.4: Fecha: 01/06/07



Fig.5: Fecha: 01/06/07

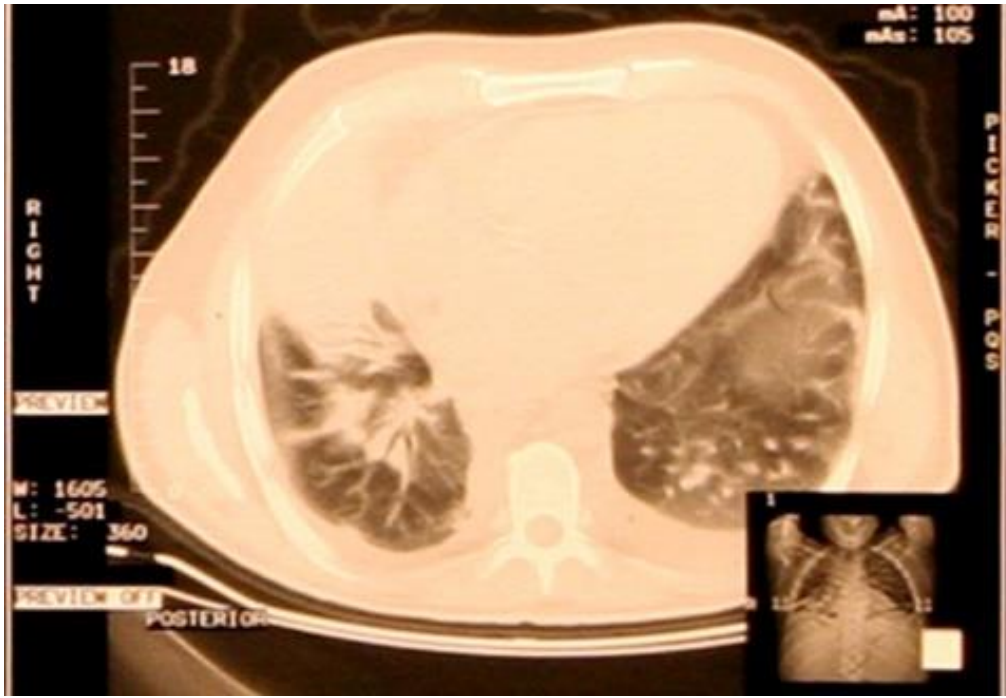


Fig.6: Fecha: 01/06/07



Fig.7: Fecha: 01/06/07



Fig.8: Fecha: 01/06/07

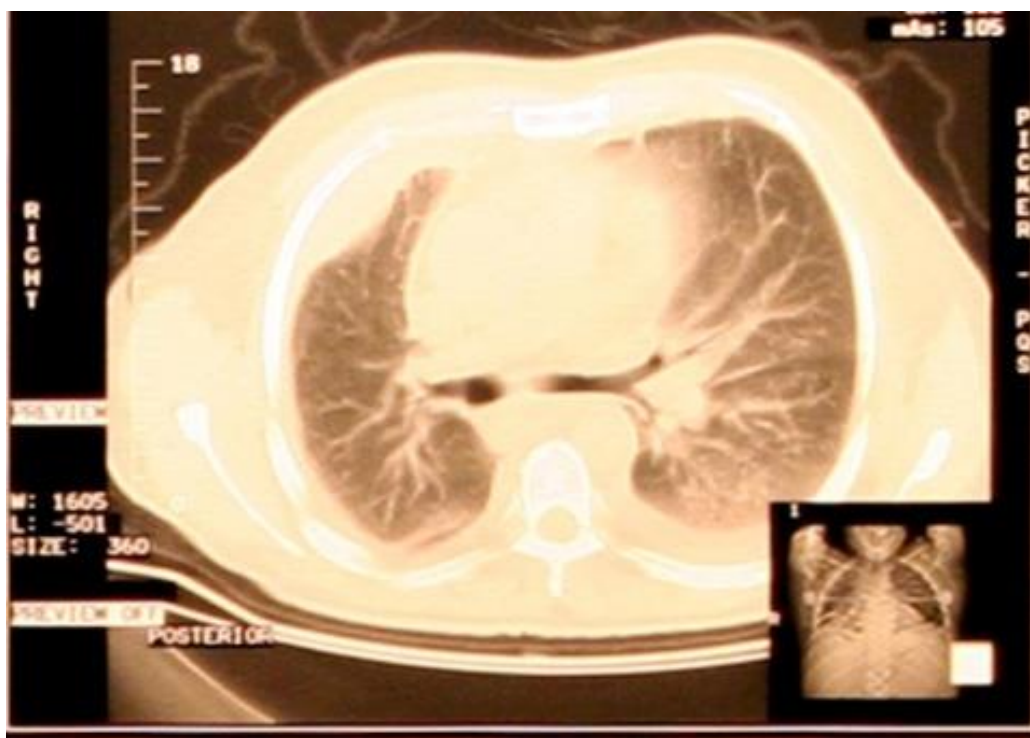


Fig.9: Fecha: 01/06/07



Fig.10: Fecha: 01/06/07

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

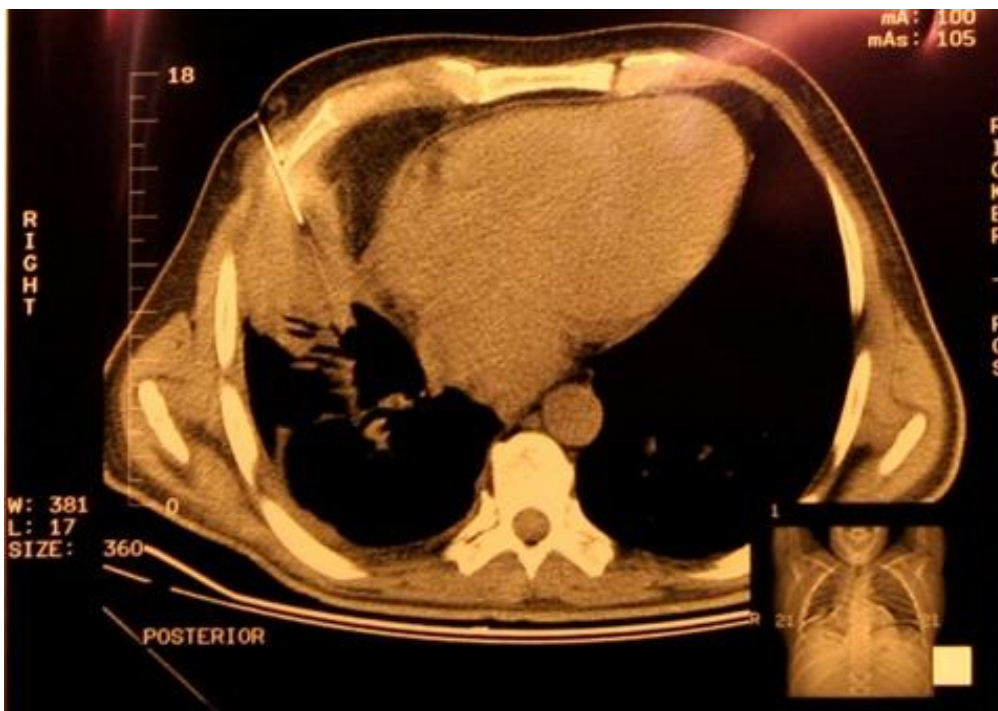


Fig.11: Fecha: 01/06/07

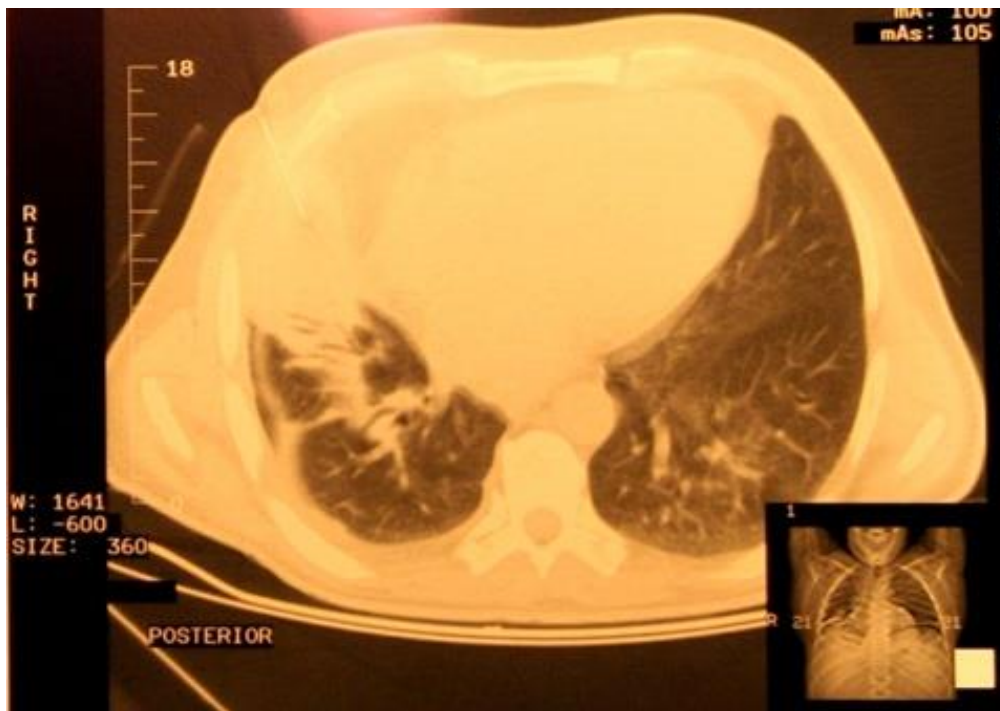


Fig.12: Fecha: 01/06/07

Evolución: Permanece internado por el término de 30 días con mejor estado, pero no resuelta su nueva neumonía viral izquierda, ni su consolidación neumónica de base derecha persistente.

Los leucocitos bajan a 7.900 mm³.

El paciente es dado de alta.

El paciente por la clínica seguía con una neumonía viral no curada, por lo que se decide el tratamiento con el antivírico Oseltamivir.

Al momento del alta se medica con el antivírico Oseltamivir una cápsula por día durante 10 días, la dosis de una cápsula por día es por su insuficiencia renal.

El paciente mejora clínicamente un 90% al cuarto día del tratamiento y sigue así hasta el décimo día. El control de rayos x de tórax a los 10 días, presenta persistencia de su imagen radioopaca derecha y desaparición del infiltrado intersticio alveolar izquierdo.

El paciente no vuelve más a la consulta.

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

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

[Volver al menú](#)

1- Neumonía viral de base derecha con derrame pleural.

2- Insuficiencia renal aguda.

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

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

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

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

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

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

Se confirma nuevamente el diagnóstico de:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 8

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

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 74 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Jubilada.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internada:

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

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

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 130/70 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 95 x'

Frecuencia respiratoria: 32x'

Temperatura: 38,6°C

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas.

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

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

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

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

7) Diagnósticos:

1- Neumonía bilateral.

2- Insuficiencia respiratoria severa.

3- Enfermedad viral respiratoria reagudizada (tercera reagudización).

4- "Gripe Prolongada", afectada por la vacuna antigripal en el año 2005 de tres

meses de duración y 3 reagudizaciones.

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

Otros diagnósticos:

- 1- Diabetes tipo II.
- 2- Hipertensión arterial.
- 3- Obesidad.

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

8) Tratamiento:

- 1- Venoclisis con hidratación.
- 2- Posición semisentada.
- 3- Dieta para diabetes e hiposódica.
- 4- Oxígeno húmedo a bajo flujo constante.
- 5- Nebulizaciones con solución fisiológica y salbutamol cada 6 horas.
- 6- Ampicilina + sulbactam 1,5gr. cada 6 horas.
- 7- Enalapril 10 mg. cada 12 horas.
- 8 - Ranitidina 300mg. por día.
- 9 - Hidrocortisona 500 mg. por día.
- 10- Insulina corriente según control de glucemias.
- 11- Asistencia kinesio-respiratoria.

9) Exámenes complementarios:

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 10.500 mm³

Hematocrito: 40%

Glucemia: 3,80 g/L

Urea: 0,16 g/L

Diagnóstico definitivo: 1- Neumonía bilateral vírica primaria.

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

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

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 80 x'

Frecuencia respiratoria: 18 x'

Temperatura: 36,5°C

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

tantes bibasales.

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

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

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

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

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 6.400 mm³

Neutrófilos: 75%

Linfocitos: 23%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 0%

Basófilos: 0%

Urea: 0,28 g/L

Colesterol: 116 mg/dl

Glucemia: 2,10 g/L

Triglicéridos: 119 mg/dl

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

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

Día 5 de internación 5 de septiembre de 2006

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

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

Laboratorio:

Leucocitos: 5.000 mm³

Neutrófilos: 74%

Linfocitos: 21%

Eosinófilos: 3%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0 %

Urea: 0,38 g/L

Creatinina: 0,81 mg/dl

T. Protrombina: 79%

T. parcial de tromboplastina: 31"

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

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

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

Día 6 de internación 6 de septiembre de 2006

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

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

Día 7 de internación 7 de septiembre de 2006

Laboratorio:

Leucocitos: 6.200 mm³

Neutrófilos: 84%

Linfocitos: 15%

Eosinófilos: 0%

Monocitos: 1%

Basófilos: 0%

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

Eritrosedimentación: 85mm/1er H.

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

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

Día 8 de internación 08 de septiembre de 2006

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

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

Día 9 de internación 9 de septiembre de 2006

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

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

Día 10 de internación 10 de septiembre de 2006

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

Día 11 de internación 11 de septiembre de 2006

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

Laboratorio:

Leucocitos: 7.600 mm³

Neutrófilos: 74%

Linfocitos: 22%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 2%

Basófilos: 0%

Glucemia: 1,01 g /L

Urea: 0,54 g /L

Creatinina: 0,80 mg/dl

Recuento de plaquetas: 378.000 mm³

Eritrosedimentación: 80mm /1er H.

Día 12 de internación 12 de septiembre de 2006

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

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

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

Día 13 de internación 13 de septiembre de 2006

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

Día 14 de internación 14 de septiembre de 2006

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

Día 15 de internación 15 de septiembre de 2006

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

Laboratorio:

BAAR: negativo

Leucocitos: 8.000 mm³

Neutrófilos: 87%

Linfocitos: 15%
Monocitos: 1%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%

Eritrosedimentación: 75mm/1er H.

Se suspende la medicación con salbutamol en las nebulizaciones.

Día 16 de internación 16 de septiembre de 2006

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

Día 17 de internación 17 de septiembre de 2006

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

Día 18 de internación 18 de septiembre de 2006

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

Laboratorio:

Leucocitos: 5.500 mm³

Neutrófilos: 55%

Linfocitos: 40%

Monocitos: 2%

Eosinófilos: 0%

Basófilos: 0%

Eritrosedimentación: 74mm 1er H.

Glucemia: 1,68 g/L

Urea: 0,38 g /L

Creatinina: 0,85 mg/dl

Se realiza nuevamente radiografía de tórax de control.

Día 19 de internación 19 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 130/80 mm. Hg.

Aparato respiratorio: No presenta rales crepitantes, ni roncus, no presenta otros ruidos agregados, mejor estado general.

Día 20 de internación 20 de septiembre de 2006

Paciente afebril con tensión arterial 130/80 mm. Hg.

Se da el alta médica a la paciente.

Comentarios:

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

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

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

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

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

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

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

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

Análisis:

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

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

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

CASO CLINICO N° 9

GRIPPE PROLONGADA. Año 2007.

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

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

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

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



Fig.1: Fecha: 21/03/07

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



Fig.2: Fecha: 27/03/07

NEUMONÍA BILATERAL VIRICA CON PREDOMINIO IZQUIERDO:

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

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

No presenta insuficiencia cardiaca.

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

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

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

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

CASO CLINICO N° 10

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

Mejora con tratamiento Antivirico Oseltamivir

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

HISTORIA CLINICA: (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Fecha de consulta: 10 de octubre de 2008.

Sexo: Masculino.

Edad: 72 años.

Domicilio: La Paz - Paraguay.

Ocupación: Agricultor.

Nacionalidad: Paraguaya

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

Día de consulta 10 de octubre del 2008.

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

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

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

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

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

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

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 75 x'

Frecuencia respiratoria: 20 x'

Temperatura: 36°C

Peso: 80 kg.

Talla: 1,65 mts.

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

Cuello: Ingurgitación yugular, sin colapso inspiratorio.

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

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

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

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

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

7) Métodos complementarios:

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

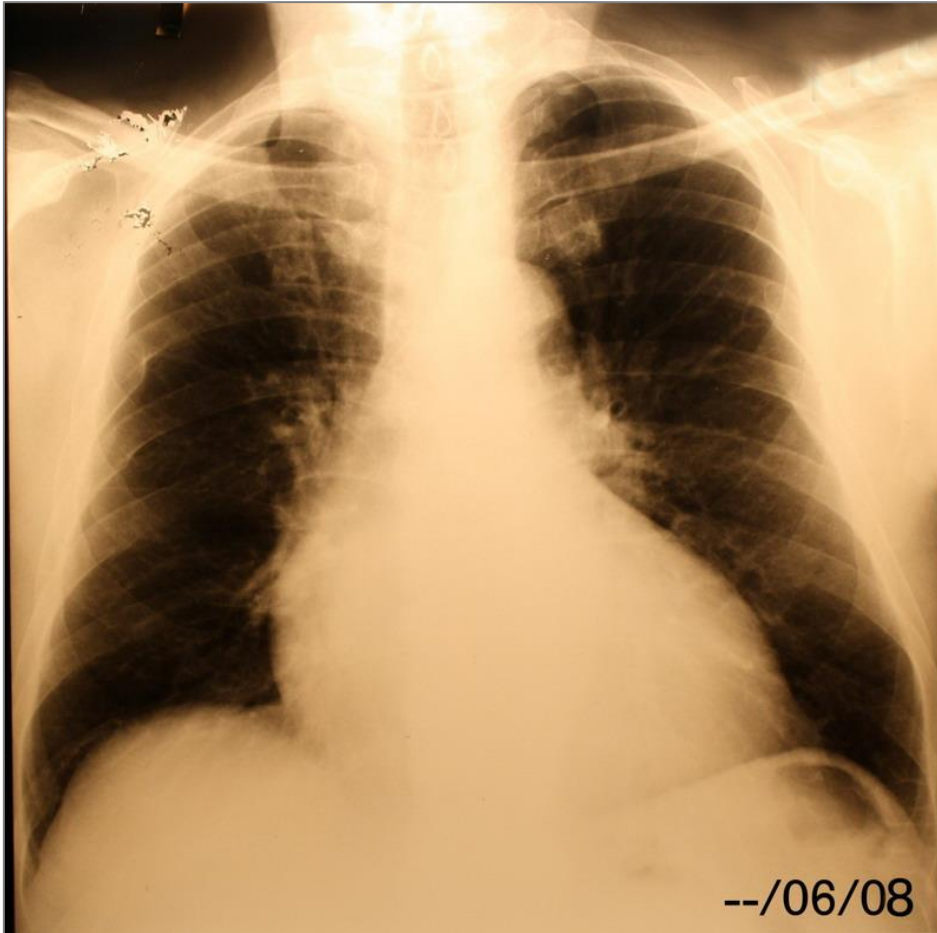


Fig.1: Fecha: --/06/08

Electrocardiograma: De fecha (10/10/08).

Frecuencia cardíaca 75 x', P-R 0,28 prolongado, falta de progresión de R de V1 a V3, falta de onda R DIII

Conclusión: 1) Bloqueo A-V de primer grado, 2) Inactivación eléctrica en cara anteroseptal y en DIII.

Laboratorio: junio 2008

Hormonas tiroideas: normales

8) Tratamiento: El paciente sigue enfermo por su gripe prolongada y que el virus de gripe activo o vivo de la vacuna antigripal, es el agente etiológico de su miocarditis aguda, por lo que el día 12 de octubre de 2008 el paciente inicia tratamiento con:

1) Antivírico Oseltamivir 75mg. cada 12hs. durante 10 días.

2) Dexametasona ampolla de efecto rápido y prolongado. Una dosis.

Se sigue indicando enalapril 5mg. cada 12hs., e hidroclorotiozida (1 comprimido por día) para su insuficiencia cardíaca, además dieta hiposódica y otras medidas generales.

9) Evolución:

Control clínico y cardíaco el día 27 de octubre de 2008: Con el tratamiento Antivírico Oseltamivir, mejora y cura totalmente su cuadro viral respiratorio en cuatro días. A nivel cardíaco nota el paciente que la disnea de

grado IV, a partir del tercer día de tratamiento mejora francamente y progresivamente hasta el décimo quinto día cuando nota una gran mejoría de su disnea en un 70%, pasando a grado I. Desapareció la ingurgitación yugular, la hepatomegalia y edemas de miembros inferiores.

Rayos X de tórax frente: De fecha (20/10/08), ocho días después de iniciado el tratamiento antiviral, sigue con cardiomegalia y con distribución de flujo e hilios pulmonares pocos congestivos. (Ver Fig. 2)

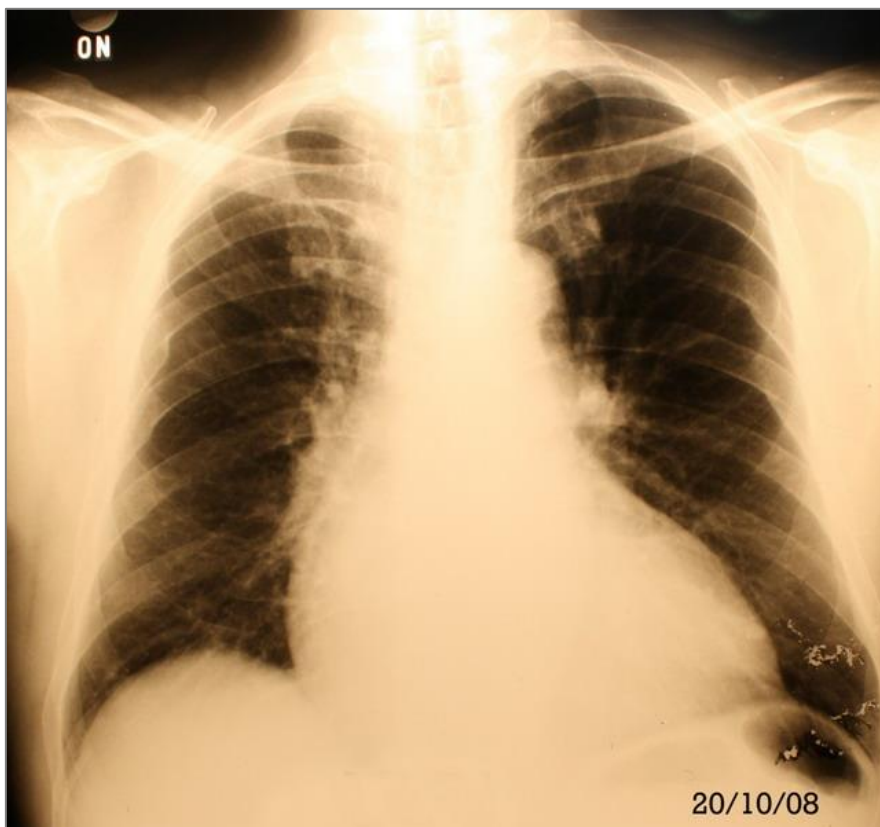


Fig.2: Fecha: 20/10/08

Laboratorio: 23 de Octubre de 2008

Hematíes: 4.450.000/mm³

Leucocitos: 6.500/ mm³

Neutrófilos en cayado: 0%

Neutrófilos segmentados: 60%

Linfocitos: 35%

Eosinófilos: 2%

Monocitos: 3%

Basófilos: 0%

Hematocrito: 44%

Rto. de Plaquetas: 165.000/ mm³

Eritrosedimentación: 22mm/ 1era. hora

P.C.R.: No reactiva

Fosfatasa alcalina: 340 U/L (elevada)

GPT: 85 UI/L (elevada)

Glucemia: 1gr/l

Creatininemia: 1,08 mg/dl

Uricemia: 78mg/l
Bilirrubina directa: 0,44 mg/dl
Bilirrubina total: 1,14 mg/dl
V.D.R.L. cualitativa: No reactiva
Orina: Normal

Control clínico y cardiológico el día 19 de noviembre de 2008: Con mejor estado, disnea de esfuerzo grado I.

Ecocardiograma Modo "M", "2D" y Doppler: De fecha 12 de Noviembre de 2008. (Ver Fig.3.) Ventrículo izquierdo dilatado - dilatación de las dos aurículas - motilidad parietal con hipocinesia global - deterioro leve de la función de los dos ventrículos - signos indirectos de presiones elevadas en cavidades derechas.

Vena cava inferior dilatada, sin colapso inspiratorio.

Ventrículo derecho tamaño normal pero con función sistólica levemente reducida.

Ventrículo izquierdo dilatado diámetro telediastólico 68mm (valor normal hasta 56mm), sin hipertrofia, función sistólica deteriorada en grado levemente reducida, fracción de eyección 52% (por Simpsons) para un valor normal mayor de 55%.

Motilidad parietal hipocinesia global.

Válvula mitral de características normales, falta de coaptación de sus valvas en sístole (insuficiencia mitral leve a moderada secundaria a dilatación del anillo mitral).

Válvula aortica normal, raíz de aorta normal, válvula pulmonar normal.

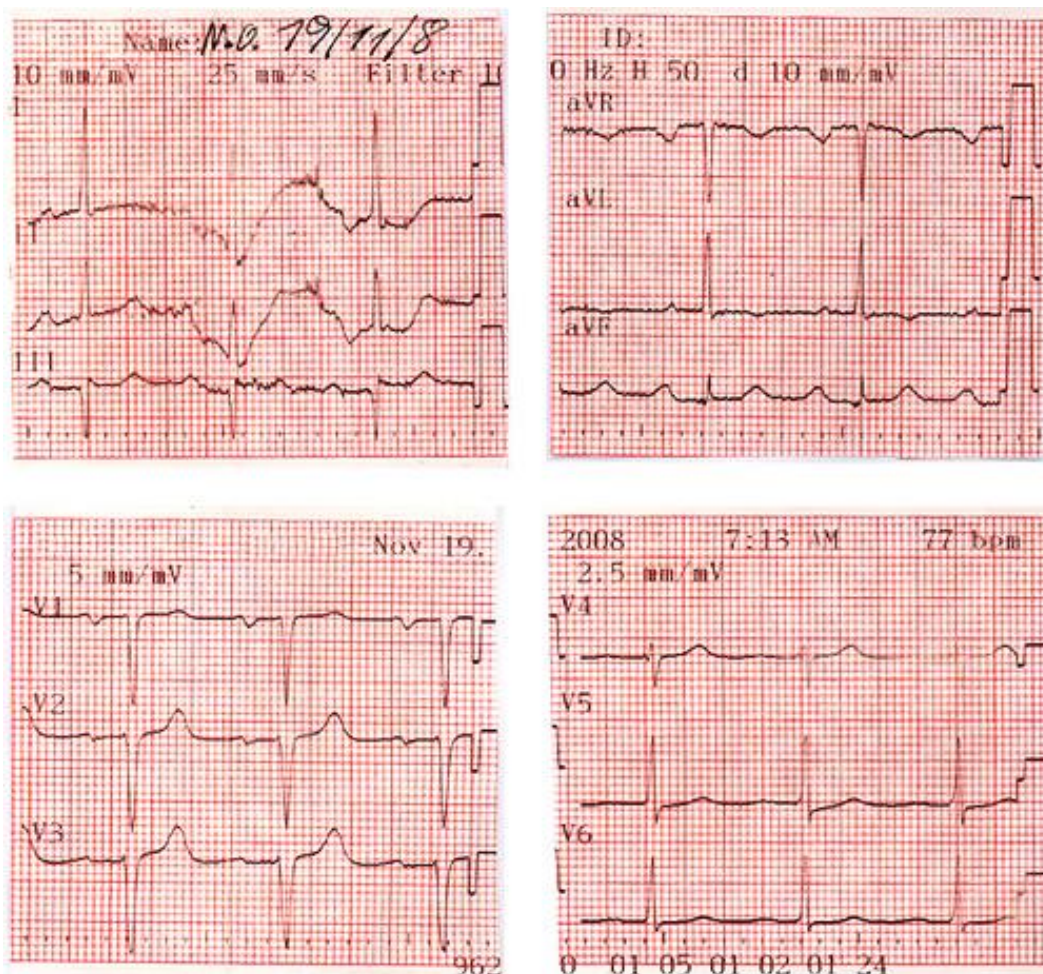


Fig.3: Fecha: 12/11/08

Dilatación de ventrículo izquierdo y dilatación de ambas aurículas.

Lamentablemente no se pudo conseguir el primer estudio de ecocardiografía realizado en julio de 2008, el cual se sospecha estaría peor, para comparar con este último.

Electrocardiograma: De fecha 19 de Noviembre de 2008. Igual a electrocardiograma anterior, persiste bloqueo A-V de primer grado e inactivación eléctrica de V1, V2, V3 y en DIII, alteración de la repolarización en AVL. (Ver Electrocardiograma 1)



Electrocardiograma 1 de Fecha: 19/11/08

Diagnóstico:

- 1) Gripe Prolongada.
- 2) Miocarditis aguda con insuficiencia cardiaca grado III-IV. De etiología vírica, por virus de gripe activo o vivo de la vacuna antigripal.

Comentario: Luego de cuatro meses de evolución y al ser tratado se cura su enfermedad respiratoria (gripe prolongada) totalmente en cuatro días y mejora su insuficiencia cardiaca en un 70%, retrogradando a grado I en quince días con el tratamiento efectuado con el antiviral Oseltamivir, volviendo a trabajar normalmente.

Diagnóstico:

1) Efecto adverso de la vacuna antigripal.

1.1) Gripe Prolongada y complicada con **1.2) Miocarditis aguda** con **insuficiencia cardiaca grado III-IV.**

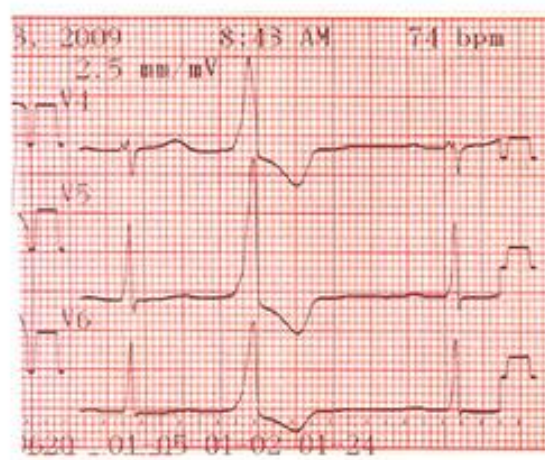
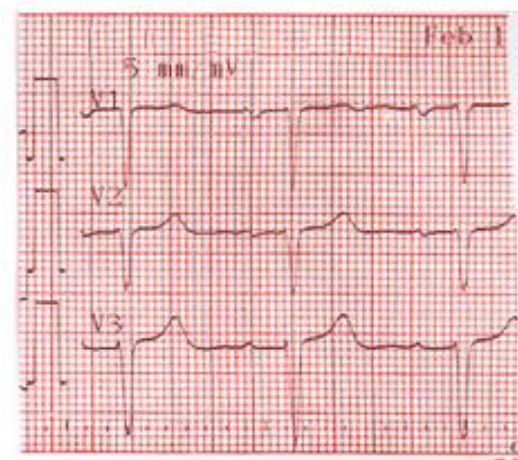
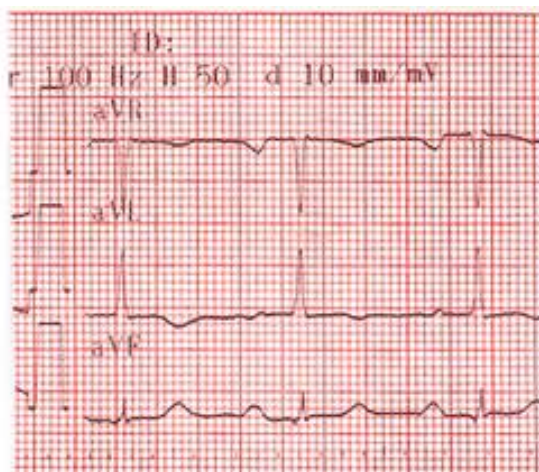
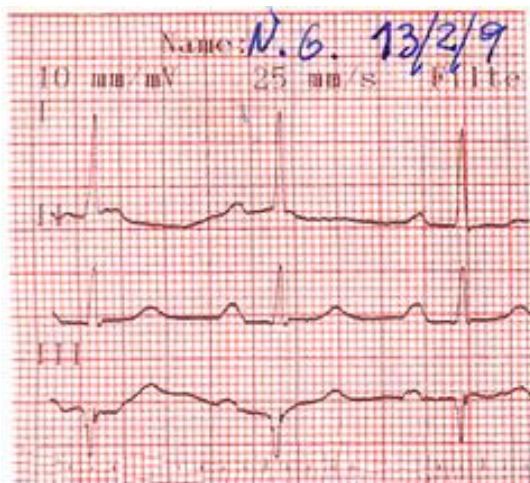
Evolución: Día 13 de febrero de 2009: Con mejora franca y progresiva de su insuficiencia cardiaca, ya a fin de enero 2009 puede correr 50 metros sin disnea y realizar trabajos de agricultura de gran esfuerzo (en el inicio de la enfermedad al caminar 30 metros su disnea era de grado III-IV).

Examen físico: Paciente en buen estado, tensión arterial normal, se ausculta escaso soplo mitral sistólico (un sexto).

Tratamiento:

Enalapril 5mg. cada 12hs., mas Hidroclorotiazida 1 comprimido por día. Aspirina 250mg. día. Se agrega Espironolactona 25mg. día.

Electrocardiograma: De fecha 13 de febrero de 2009. Persistencia del bloqueo A-V de primer grado. Inactivación eléctrica y falta de progresión de "R" de V1 a V4 y en DIII. Alteración de la repolarización en D1, AVL, V5 y V6. Una extrasístole ventricular. (Ver Electrocardiograma 2)



Electrocardiograma 2 de Fecha: 13/02/09

Rayos X de tórax frente: De fecha (13/02/09), se observa mejora radiológica, hilios pocos congestivos y redistribución de flujo más acentuada, con ¿menos cardiomegalia? a pesar de que el índice cardio-torácico se mantuvo igual en las tres radiografías. (Ver Fig.4)

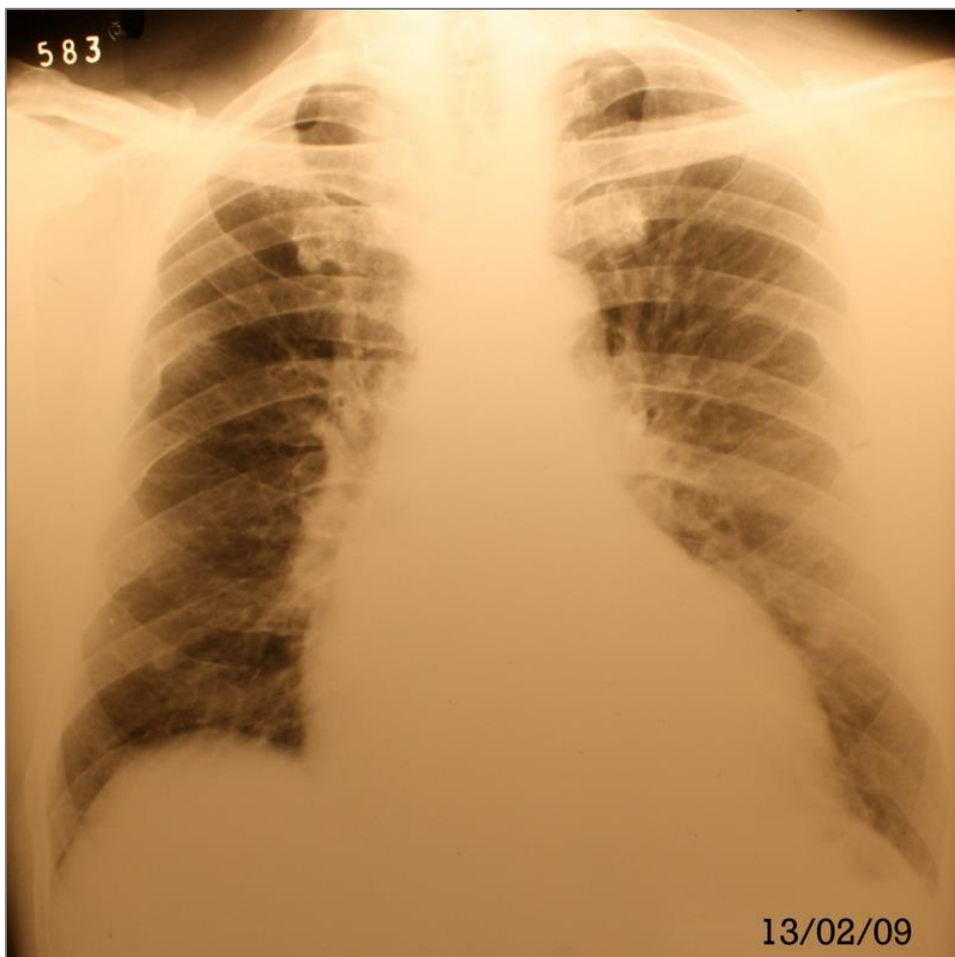


Fig.4: Fecha: 13/02/09

Comentario: Si este paciente hubiese sido tratado con el antiviral (oseltamivir) al inicio de su enfermedad respiratoria, se hubiese curado rápidamente y no habría presentado las complicaciones cardíacas, insuficiencia cardíaca y miocarditis aguda.

Comentarios:

- Primera vez que se aplica la vacuna antigripal en su vida.
- Nunca antes presentó esta enfermedad tan prolongada y estos síntomas, es la primera vez.
- La Gripe común siempre fue leve y de corta duración, no más de cinco días y curaba sólo, la padecía una vez cada tres años.
- Nunca antes presentó broncoespasmo. Es la primera vez luego de aplicarse la vacuna antigripal.
- Clínicamente se observó una curación rápida de su enfermedad respiratoria en cuatro días con el tratamiento antivírico, aún siendo tratada su enfermedad respiratoria prolongada (Gripe Prolongada) a los tres meses y medio de evolución.

- Clínicamente se observó una rápida y franca mejoría de su insuficiencia cardiaca en 15 días y su miocarditis, con el tratamiento antivírico.
- Nunca antes presentó insuficiencia cardiaca.
- Quedó con secuelas de insuficiencia cardiaca y bloqueo cardiaco A-V de primer grado.
- El paciente relata que no se aplicaría nunca más la vacuna antigripal.

Comentario: Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por la vacuna antigripal mal fabricadas, que presenta complicaciones respiratorias y cardiacas graves, quedando con secuelas y con riesgo de vida, que no son diagnosticadas ni tratadas a tiempo con el tratamiento específico.

CASO CLINICO N° 11 (Síntesis)

Año 2010. "Gripe Prolongada" Complicada con Liquen Rojo Plano. Mejora con tratamiento Antivírico Oseltamivir.

Mujer de 63 años se aplicó la vacuna antigripal e inmediatamente presentó "Gripe Prolongada" con Liquen Rojo Plano (Confirmado por Biopsia). Se trató con antiviral Oseltamivir, mejorando un 80% rápidamente en 7 días. (Ver Fig. 1)



Fig. 1

CASO CLINICO N° 12

GRUPE PROLONGADA (Niña de 9 meses)

"Gripe Prolongada,"

**complicada con Neumonía Viral Primaria unilateral,
con Insuficiencia respiratoria**

Curada con antivírico Oseltamivir en seis días

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

HISTORIA CLINICA: AÑO 2012 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: Niña de 9 meses.

Domicilio: Posadas- Misiones.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de julio de 2012.

3) Motivo de consulta: Disnea grado III-IV, tos.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Paciente que le aplican la vacuna antigripal Pandémica trivalente AH1N1 por indicación médica y por ser obligatoria por ley en la Argentina, por primera vez el día 07/06/12 y a los 7 días comienza con rinitis mucoserosa y luego mucopurulenta, estornudos, fiebre de 37.8°, astenia, anorexia marcada. Luego se agrega tos con expectoración mucoserosa y a los días siguientes se agrega mucopurulenta. Presenta después disnea y broncoespasmo, llanto, vómitos e insomnio, hay rechazo a la lactancia.

El cuadro agudo dura 20 días, consulta sucesivamente a varios pediatras que le medican con corticoides, broncodilatadores (salbutamol), amoxicilina, ibuprofeno. No mejorando del cuadro viral respiratorio prolongado, persistiendo en menor intensidad. Luego presenta una reagudización de la misma enfermedad el día 05 de julio de 2012 con mayor intensidad del broncoespasmo y mayor disnea con fiebre alta 38.5, consulta el día 06 de julio a otro pediatra, quién solicita rayos x de tórax y constata una neumonía, trata con antibiótico amoxicilina + clavulánico durante 7 días terminando el día 14 de julio de 2012 no mejorando ni curando con este tratamiento con antibiótico. La paciente niña no mejora de su infección respiratoria prolongada, persistiendo con los síntomas de astenia, tos, expectoración mucopurulenta, con broncoespasmo y disnea grado III – IV.

Siguiendo así hasta que consulta el día 26 de julio 2012 a éste consultorio del hospital de adultos, donde se atiende a la niña y a la madre muy preocupada y angustiada por la enfermedad viral respiratoria prolongada y que no curaba.

La madre relata que también presentaba anorexia y que no subió de peso durante el mes de julio.

Fue vista y tratada por 4 (cuatro) médicos pediatras durante los meses de junio y julio, con varios tratamientos y no curando su cuadro viral respiratorio prolongado de un mes y 12 días de duración, en total (42) cuarenta y dos días sin curar.

Sigue con una enfermedad respiratoria viral y prolongada de 42 días de duración pese a tratamientos de (4) cuatro pediatras sin curar ni mejorar. Al contrario siguió peor y con complicaciones pulmonares como disnea, broncoespasmo y neumonía.

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

6) Examen físico: Paciente pesa 9 Kg., lúcida, afebril, asténica, rinitis con secreción mucopurulenta, con tos y expectoración mucopurulenta.

Aparato respiratorio: con disminución de la entrada de aire en ambos pulmones, con broncoespasmo, con roncus y sibilancias, se escuchan pocos rales crepitantes en campo medio y superior del hemitórax izquierdo.

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

Rx Tórax frente: Día 6/7/12. Presenta infiltrado intersticio alveolar en tercio superior izquierdo de pulmón izquierdo, y congestión bronco vascular en ambos pulmones. Pequeño infiltrado en base izquierda. (Ver Fig.1)

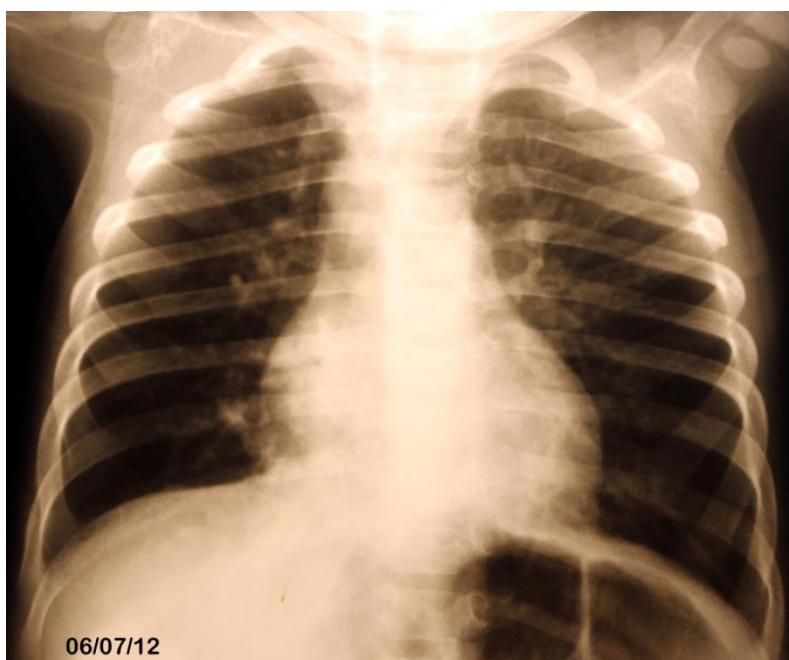


Fig.1

7) Diagnóstico:

Frente a esta presentación clínica se realiza el diagnóstico de:

- 1)** Neumonía viral primaria unilateral. Producida por la vacuna antigripal.
- 2)** Gripe Prolongada en Niña de 9 meses de edad.
- 3)** Gripe prolongada complicada con Insuficiencia respiratoria severa, broncoespasmo, disnea y con Neumonía vírica de Gripe.
- 4)** Enfermedad viral respiratoria prolongada de Gripe complicada con disnea, broncoespasmo y Neumonía.
- 5)** Enfermedad viral respiratoria prolongada de Gripe de 42 días de duración.
- 6)** Efecto adverso de la vacuna antigripal Pandémica trivalente AH1N1 2012 contagiada por virus de Gripe vivos de la vacuna y complicada con Neumonía vírica primaria por virus vivos de Gripe de la vacuna.

Frente a este diagnóstico y complicaciones se indica el tratamiento.

8) Tratamiento: El día 26/7/12 se inicia el tratamiento con antivírico para virus de gripe: Oseltamivir (droga original) en dosis de una cápsula de 30mg. cada 12 horas por cinco días y con ibuprofeno cada 12 hs. por cinco días (las capsulas de Oseltamivir son abiertas y disueltas con líquidos o alimentos).

9) Evolución: Día 1/8/12 Consulta la madre y confirma que la niña mejora ya con la segunda cápsula (24hs.) y a las 48hs. mejoró un 40%, a los 4 días un 80% y a los 5 días el 90% con el tratamiento indicado.

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

La niña se encuentra en buen estado, afebril, la tos desapareció a las 24 hs. de comenzado el tratamiento, desapareció la rinitis y la secreción mucopurulenta, también se curó de la expectoración mucopurulenta, todo sin antibióticos, desapareció la anorexia, toma líquidos, come bien, y la lactancia es normal,

Se constata una recuperación y curación del 90% (Noventa por ciento) en 6 (seis) días de tratamiento.

Examen físico: desapareció la disnea, no presenta broncoespasmo, ni roncus ni sibilancias, sin ruidos agregados, ambos hemitórax ventilan bien.

10) Evolución: Día 8/8/12 Consulta y se constata una niña en buen estado general, al examen físico buena ventilación pulmonar sin ruidos agregados, todo normal. Paciente curada en un 100%

El control de Rx de tórax de frente del día 8/8/12 presenta una mejora importante desapareciendo la imagen del infiltrado intersticio alveolar en tercio superior izquierdo, menor congestión broncovascular y casi desaparición del pequeño infiltrado en base pulmón izquierdo. (Ver Fig.2)

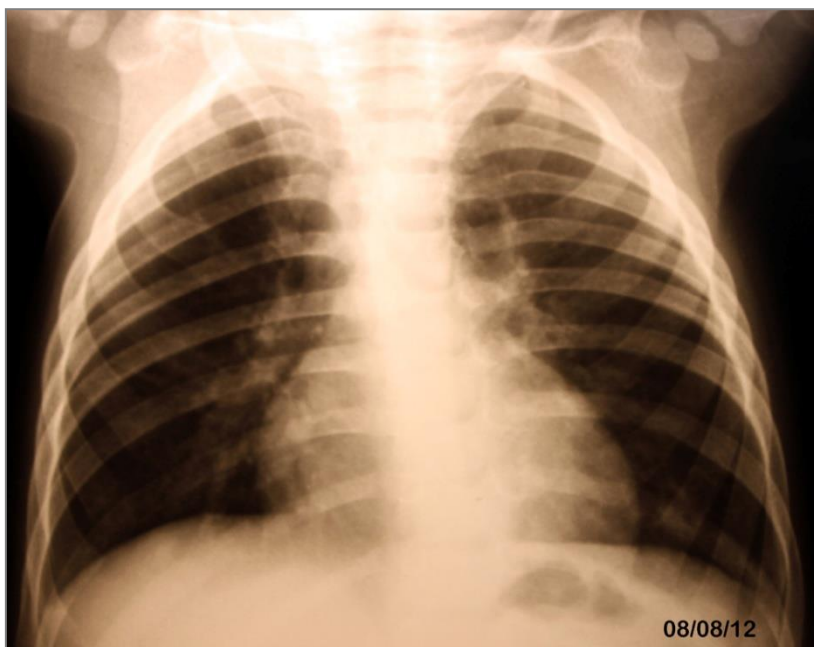


Fig.2

10) Evolución y comentario del tratamiento: Con el tratamiento antivírico se observó una muy buena respuesta clínica, curando la paciente en 5 días en un 90%.

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

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

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

Este año 2012 es la primera vez que se aplica la vacuna antigripal.

Se aplicó en un centro de atención primaria y se enfermó igual que otros niños con los mismos síntomas respiratorios prolongados, repitiendo la misma enfermedad después de la aplicación de la vacuna antigripal.

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

Es la primera vez que presenta una Neumonía.

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

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

Decide la madre no aplicarle más la vacuna antigripal.

- Este es otro caso más de una NIÑA de 9 (nueve meses de edad) vacunada con la antigripal 2012 (obligatoria por ley) con graves consecuencias y riesgo de vida por una vacuna antigripal mal fabricada y con virus de gripe vivos, donde se realizó un diagnóstico correcto y se trató específicamente con el antivírico correspondiente curando la paciente totalmente.
- Pero quedan todavía cientos de miles de NIÑOS afectados, no diagnosticados y no tratados específicamente, que padecen esta enfermedad, con complicaciones graves y con cientos de muertos aun en este año 2013.

PARTE VII

CASOS CLINICOS DE

"GRIPE PROLONGADA POR MUTACIÓN"

CASO CLINICO N° 1

GRIPE PROLONGADA POR MUTACION CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

HISTORIA CLINICA: AÑO 2004 al 2006 (Paciente ambulatoria).

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 24 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Estudiante Universitaria.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de abril de 2006.

3) Motivo de consulta: Tos, astenia, cefaleas, rinitis, fiebre menor de 38°C y por padecer un síndrome viral respiratorio prolongado que no cura.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Comenzó con su enfermedad hace dos años (2004) con fiebre no muy alta menor a 38°C, transpiración, astenia marcada, artromialgias, cefaleas, rinitis, dolor de garganta, tos con expectoración mucoserosa, epífora, conjuntivas congestivas, con reposo en cama durante 7 días. Estos cuadros se repiten cada tres meses, que duran aproximadamente 30 días, de los cuales los primeros 24 días se presentan en forma leve y los últimos 6 días en forma más intensa.

En total desde el 2004 y hasta la fecha de consulta en abril de 2006, ya presentó 9 reagudizaciones.

En los años 2004, 2005 y 2006 recibió varios tratamientos con los siguientes fármacos, antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroideos, penicilina, amoxicilina, ampicilina + sulbactam, amoxicilina + sulbactam. En varias ocasiones mejorando levemente, pero no curando la enfermedad con ningún tratamiento.

5) Antecedentes Patológicos de importancia: No se realizó cirugías, no se aplicó la vacuna antigripal.

6) Examen Físico: Paciente lúcida, presión arterial 110/70mm.Hg.

Aparato cardiovascular sin soplos.

Aparato respiratorio sin particularidades.

Sí presenta adenomegalias submaxilares leves poco dolorosas, resto del examen físico sin particularidades.

7) Diagnóstico: "Gripe Prolongada por Mutación".

El diagnóstico que le dijeron los médicos que la atendieron durante estos últimos 3 años fue de Gripe.

8) Métodos complementarios: Se solicitan radiografía de tórax y análisis de sangre y orina de rutina.

9) Tratamiento: Se indicó el antivírico Oseltamivir 1 cápsula cada 12hs. por 5 días. La paciente refiere que luego de la ingesta del oseltamivir mejoro inmediatamente en 3 días en un 80% y totalmente en 10 días.

10) Evolución: No volvió a tener ninguno de los síntomas de gripe prolongada por mutación, hasta la fecha de nueva entrevista el día 15 de febrero de 2007, ya 10 meses después del tratamiento.

La paciente se curó completamente de su cuadro respiratorio viral prolongado (Gripe Prolongada por Mutación) con el antivirico Oseltamivir.

11) Comentario: Este es otro caso clínico de "Gripe Prolongada por Mutación" que presenta reagudizaciones en total 9 veces afectada en tres años de evolución.

Este caso demuestra una vez más lo prolongado de la enfermedad, con reagudizaciones frecuentes, como miles de otras personas afectadas no diagnosticadas y no tratadas que padecen esta enfermedad, con riesgo de complicaciones y de muerte.

CASO CLINICO N° 2

GRIPPE PROLONGADA POR MUTACION

CURADA CON ANTIVIRICO OSELTAMIVIR

HISTORIA CLINICA: AÑO 2004 al 2007 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 62 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Lic. en Trabajo Social.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 26 de abril de 2006.

3) Motivo de consulta: Astenia intensa, fiebre menor a 38°C, rinitis mucoserosa, epistaxis, tos persistente, expectoración mucoserosa y mucopurulenta, disfonía marcada, transpiración nocturna y escalofríos.

Estos síntomas comenzaron en el 2004 y desde entonces se repiten permanentemente hasta el momento de la consulta.

Presenta un síndrome viral respiratorio prolongado a repetición que no cura, de dos años antes y el que también es motivo de la consulta.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Comienza en marzo de 2004 con astenia marcada, disminución de fuerzas, fiebre mayor a 38°, artro-mialgias, transpiración profusa a la tarde o noche, anorexia, estornudos, rinitis mucoserosa, epistaxis sin relación con la rinitis, dolor de garganta intensa, disfonía marcada, tos irritativa muy persistente, a la que después se agrega expectoración mucoserosa y posteriormente mucopurulenta, escalofríos a la noche, otalgia, fotofobia, permaneciendo en reposo durante 15 días.

Se repite el mismo cuadro de gripe pero con menor duración e intensidad, en mayo, agosto y noviembre, complicándose además con neumonía.

En el 2005 se repite el mismo cuadro de gripe durante los meses de febrero, marzo, junio, octubre y noviembre. Complicándose en el mes de junio con neumonía y en octubre y noviembre con broncoespasmo.

En el 2006 se repite el cuadro gripal, en febrero y durante el mes de abril, motivo por lo que consulta.

En los años 2004, 2005 y 2006 se realizaron varios tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos, amoxicilina, ampicilina + sulbactam, eritromicina, antihistamínicos, en reiteradas veces y en todos los meses de la afección, con mala respuesta al tratamiento con todos estos fármacos indicados, no curando esta enfermedad.

5) Antecedentes de importancia: Nunca padeció de neumonías, asma bronquial ni broncoespasmos.

No se aplicó la vacuna antigripal.

Insuficiencia renal aguda curada.

Hipotiroidismo tratada con levotiroxina.

Cirugía de vesícula.

6) Examen físico: Paciente lúcida, afebril, presión arterial 120/70mm.Hg..

Aparato cardiovascular sin soplos.

Aparato respiratorio sin particularidades.

Abdomen sin particularidades.

7) Diagnóstico: "Gripe Prolongada por Mutación". Permanente desde el año 2004 (ya lleva 2 años).

8) Métodos complementarios: Se solicitan rayos x de tórax de frente, electrocardiograma, análisis de sangre y orina completos.

9) Tratamiento: Se indica el antivírico Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 5 días. La paciente decide no realizar el tratamiento indicado, no recibiendo el Oseltamivir y no volviendo más a la consulta.

10) Evolución: La paciente vuelve a consultar un año después, en mayo de 2007, nuevamente por la misma reagudización y los mismos síntomas de astenia intensa, fiebre menor a 38°C, rinitis mucoserosa, epistaxis, tos persistente, expectoración mucoserosa y mucopurulenta, disfonía marcada, transpiración nocturna y escalofríos.

Relata en el tiempo que no volvió más a la consulta, haber padecido una reagudización más en junio de 2006 y tres reagudizaciones en este año 2007, lo que demuestra la persistencia y repetición de la enfermedad.

11) Tratamiento: Se indica nuevamente el Oseltamivir una cápsula cada 12hs. por 5 días y aquí sí la paciente realiza el tratamiento completo. La paciente mejora inmediatamente, presentando una mejora en la evolución clínica a las 48hs. del 70% y a los 7 días del 100%. Curando totalmente y no volviendo a repetir los síntomas de esta enfermedad.

12) Evolución: Paciente que luego de 5 meses del tratamiento realizado, no presentó más ningún síntoma de reagudización, curándose totalmente.

13) Comentario final: Este es otro caso clínico más de "Gripe Prolongada por Mutación" donde por 3 años y medio consecutivos presentó 15 reagudizaciones por virus de gripe mutado, complicándose con dos neumonías, otra vez con broncoespasmos nunca padecidos y que con el tratamiento antivírico con Oseltamivir mejora un 70% en 48hs. y se cura totalmente en 7 días, de esta enfermedad viral respiratoria muy prolongada de 3 años y medio de duración, que es la "Gripe Prolongada por Mutación" producida por un virus de gripe mutado.

Este caso demuestra una vez más lo prolongado de la enfermedad, con reagudizaciones frecuentes, con complicaciones y riesgo de vida, como miles de otras personas afectadas no diagnosticadas y no tratadas.

Comentario adjunto: A fines del año 2006 se realizó una cirugía menor, estando en buen estado de salud, se complica con una infección bacteriana por staphylococcus aureus en forma severa.

Se interpreta esto como la permanencia del virus de gripe prolongada por mutación en la paciente como portadora y frente al estrés de la cirugía puede que el virus haya sido reactivado con poco efecto de virulencia y lo suficiente para potenciar al staphylococcus aureus y producir una infección severa con riesgo de vida. Ya se sabe que el virus de gripe común potencia el efecto patógeno del staphylococcus aureus.

En todo tipo de cirugía en el prequirúrgico realizado, como en este caso sería conveniente tratar con Oseltamivir una cápsula de 75mg. cada 12hs. por 5 días, para evitar complicaciones por staphylococcus aureus u otras bacterias.

CASO CLINICO N° 3

GRYPE PROLONGADA POR MUTACION

"Gripe Prolongada por Mutación", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y óbito
No se trató con antivírico Oseltamivir
(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2005 (Paciente internado).

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.
Edad: 53 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Médico.
Nacionalidad: Argentina.

2) Día de internación: 7 de septiembre de 2005.

3) Motivo de consulta: Alteración del sensorio, vómitos y escasa diarrea.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente que comienza 7 días antes (01/09/2005) con un cuadro de reagudización viral respiratorio típico de gripe, con los siguientes síntomas: fiebre 38°C, astenia, artromialgias, dolor de espalda, estornudos intensos y persistentes, rinitis mucoserosa, tos irritativa, expectoración mucoserosa escasa, luego de estos síntomas se agregan vómitos, escasa diarrea y alteración del sensorio lo cual motiva la consulta y la internación.

5) Antecedente de importancia: Pero esta enfermedad realmente comienza tres meses antes, el 6 de junio del 2005 con un cuadro viral respiratorio de gripe con los siguientes síntomas: fiebre 39°C, astenia, artromialgias, dolor de espalda, estornudos intensos y persistentes, rinitis mucoserosa, tos irritativa, expectoración mucoserosa y escasa diarrea. Todo el cuadro agudo duró 7 días, no mejora totalmente con el tiempo, quedando con, astenia, febrículas, tos y rinitis, todo en menor grado, durante tres meses, presentando en cada mes una reagudización con los mismos síntomas de 4 días de duración cada una, en total fueron tres reagudizaciones o recaídas, durante julio, agosto y septiembre, siendo este último mes el motivo de su complicación e internación.

Interrogatorio a familiar: El paciente siempre fue sano sin ninguna enfermedad previa la madre fallece dos semanas antes que el paciente se interne.

No se aplicó vacuna antigripal.

6) Diagnóstico: El paciente se interna e inmediatamente pasa a unidad de terapia intensiva con diagnóstico de:

- 1 - Insuficiencia respiratoria severa.
- 2 - Neumonía bilateral.
- 3 - Síndrome viral respiratorio.

7) Tratamiento: Se trata con triple cobertura de antibióticos, cubriendo bacterias gram positivas, gram negativas y staphylococcus aureus. No se indicó el antivírico Oseltamivir.

8) Métodos complementarios:

Radiografía de tórax: Infiltrado intersticio alveolar en los dos pulmones en bases y campos medios e imagen condensante en tercio superior del pulmón izquierdo.

Laboratorio: Gases en sangre: severa hipoxemia.

Hemocultivo, urocultivo y coprocultivos negativos para bacterias.

Serología para HIV negativo.

Estudios virológicos del suero para virus respiratorios, clamidia y micoplasma pneumoniae, todos negativos realizados en el Instituto Malbrán de Buenos Aires, resultados llegados después de un mes y medio.

9) Evolución: El paciente evoluciona mal, se agrava rápidamente en horas, entra en insuficiencia respiratoria grave requiriendo asistencia respiratoria mecánica, no responde al tratamiento aplicado y fallece el día 09/09/05, dos días después a su internación, no se realizó autopsia.

10) Diagnósticos definitivos:

1 - Insuficiencia respiratoria grave.

2 - Neumonía bilateral vírica primaria.

3 - Síndrome viral respiratorio prolongado y reagudizado.

4 - "Gripe Prolongada por Mutación".

11) Comentario: Paciente que fallece con diagnóstico clínico de enfermedad respiratoria viral, neumonía bilateral vírica primaria, con insuficiencia respiratoria grave, con síndrome viral respiratorio prolongado y reagudizado. No se supo qué virus lo afectó, muerte a microorganismo desconocido. Esto es grave, porque si creemos que realmente fue negativo para los virus estudiados, es aún peor, porque significa que es un virus respiratorio desconocido, lo cual es lo que estoy afirmando y es igual a la clínica de la "Gripe Prolongada por Mutación" ya descripta anteriormente.

Se afirma este diagnóstico porque es una enfermedad viral respiratoria que duró tres meses con tres reagudizaciones o recaídas, agravándose y complicándose en la última reagudización y fallece por insuficiencia respiratoria grave con neumonía bilateral de tipo vírica, por eso se piensa en una "Gripe Prolongada por Mutación" por la clínica y la epidemiología.

El paciente fue velado con el féretro cerrado y el entierro se realizó antes del tiempo estipulado, quedó la impresión de que no se quería investigar nada. ¿Hubo un ocultamiento de los informes virológicos del Malbrán? o del ¿Ministerio de Salud Pública de la Nación? ¿No se identificó verdaderamente el virus?

Este es otro caso más de "Gripe Prolongada por Mutación", complicada con insuficiencia respiratoria grave y neumonía bilateral vírica primaria, de los miles de casos afectados, no diagnosticados y no tratados, que lamentablemente terminan muriéndose, sin llegar a un diagnóstico etiológico de qué virus respiratorio causó el fallecimiento.

Se insiste en que es un nuevo virus de gripe mutado y desconocido, que coincide totalmente con el cuadro clínico y epidemiológico que causó el fallecimiento del paciente.

CASO CLINICO N° 4

GRUPE PROLONGADA POR MUTACION

**"Gripe Prolongada por Mutación",
complicada con Neumonía vírica primaria
Curado con antivírico Oseltamivir
(Neumonía adquirida de la comunidad)**

HISTORIA CLINICA: AÑO 2006 (Paciente ambulatorio)

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.

Edad: 68 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Médico.

Nacionalidad: Argentina.

2) Día de consulta: 2 de octubre de 2006.

3) Motivo de consulta: Astenia marcada, artromialgias, tos, fiebre.

4) Antecedente de la enfermedad actual: Comienza a fines de agosto del 2006 con clínica de gripe, con los siguientes síntomas: fiebre, astenia, artromialgias, rinitis mucoserosa (poca), tos persistente sin expectoración. Todo el cuadro agudo duró 20 días seguidos sin parar y disminuyó lentamente la rinitis.

Luego mejora, pero sin recuperarse totalmente durante 10 días más, y el 29 de septiembre (ya llevaba 30 días en total sin curarse) comienza nuevamente con los mismos síntomas de gripe pero con mayor intensidad y en forma aguda, con fiebre, astenia marcada, artromialgias, rinitis, tos muy intensa, frecuente y persistente, sin expectoración, temblor importante y sin disnea.

Este último cuadro de reagudización evolucionó en pocos días (3 días) en su presentación clínica.

5) Otros antecedentes de importancia: Hipertensión arterial.

Sedentarismo y Obesidad.

No se aplicó la vacuna antigripal.

6) Evolución: El paciente consulta al neurólogo por el temblor, quien descarta una enfermedad neurológica. Posteriormente se realiza el día 01/10/06 una radiografía de tórax de frente donde se observa un infiltrado en base izquierda tipo intersticio alveolar y con una atelectasia laminar en base derecha. (Ver Fig.1)



Fig.1: Fecha: 01/10/06

7) Examen físico: Paciente lúcido, febril, con Glasgow 15/15, en regular estado general, muy asténico.

Tensión arterial: 140/95 mm.Hg.

Temperatura: 38,5°C

Piel y mucosas: Con temperatura elevada, turgencia y elasticidad conservada, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio: Se auscultan rales crepitantes en base izquierda, se ausculta disminución en la entrada de aire en base derecha, sin broncoespasmo y sin disnea.

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

Durante la consulta se observa la radiografía de tórax de frente, que presenta un infiltrado intersticio alveolar en base izquierda.

8) Diagnóstico: Frente a esta presentación clínica y radiológica se realiza el diagnóstico de:

- 1) Enfermedad viral respiratoria.
- 2) Neumonía viral primaria.
- 3) Gripe Prolongada por Mutación.

Diagnóstico: Gripe Prolongada por Mutación complicada con neumonía viral primaria.

9) Tratamiento: Aplicando el tratamiento con antivirico para virus de gripe: Oseltamivir en dosis de una cápsula de 75mg. cada 8 horas por dos días y luego una cada 12 horas. También Dexametasona (8mg.) en ampolla, una cada 12 horas, dos en total.

10) Decisión y conducta médica: Se decide la no internación hasta el día siguiente y ver la evolución clínica.
Se solicitan análisis de laboratorio y electrocardiograma.

11) Evolución día 3 de octubre: Al día siguiente **el paciente relata a las 4 horas** de ingerida la primera cápsula **una mejora del 50%** y **luego de 12 horas del 70%**, también **clínicamente se constata una mejora del 70%**.

Paciente en mejor estado general, afebril, tensión arterial 130/90mm.Hg.

Aparato respiratorio: Con escasos rales crepitantes en base izquierda y mejor entrada de aire en base derecha.

Métodos complementarios día 3 de octubre: Al día siguiente se constatan en el **laboratorio** de análisis clínicos los siguientes datos de interés:

- Glucemia 2,74 g/L (aumentada, nunca presentó anteriormente, primera vez).
- Creatinina 2,2 mg/dl (aumentada, nunca presentó anteriormente, primera vez).
- P.C.R. (+++++) (aumentada).
- Recuento de Plaquetas 450.000 mm³ (aumentada, trombocitosis).
- **Electrocardiograma:** normal, leve supradesnivel en cara inferior y lateral, posible pericarditis.
- **Rayos X de tórax frente:** infiltrado intersticio alveolar en base izquierda.

12) Diagnóstico:

- 1- Enfermedad viral respiratoria.
- 2- Neumonía viral primaria de base izquierda.
- 3- Gripe Prolongada por Mutación (de 33 días de evolución con reagudización).
- 4- Falla renal aguda.
- 5- Trombocitosis.
- 6- Hiperglucemia.

Diagnósticos presuntivos:

- 7- Diabetes tipo II (de reciente comienzo).
- 8- Pancreatitis.
- 9- Pericarditis.

Diagnósticos previos conocidos:

- 10- Hipertensión arterial de larga data.
- 11- Obesidad.

Diagnóstico principal y definitivo: "Gripe Prolongada por Mutación" complicada con Neumonía viral primaria.

13) Sigue evolución y decisión médica: Frente a esta muy buena y rápida evolución clínica el paciente no se interna ya que se contaba con todos los elementos diagnósticos y no se encontraron una insuficiencia respiratoria y otros elementos clínicos que justificaran su internación.

14) Tratamiento:

1- Osetamivir una cápsula cada 8 horas por dos días y luego una cada 12 horas durante trece días más, en total quince días.

2- Dexametasona una ampolla intramuscular cada 12hs dos dosis en total, luego al detectarse glucemias elevadas, se siguió con un antiinflamatorio no esteroideo, un comprimido por día durante 7 días más.

15) Evolución día 4 de octubre: Paciente en mejor estado, afebril, tensión arterial 130/90mm.Hg.

Aparato respiratorio: Sin rales crepitantes en base izquierda y buena entrada de aire en base derecha.

16) Evolución y comentario del tratamiento: Paciente que en el momento de la consulta se presentaba lúcido, muy asténico, febril 38,5°, en regular estado general.

Se lo medica con Osetamivir, el paciente mejora inmediatamente luego de la administración del fármaco a las 4 horas aproximadamente en un 50% relatado por el paciente y **constatado** por el médico su mejor evolución clínica.

- A las 24 horas mejoró un 70%.
- A los 7 días mejoró un 90%.
- A los 20 días el 100%.

Esto demuestra una eficacia del antivírico osetamivir que sorprende al paciente y al médico por su excelente y rápida recuperación clínica, en horas.

La evolución de los análisis del inicio y con el transcurrir de los días fue la siguiente:

- De 9.000 blancos a 7.000 (en 7 días).
- De 3 neutrófilos en cayados, luego desaparecieron (en 7 días).
- P.C.R. de (+++++) a (+++), (++) , (+) (en 20 días).
- Recuento de Plaquetas de 450.000 mm³ bajo a 300.000 mm³ y después a 200.000 (en 20 días). Indicando esto una trombocitosis de inicio.
- Creatinina de 2,2 mg/dl a 1,40 mg/dl (en 20 días).
- Urea 0,60 g/L.
- Glucemia de 2,74 g/L bajó progresivamente a 2,50 g/L - 2,10 g/L - 0,97 g/L (en 20 días).

Comentario de los análisis: Una elevación de glóbulos blancos con predominio de neutrofilos y en cayados que luego disminuyen. Una reacción inflamatoria intensa con P.C.R. (+++++) que luego disminuye lentamente.

Un aumento de las plaquetas que luego disminuyen lentamente.

Aumento de la creatinina, que luego también disminuye, no estando deshidratado el paciente.

Aumento de la glucemia que luego se normaliza (no tiene antecedentes de hiperglucemias anteriores o familiares diabéticos).

- Esta evolución pudo haberse acordado con corticoides, pero no se siguió indicando por encontrarse glucemias elevadas.

Comentario: Es de destacar que este caso clínico descripto, presentan otras lesiones, afectan a otros órganos y sistemas como ser:

1- Una reacción inflamatoria intensa.

2- Una elevación de glóbulos blancos, como consecuencia de la acción del virus o por la reacción inflamatoria.

3- Una elevación de plaquetas fuera de lo normal, esto podría producir un mayor estado de hipercoagulabilidad con trombosis arteriales y venosas y más aún cuando presentan alteraciones en el endotelio de arterias, venas o cualquier lugar del sistema cardiocirculatorio, como lesiones endoteliales localizadas o segmentadas, por ejemplo de patologías como aterosclerosis u otras que afecten al endotelio vascular o puedan disminuir la circulación sanguínea.

4- Una lesión del riñón, que se traduce en una insuficiencia renal con elevación de creatinina y urea.

5- Una lesión en páncreas, con elevación de glucemias.

- Estas afecciones padecidas por el paciente corresponden a la enfermedad "Gripe Prolongada por Mutación".

Comentario: El paciente mejora rápidamente con la administración de la primera dosis del Oseltamivir, observándose ya a las cuatro horas una mejora clínica y subjetiva en un 50%. Es extraordinaria la buena evolución en pocas horas y días con este tratamiento.

Es de destacar la leucocitosis con neutrofilia, la gran inflamación demostrada por la P.C.R. (++++), el aumento de las plaquetas (trombocitosis) a 450.000 mm³, elevación de glucemia y creatinina indicando esto también una afectación pancreática y renal aguda.

Este es otro caso más de Gripe Prolongada por Mutación, complicada con neumonía viral primaria, de los miles de casos afectados, no diagnosticados, no tratados, con complicaciones y riesgo de vida.

CASO CLINICO N° 5

GRUPE PROLONGADA POR MUTACION

**"Gripe Prolongada por Mutación",
complicada con Neumonía viral primaria
(Neumonía adquirida de la comunidad)**

HISTORIA CLINICA: AÑO 2007 (Paciente internado)

1) Datos personales:

Sexo: Masculino.
Edad: 47 años.
Domicilio: Posadas.
Ocupación: Trabajador por cuenta propia.
Nacionalidad: Argentino.

2) Paciente internado: En Hospital.

Fecha de ingreso: 6 de septiembre de 2007 en sala de emergencia (1er día).
7 de septiembre ingreso en sala de internación (2do día).
Fecha de egreso: 13 de septiembre de 2007.

3) Motivo de consulta: Hipertermia, dolor torácico, astenia.

4) Antecedentes de la enfermedad actual:

Paciente que refiere comenzar 72hs. antes con hipertermia no cuantificada con escalofríos, dolor en hemitórax derecho de tipo pleurítico . Pero esta enfermedad comienza 20 días previos a la consulta, con astenia marcada, cefaleas intensas, artromialgias, fiebre, estornudos intensos y seguidos imposible de contener, rinitis mucoserosa, dolor de garganta, garganta seca y caliente, tos intensa e irritativa, escasa expectoración mucoserosa, broncoespasmo, transpiración nocturna, palpitaciones, mareos, temblor, fotofobia, disminución de la visión, disminución de la audición, somnolencia, anorexia, dificultad para caminar y disminución de fuerzas en miembros inferiores, dolor en hipogastrio con disuria y polaquiuria.

Requiere hacer reposo en cama 3 días.

La etapa aguda del cuadro viral le dura 7 días y en total la afección dura entre 20 y 25 días, presentando 72hs. antes los síntomas de hipertermia no cuantificada, escalofríos y dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho. Síntomas por lo que motiva la consulta y es internado.

5) Antecedentes de importancia:

Tabaquismo durante 25 años. Refiere alergia a la penicilina.

Esta enfermedad realmente comienza en el invierno del año 2006 con el mismo cuadro clínico descrito de la enfermedad actual, presentando luego tres reagudizaciones virales respiratorias de 20 a 25 días de duración, con la sintomatología igual a la descrita, nunca antes padecidas.

En el 2007 presentó cinco veces la misma reagudización viral respiratoria descrita, durante, enero, marzo, junio, agosto y en septiembre mes en el cual el cuadro se complica y requiere esta internación.

En el año 2007 las reagudizaciones virales respiratorias se presentaron con la misma duración, pero cada vez con mayor intensidad y gravedad.

Nunca antes presentó estos cuadros virales respiratorios intensos y prolongados.

Nunca antes presentó broncoespasmos.

Antes una gripe le duraba 4 días como máximo y tenía solamente una vez al año en invierno.

Nunca se aplicó la vacuna antigripal en su vida.

Conoce a amigos que padecen la misma enfermedad viral respiratoria prolongada y reiterativa, siendo esto una epidemia.

El paciente refiere que esta enfermedad descrita es igual a la gripe pero más fuerte, prolongada, con recaídas y que no cura, aún siendo tratada con antibióticos, antiinflamatorios y descongestivos.

6) Examen físico:

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 130 x'

Frecuencia respiratoria: 23 x'

Temperatura: 37,8°C

Peso: 76,4Kg.

Paciente en regular estado general, lúcido, Glasgow 15/15, febril, ingresa en silla de ruedas.

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas ni enfisema.

Boca: Faringe eritematosa, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio: Palpación: vibraciones vocales disminuidas en hemitórax medio derecho.

Percusión: submatides en hemitórax medio derecho.

Auscultación: presenta roncus y escasas sibilancias en ambos hemitórax a predominio derecho, disminución en la entrada bilateral de aire, no se auscultan soplo tubario.

Aparato cardiovascular: Primer y segundo ruido cardíaco hipofonéticos, no se auscultan soplos ni otros ruidos agregados.

Pulso regular.

7) Diagnósticos:

1- Neumonía.

2- Síndrome viral respiratorio prolongado.

Diagnóstico presuntivo: Infección urinaria.

Otros diagnósticos: Tabaquismo.

8) Métodos complementarios:

Laboratorio del día 6 de septiembre:

Hematocrito: 40%

Leucocitos: 21.300 mm³

Neutrófilos en cayado: 4%

Neutrófilos seg.: 88%

Linfocitos: 8%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Monocitos: 0%
Glucemia: 1,67 g/L
Urea: 0,54 g/L
Ionograma serico:
Na: 131,5 meq/L
K: 3,93 meq/L
Cl: 97,2 meq/L

Se solicitó hemocultivo y urocultivo (día 6 septiembre) y se inició tratamiento con antibiótico.

Laboratorio día 7 de septiembre:

Hematocrito: 34%
Leucocitos: 16.000 mm³ (granulaciones tóxicas)
Neutrófilos: 80%
Linfocitos: 10%
Eosinófilos: 0%
Basófilos: 0%
Monocitos: 0%
Glucemia: 1,12 g/L
Uremia: 0,65 g/L
Creatinina: 1,67 mg/dl
Bilirrubina total: 0,55 mg/dl
Bilirrubina directa: 0,03 mg/dl
GOT: 19 U/L
Fosfatasa alcalina: 210 U/L
Colesterol: 116 mg/dl
Triglicéridos: 109 mg/dl
T. Protrombina: 76%
T. Tromboplastina parcial: 34"
Recuento de plaquetas: 128.000 mm³

Comentario de análisis: Presenta una leucocitosis con neutrofilias, es de destacar la elevación de urea y creatinina indicando esto una lesión renal en un paciente normalmente hidratado.
También la plaquetopenia.

Rayos x tórax frente: Día 07/09/07

Hilios congestivos, infiltrado intersticio alveolar en tercio medio de hemitórax derecho, con borde difuso. (Ver Fig.1)

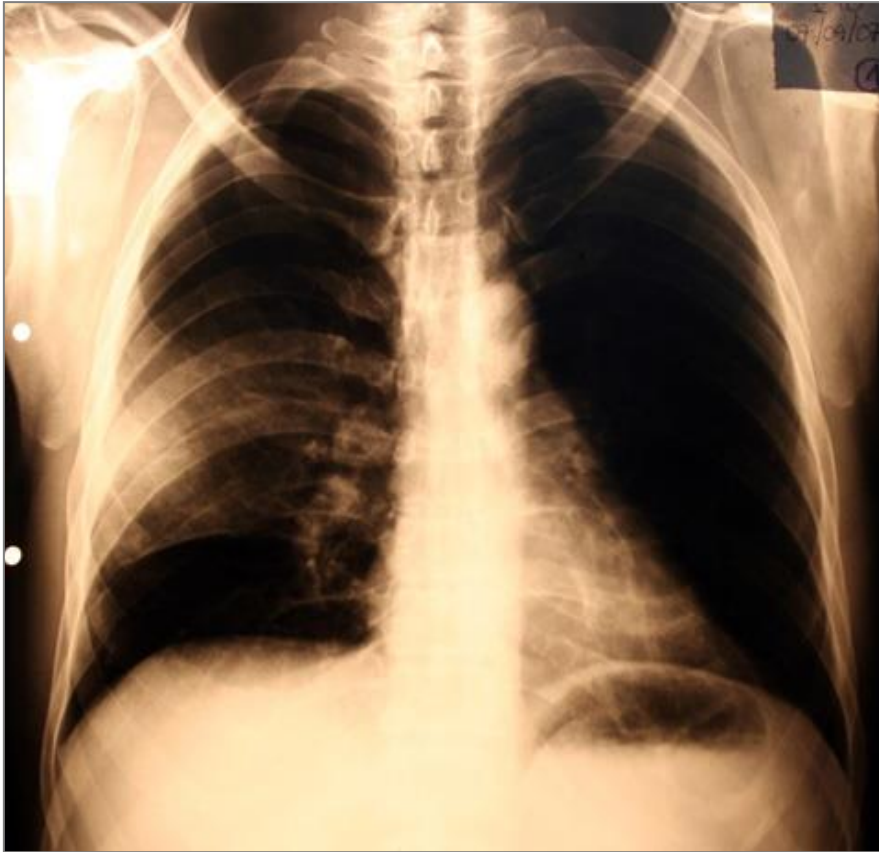


Fig.1: Fecha: 07/09/07

Electrocardiograma: Ritmo sinusal, frecuencia cardiaca 130 x', "imagen" de bloqueo incompleto de rama derecha en V1, V2.

Diagnóstico definitivo:

- 1- Neumonía vírica primaria.
- 2- Gripe Prolongada por Mutación.

Otros diagnósticos:

- 1- Plaquetopenia.
- 2- Afección renal (posible insuficiencia renal).

9) Tratamiento:

- 1- Dieta liviana.
- 2- Nebulizaciones con solución fisiológica + salbutamol cada 6 horas.
- 3- Levofloxacin 750mg. cada día vía oral.
- 4- Diclofenac 50mg. cada 8hs. vía oral.
- 5- Vía parenteral con dextrosa 5% alternado con solución salina a 2,5 litros día.

Comentario: Se indica antibiótico levofloxacin por referir alergia a la penicilina, diclofenac por el dolor torácico, broncodilatador en nebulizaciones e hidratación.

No se trata con el antivírico Oseltamivir, pese a la insistencia de que sí debería ser tratado.

Día 3 de internación 8 de septiembre 2007 (2do día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 37°C

Paciente en regular estado general.

Aparato respiratorio: Presenta escasos roncus y sibilancias en hemitórax medio derecho, hipoventilación generalizada.

No presenta expectoración.

Laboratorio:

Hemocultivo: Positivo para: cocos gram positivo en diplo y cadenas en los dos frascos.

Tipificación: Streptococcus Pneumoniae.

Antibiograma: Sensible a penicilina y derivados.

Urocultivo: Sin desarrollo.

- Diagnóstico posible de neumonía bacteriana secundaria.

Día 4 de internación 9 de septiembre 2007 (3er día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Continúa con iguales indicaciones.

Día 5 de internación 10 de septiembre 2007 (4to día de antibiótico)

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en regular estado general, normotenso, afebril.

Aparato respiratorio: Presenta escasos roncus y sibilancias en hemitórax medio derecho, hipoventilación generalizada.

No presenta expectoración.

Laboratorio:

Hematocrito: 40%

Leucocitos: 10.300 mm³

Neutrófilos en cayados: 5%

Neutrófilos seg.: 52%

Linfocitos: 28%

Eosinófilos: 8%

Basófilos: 0%

Monocitos: 1%

Mielocitos: 2%

Metamielocitos: 4%

Glucemia: 0,80 g/L

Urea: 0,40 g/L

Creatinina: 1,13 mg/dl

Bilirrubina total: 0,42 mg/dl
Bilirrubina directa: 0,02 mg/dl
LDH: 548 U/L
GOT: 26 U/L
GPT: 34 U/L
Fosfatasa alcalina: 250 U/L
Gamma glutamiltransferasa: 115 U/L
Colesterol: 182 mg/dl
Recuento de plaquetas: 440.000 mm³
V.D.R.L. cualitativa: no reactiva.
H.I.V.: no reactiva
Hepatitis C: no reactiva
Hepatitis B: no reactiva

Ecografía abdominal: Normal.

Día 6 de internación 11 de septiembre 2007 (5to día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.
Temperatura: 37,2°C

Paciente en buen estado general, normotenso.

Aparato respiratorio: Se auscultan escasos roncus en hemitórax medio derecho, continúa con hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares.

Rayos x de tórax frente día 11/09/07: Con persistencia del infiltrado intersticio alveolar en tercio medio derecho y se agrega en tercio superior derecho, ambos con menor densidad radiológica, que en la radiografía anterior.

(Ver Fig.2)

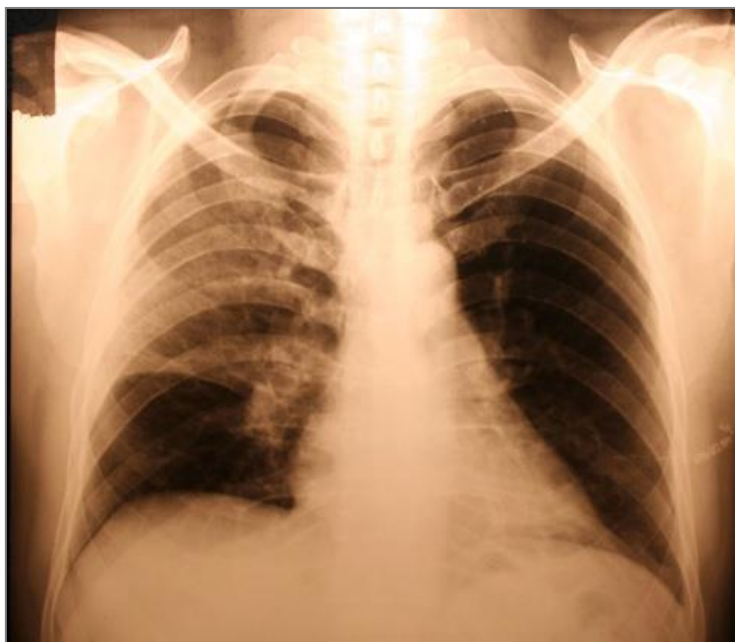


Fig.2: Fecha: 11/09/07

Laboratorio:

Ionograma sérico:

Na: 136 meq/L

K: 6,28 meq/L

Cl: 113 meq/L

Se suspende salbutamol.

Día 7 de internación 12 de septiembre 2007 (6to día de antibiótico)

Tensión arterial: 120/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente en buen estado general, lúcido, afebril, colaborador.

Aparato respiratorio: Continúa con hipoventilación generalizada en ambos campos pulmonares, sin ronus.

Continúa con iguales indicaciones.

Día 8 de internación 13 de septiembre 2007 (7mo día de antibiótico)

Tensión arterial: 110/70 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Paciente con buen estado general, se indica el alta en el día de la fecha y con tratamiento de antibiótico por 8 días más.

Comentario:

Este paciente nunca se puso la vacuna antigripal.

Durante el invierno del 2006 presentó el primer cuadro viral respiratorio prolongado de 25 días de duración, que nunca antes había tenido, esta presentación clínica del cuadro viral es igual a los pacientes afectados por la vacuna antigripal.

Presentó tres reagudizaciones posteriores en 2006 y siguiendo en 2007 con 5 (cinco) reagudizaciones más, pero con mayor intensidad que antes, durante enero, marzo, junio, agosto y septiembre, en el cual se complica con broncoespasmos y neumonía vírica primaria, con sobreinfección bacteriana bronquial por Streptococcus Pneumoniae, lo cual requiere internación ¿neumonía bacteriana secundaria?. También presenta como otras complicaciones plaquetopenia y afección renal transitoria.

En este caso la indicación de antibiótico es la correcta, por haber una sobreinfección bacteriana, pero esta bacteria no es la causante de esta enfermedad, sí lo es una infección viral respiratoria prolongada.

Lo que llama la atención es que la expectoración fue mucoserosa y muy escasa durante pocos días y nunca fue mucopurulenta, lo que contrasta con los hemocultivos positivos para Sterptococcus pneumoniae.

No se realizó cultivo de esputo por no presentar expectoración el paciente. Antes una gripe le duraba como mucho 4 días y presentaba una por año en invierno no más.

Este paciente conoce amigos que padecen el mismo cuadro viral, respiratorio, prolongado, reiterativo y que no cura aún con antibiótico en este año 2007.

En la mayoría de las neumonías adquiridas en la comunidad esta enferme-

dad viral respiratoria no se diagnostica y no se hacen diagnósticos clínicos de la enfermedad viral respiratoria prolongada en estas neumonías.

Este es otro caso de pacientes afectados por un virus de gripe mutado, cuya aparición clínica se describió en el año 2000 y adquiere características de epidemia durante los años 2004 y 2005, donde aumentó considerablemente el número de casos. Este caso del año 2007 reafirma aún más que este virus mutado sigue produciendo epidemias y aún con mayor intensidad.

Esta enfermedad descrita a la que llamo "Gripe Prolongada por Mutación" o "Gripe Prolongada Mutada", se origina de la vacuna antigripal, con mutación del virus de gripe común.

Este es otro caso más de los miles de pacientes afectados por un virus de gripe mutado, que es la enfermedad "Gripe Prolongada por Mutación". Con complicaciones graves y con riesgo de vida que no se hacen diagnósticos y no se tratan específicamente. Desde el comienzo del año 2000 y hasta el 2013, a pesar de todas las alertas ya notificadas desde hace 13 años. Con la consecuencia de haberse generado una epidemia, que comenzó en los años 2004 y 2005 continuando al 2012, generando miles de enfermos y muertos.

Con la posibilidad más grave aún de poder mutar con el virus de gripe aviar, u otro virus de gripe, generando un nuevo virus de gripe aún más letal y muy contagioso, que podría ocasionar una PANDEMIA, con millones de enfermos y muertos.

CASO CLINICO N° 6

GRIPLE PROLONGADA POR MUTACIÓN

"Gripe Prolongada por Mutación", complicada con Neumonía bilateral vírica primaria y con Insuficiencia respiratoria grado IV Curado rápidamente con Oseltamivir

(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2012 (Paciente internada).

1) Datos personales:

Sexo: Femenino.

Edad: 50 años.

Domicilio: Posadas.

Ocupación: Enfermera.

Nacionalidad: Argentina.

2) Paciente internado: En Sanatorio.

Fecha de ingreso: 2 de Julio de 2012. Hora: 11:52 am

Fecha de egreso: 6 de Julio de 2012.

3) Motivo de consulta: Disnea grado IV, mal estado general, fiebre, astenia marcada, tos intensa, dolor de espalda, disfonía.

4) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente previamente sana, que comienza 15 días atrás con fiebre 38 grados, astenia marcada, tos intensa y repetitiva, con expectoración mucoserosa (poca cantidad), rinitis con secreción escasa y mucoserosa.

Fue atendida y medicada con dexametasona y antihistamínico, no mejoró dicho cuadro y se agregaron más síntomas, artromialgias, hiperestesia cutánea generalizada, broncoespasmo. Fue atendida nuevamente y medicada con antibiótico azitromicina y antihistamínico nuevamente, no mejorando el cuadro y empeorando cinco días antes de la internación con acentuación de su tos siendo más intensa, dolor de garganta, dolor precordial retro esternal que aumenta con la inspiración profunda, dolor de espalda en ambas bases pulmonares que aumentan con la inspiración, más doloroso del hemitórax derecho, presentando disnea grado III que progresa rápidamente a grado IV, cefaleas, disfonía, mareos, nauseas, vómitos.

Nunca la expectoración fue mucopurulenta.

Nunca la rinitis fue mucopurulenta. Todo el cuadro persistió durante 15 días, agravándose los últimos días hasta que consulta nuevamente el día 2 de julio del 2012 donde se decide la internación.

5) Antecedentes de importancia: 1- Hipertensión arterial de 5 años de evolución tratada con hidroclorotiazida en forma intermitente de larga data. 2- No es alérgica. 3- No es asmática. 4- Nunca tuvo neumonías.

6) Examen físico:

Paciente con sensorio: lúcida, ubicada en tiempo y espacio, Glasgow 15/15. Paciente en mal estado general, febril, taquicárdica, facie descompuesta, pálida, disnea de reposo grado IV, con tos permanente y persistente, disfonía, escasa expectoración mucoserosa, no hay secreción rinofaringea.

Tensión arterial: 110/60 mm. Hg.

Frecuencia cardiaca: 120 x'

Frecuencia respiratoria: 24 x'

Temperatura: 37,8°C

Tejido celular subcutáneo: No presenta edemas ni enfisemas.

Boca: Faringe eritematosa, mucosas húmedas.

Aparato respiratorio:

Auscultación: disminución en la entrada bilateral de aire. En hemitórax derecho presenta rales crepitantes finos en base y campo medio y en hemitórax izquierdo presenta rales crepitantes finos de menor grado en la base. Con menor entrada de aire predominando más en hemitórax derecho con la inspiración y con ruido mas "soplante" (del sonido inspiratorio) por disminución en el calibre de los bronquios (por edema de mucosa bronquial o espasmo).

Dolor a la percusión y a la puño-percusión en ambas bases pulmonares.

Aparato cardiovascular: Primer y segundo ruido cardiaco normales, no se auscultan soplos ni otros ruidos agregados.
Pulso regular.

Abdomen: Puño percusión renal negativa.

7) Diagnósticos de ingreso:

- 1- Neumonía bilateral vírica primaria.
 - 2- Insuficiencia respiratoria grado III- IV.
 - 3- Gripe Prolongada por Mutación (de 15 días de evolución)
 - 4- Neumonía por virus de Gripe Mutado.
 - 5- Neumonía adquirida de la comunidad.
 - 6- Síndrome viral respiratorio prolongado.
- Diagnóstico presuntivo:** Pericarditis vírica.
Otros diagnósticos: Hipertensión arterial.

8) Tratamiento:

- 1- Antiviral: Oseltamivir 75mg. Cada 8 horas (vía oral)
- 2- Dexametasona 8mg. Cada 6 horas (endovenoso)
- 3- Venoclisis con solución fisiológica 500 cm³ por día.
- 4- Bolsa de agua caliente en pecho.
- 5- Control de peso y diuresis diaria.
- 6- Dieta liviana.

9) Métodos complementarios:

Laboratorio del día 2 de julio:

Hematocrito: 36%
Hemoglobina: 11.9 gr/dl
Leucocitos: 16.100 mm³
Neutrófilos en cayado: 0%
Neutrófilos seg.: 80%
Linfocitos: 12.6%
Eosinófilos: 0.2%
Basófilos: 0.3%
Monocitos: 6.5%
Glucemia: 107 g/L
Creatinina: 0,75 mg/dl
Eritrosedimentación: 14 mm/1^ohora
Proteína C reactiva: 226.41 mg/L (valor normal hasta 5.00)
Recuento de plaquetas: 465.000/ mm³ (valor normal 150 mil hasta 450mil)
GOT: 48 U/L (valor normal 5-34)
GPT: 86 U/L (valor normal hasta 55)
Fosfatasa alcalina: 169 U/L (valor normal 40-150)
CPK: 63 U/L
CPK MB: 0.30 ng/ml
LDH: 355 U/L
Troponina I: 0.000 ng/ml

Orina completa:

Proteínas contiene (+)

Células Epiteliales: 4 por campo

Leucocitos: 2-3 por campo

Amilasa: 71 U/L

Colesterol: 175 mg/dl

Ionograma serico: Na: 138 meq/L

K: 2.7 meq/L

Cl: 99 meq/L

Lactato: 2.7 mmol/L (valor normal 0.5 – 1.6)

Gases en sangre:

pH: 7.493

pCO₂: 34.2 mmHg

pO₂: 53.8 mmHg

sO₂: 88.6 %

Virus respiratorio: Hisopado nasofaríngeo.

Método: inmunofluorescencia directa

Influenza A: negativo

Influenza B: negativo

Parainfluenza: 1, 2, 3: negativo

Sincicial respiratorio: negativo

Adenovirus: negativo

Se solicitó hemocultivo.

Electrocardiograma día 02 de julio de 2012: Frecuencia cardiaca: 100 x', leve infradesnivel del "ST" en DI, DII, AVF, V₅ y V₆. Onda "T" con disminución del voltaje en todas las derivaciones. Diagnóstico presuntivo hipopotasemia, ¿pericarditis?. (Ver Fig.1)

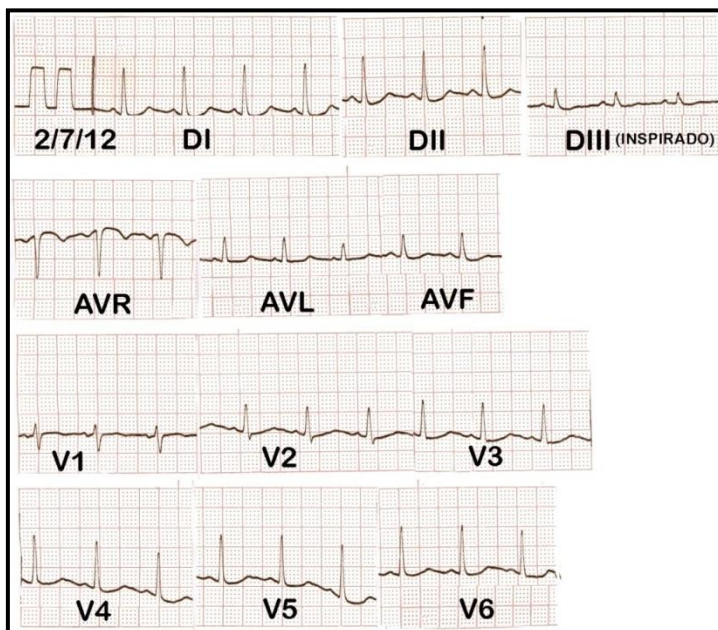
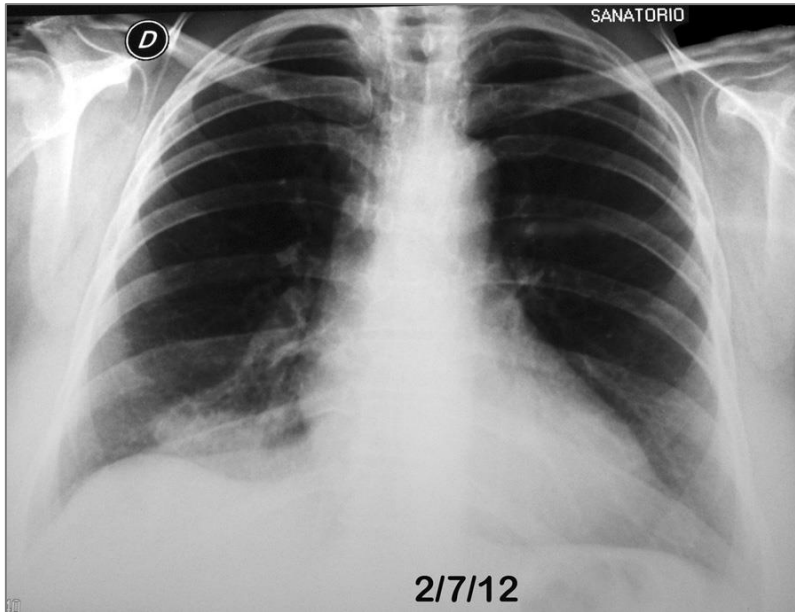


Fig.1. Electrocardiograma del 02/07/2012



Rx de tórax: Día 2 de julio de 2012. Se observa: Infiltrados intersticio-alveolares, bilaterales, bibasales y campos medios de ambos pulmones, con imagen de condensación en base derecha. Congestión broncovascular.

Evolución: Paciente que luego de cinco horas de administrada la primera dosis de oseltamivir 90mg (3 cápsulas de 30 mg.), mejoró notablemente el estado general bajando la frecuencia respiratoria a 14 por minuto, no presentó más disnea grado IV y disminuyó la tos en 50%.

Aclaración: se indicó Oseltamivir tres cápsulas de 30mg. cada una, (droga original), debido a que no se consiguió las cápsulas de 75 mg.

Comentario: del laboratorio la paciente presenta una leucocitosis de 16.100 blancos a predominio de neutrófilos, proteína C reactiva positiva muy alta, plaquetas elevadas, enzimas hepáticas elevadas, proteínas en orina, amilasa de 71 U/L, hiponatremia, hipopotasemia, lactato alto. Alteración de los gases en sangre, con hipoxemia y alcalosis mixta, diagnóstico de insuficiencia respiratoria.

Los análisis de virus respiratorio de influenza A, influenza B, adenovirus, sincicial respiratorio y parainfluenza 1,2 y 3 son todos negativos.

Los análisis de positividad de estos virus sobre todo el de influenza se dan durante los tres primeros días de iniciada la enfermedad, por eso al tomar la muestra a los 15 días de esta enfermedad, es lógico que los análisis den negativo. Por eso estos resultados negativos no aportan datos de relevancia diagnóstica.

El ionograma plasmático esta alterado con los valores bajos, por el uso crónico de hidroclorotiazida.

Día 2 de internación 3 de julio de 2012 (2^{do} día de oseltamivir)

Paciente en mejor estado general, franca mejoría, ubicada en tiempo y espacio, afebril.

Tensión arterial: 150/100 – 130/90 mm. Hg.

Frecuencia cardíaca: 90 x´

Frecuencia respiratoria: 15 x´

Temperatura: 36°C

Bajó la frecuencia cardíaca de 120 a 90 y la frecuencia respiratoria de 24 a 15 x´, afebril, con tos de menor intensidad y frecuencia disminuyendo un 50%.

Aparato respiratorio: Sigue con dolor torácico en base derecha, con rales crepitantes gruesos en base y campo medio de hemitórax derecho (desaparecieron los rales finos).

Escasa expectoración mucoserosa, no hay secreción rinofaríngea.

Laboratorio:

Hemocultivo: informe: tres muestras, respuesta inflamatoria. Cultivo bacteriano: primer y segundo control sin desarrollo en las tres muestras

Gases en sangre:

pH: 7.408

pCO₂: 43.8 mmHg

pO₂: 73.0 mmHg

sO₂: 94.5%

lactato: 1.5

Comentario: sigue evolucionando bien, con una mejora relatada por la paciente y objetivada por el médico del 70% en 12 horas de tratamiento.

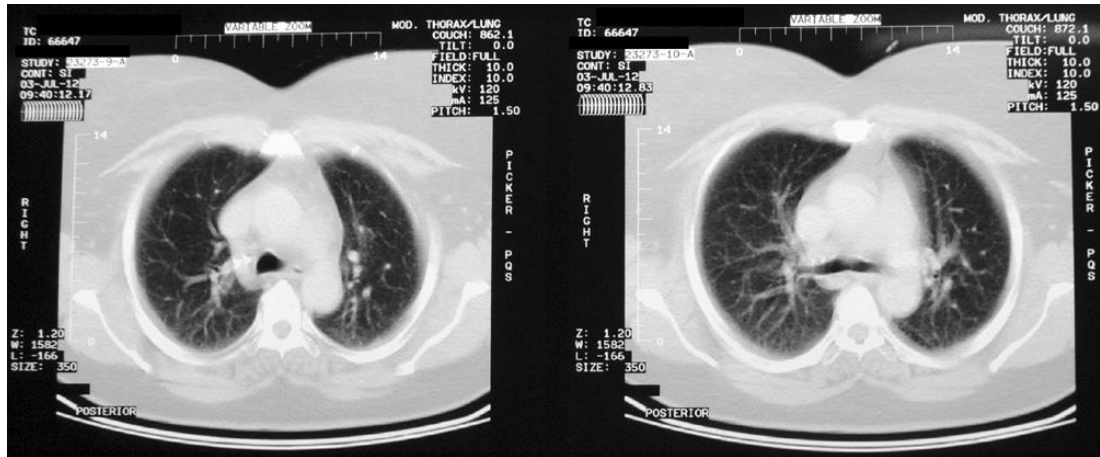
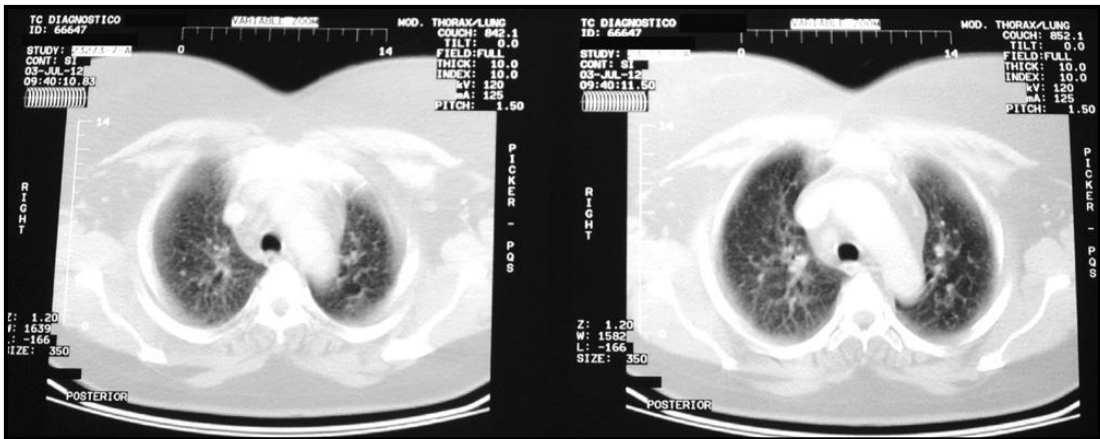
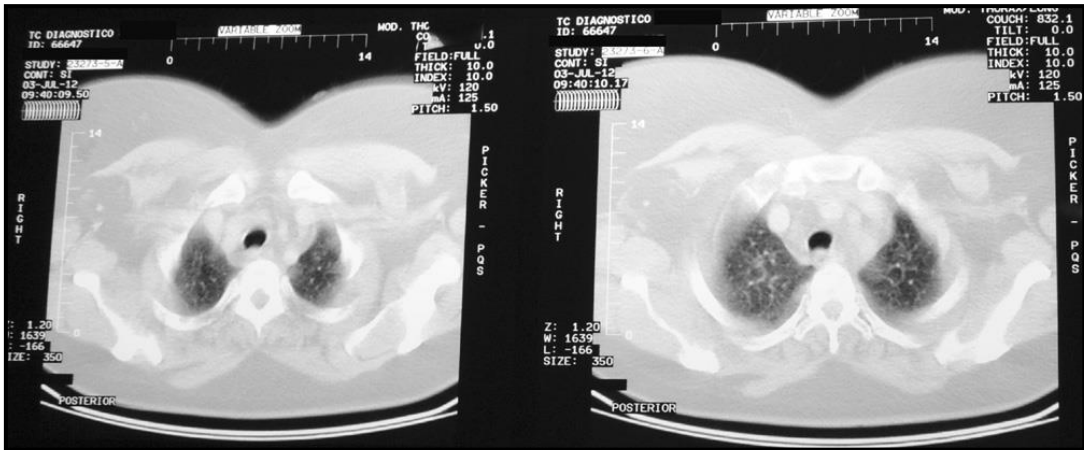
Los gases en sangre mejoraron mucho la pO₂ de 53.8 mejoró a 73.0, saliendo de la insuficiencia respiratoria, la pCO₂ de 34.2 mejoró a 43.8, la sO₂ de 88.6 mejoró a 94.5. El pH de 7.493 mejoró a 7.408 saliendo de alcalosis. El lactato de 2.7 bajó a 1.5, demostrando evidencia de mejoría y mejor pronóstico.

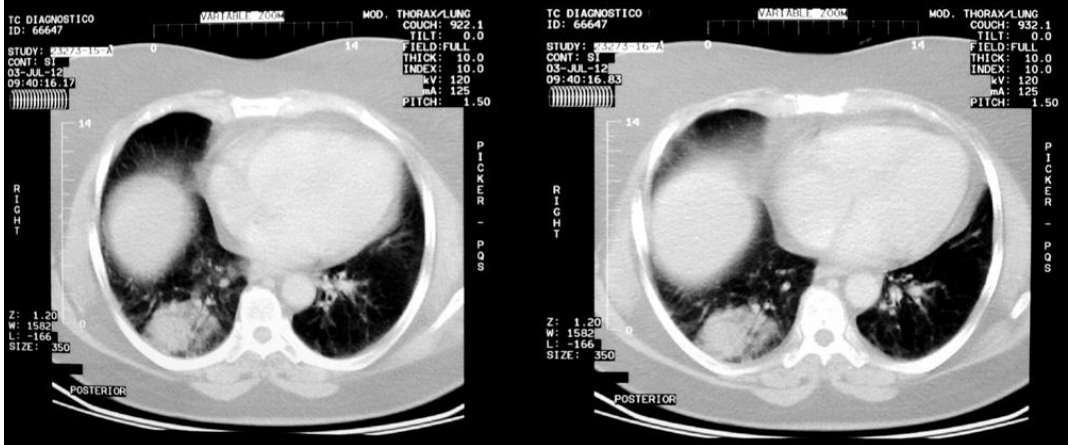
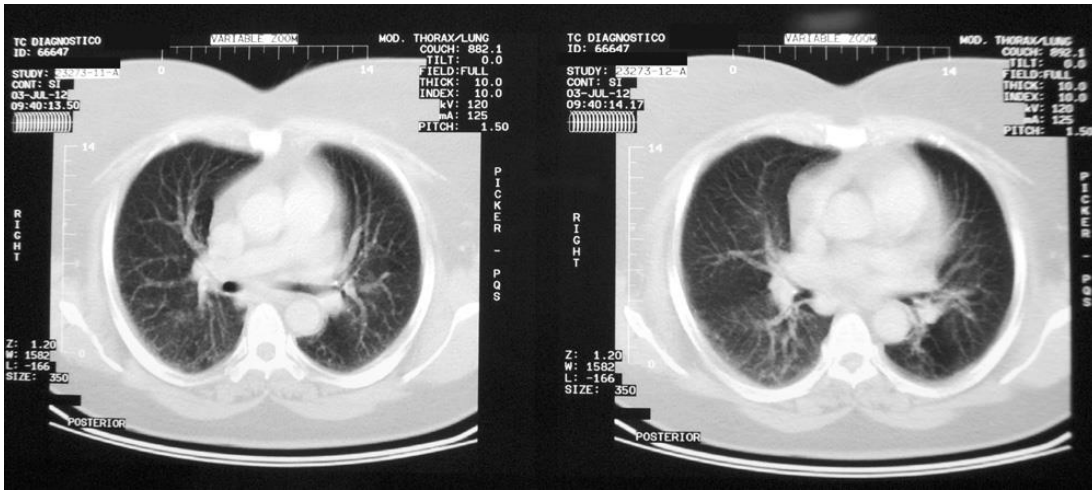
Tomografía computada de tórax con contraste: Técnica realizada, con 10 mm de espesor e incremento, programado en una radiografía digital previa.

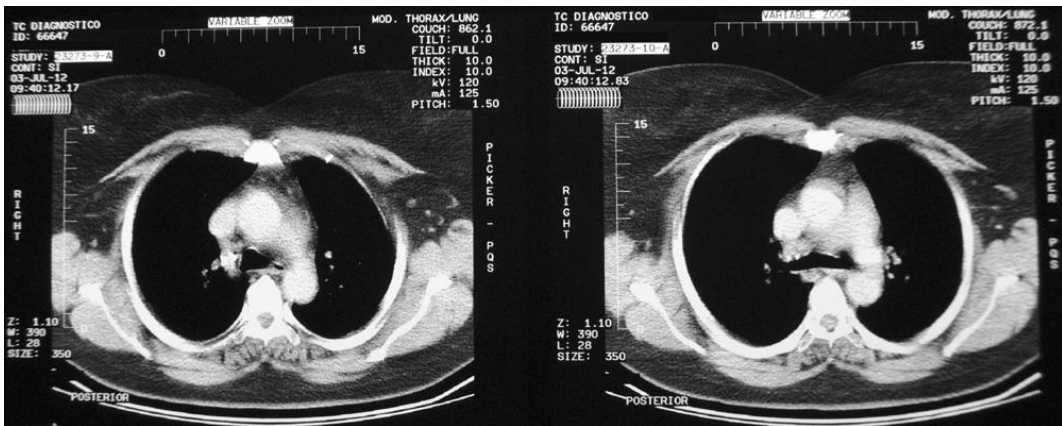
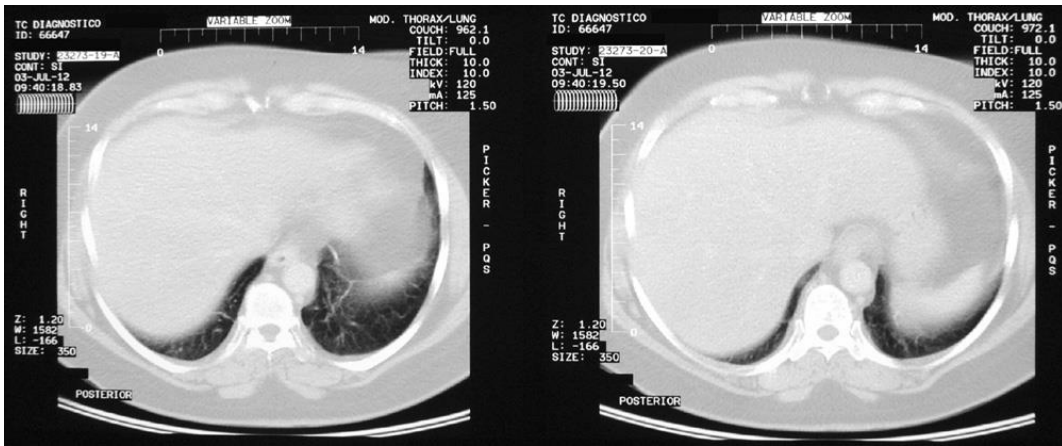
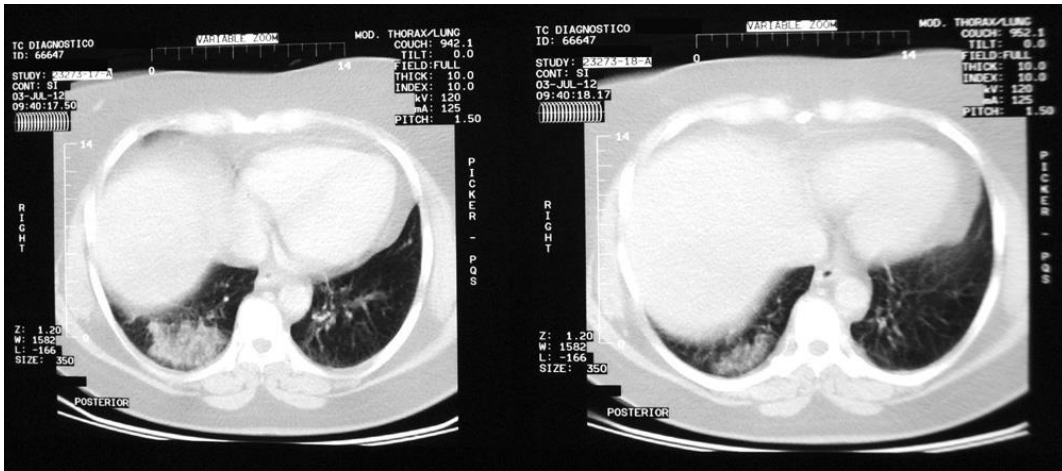
Confirma evidencia de neumonía en base derecha, infiltrado intersticio alveolar en base, campo medio y hasta el vértice del pulmón derecho. Como así también infiltrado intersticio alveolar en base izquierda predominando en campo medio y vértice de todo el pulmón izquierdo.

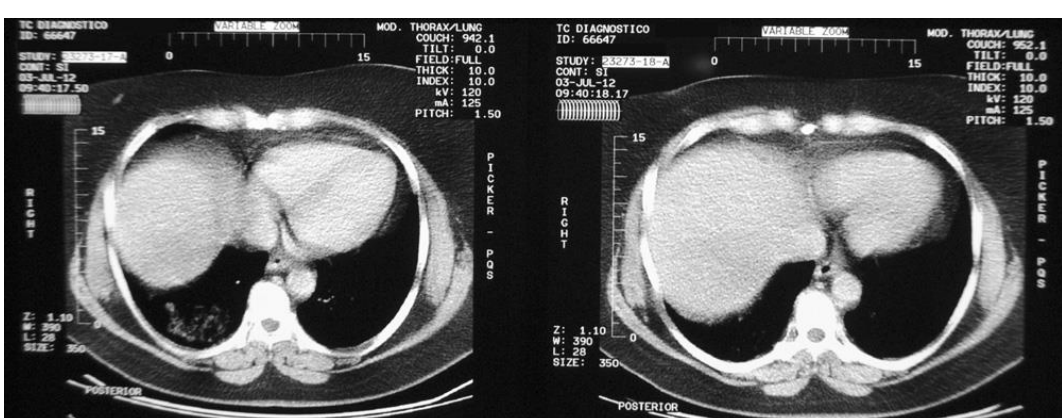
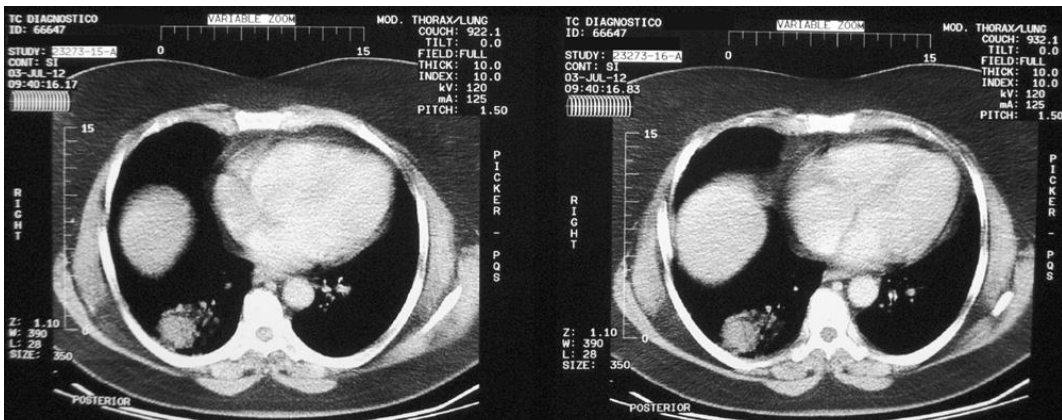
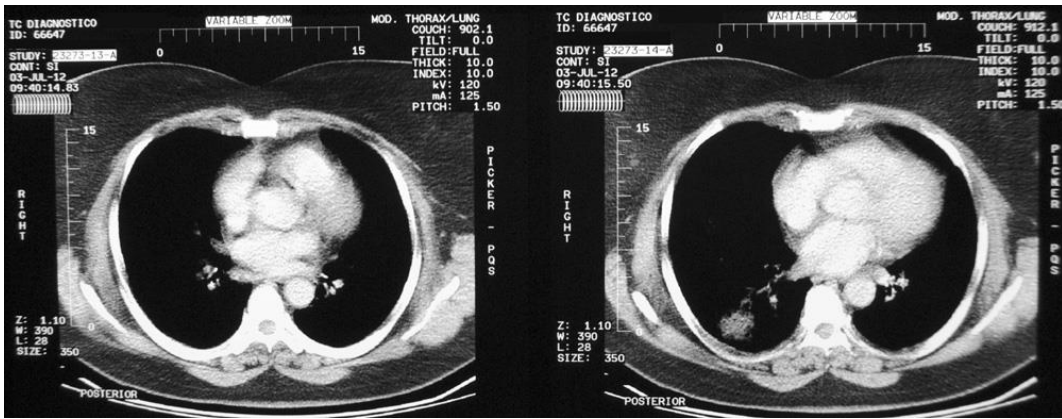
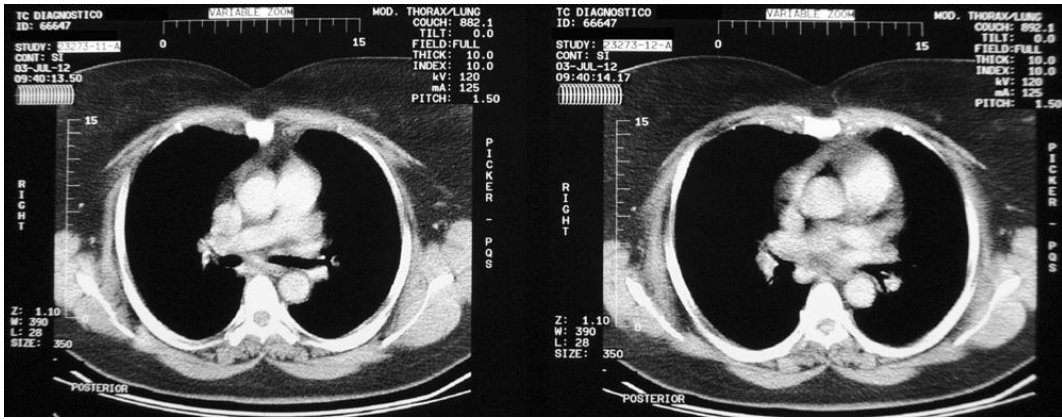
Con imagen de condensación y ocupación alveolar en base de pulmón derecho, de medidas de 9 cm x 4 x 4 aproximadamente, ubicada en el segmento superior del lóbulo inferior derecho, como así también esta misma imagen más chica en dos lugares en pulmón izquierdo de 2 cm x 1,5 cm.

Aislada adenopatía para traqueal derecha, cuyo diámetro es de 15 mm.









Observaciones: se indica cambiar dexametasona genérica a marca comercial de mejor calidad, para lograr un mejor efecto antiinflamatorio y en el tratamiento médico.

Se consiguió oseltamivir (original) de 75mg (cápsulas). Sigue con 75mg. Cada 8 horas.

Día 3 de internación 4 de julio de 2012 (3^{er} día de oseltamivir)

Paciente con mejor estado general, afebril, desapareció la tos durante el día, y persiste la tos en menor intensidad sólo de noche.

Tensión arterial: 140/100 – 140/90 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: Con menos secreciones pulmonares en todo el pulmón derecho y el izquierdo, no presenta más rales crepitantes finos, si presenta rales gruesos con la inspiración en base derecha.

Laboratorio del día 4 de julio:

Proteína C Reactiva: 154.30 mg/l

Amilasuria: 31.0 U/hora (valor normal hasta 17 U/hora)

Fosfatasa alcalina: 152 U/L

Hematocrito: 34.0%

Hemoglobina: 11.3 gr/dl

Creatinina: 0,65 mg/dl

Ionograma serico: Na: 141 meq/L

K: 3.5 meq/L

Cl: 106 meq/L

Coagulograma: Normal.

Tiempo de protombina: 80%

APTT: 26%

LDH: 313 U/L

Los informes de los análisis virales son todos negativos.

La Proteína C Reactiva bajó a 154.3, mejorando su inflamación, la amilasuria se encuentra alta de 31, indicando una lesión o inflamación pancreática de días anteriores.

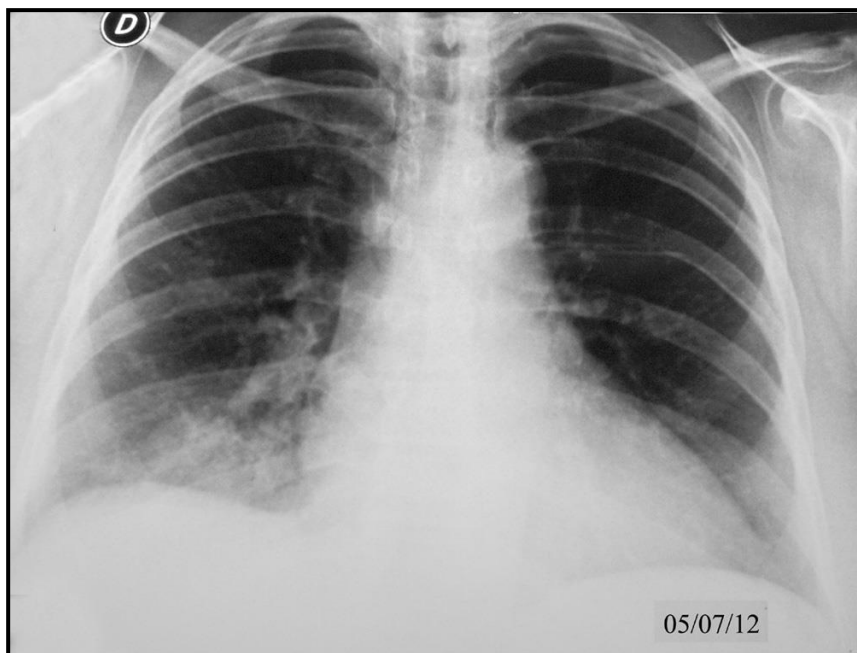
Día 4 de internación 5 de julio de 2012 (4^{to} día de oseltamivir)

Paciente con mucho mejor estado general con una recuperación clínica de un 90%. Desapareció la tos completamente.

Tensión arterial: 120/80 – 140/100 mm. Hg.

Temperatura: 36°C

Aparato respiratorio: No se auscultan secreciones pulmonares, no se auscultan rales crepitantes finos ni gruesos en base derecha, ni en ningún otro lugar de ambos pulmones, con leve espasmo bronquial en base derecha.



RX de tórax: Día 05 de julio de 2012. Se observa leve disminución de la imagen de condensación con bordes más difusos en base derecha, con leve disminución de los infiltrados intersticio alveolar en base derecha y base izquierda. (Mejora la evolución radiológica)

Tratamiento: se reduce la dosis de la dexametasona de 8mg a 4mg cada 6 horas.

Día 5 de internación 6 de julio de 2012 (5^{to} día de oseltamivir)

Paciente con mejor estado general, se recuperó clínicamente en un 90%.

Tensión arterial: 140/90 – 120/90 mm. Hg.

Temperatura: 36.2°C

Frecuencia cardíaca 75 x´

Aparato respiratorio: No presenta disnea de reposo, ni disnea de esfuerzo, no presenta dolor torácico posterior espontáneo, ni a la inspiración profunda, no presenta rales de ningún tipo en los dos pulmones, muy buena y rápida recuperación clínica.

Laboratorio:

Leucocitos: 11.000

Hematocrito: 31.4%

Hemoglobina: 10.2 gr/dl

Creatinina: 0,63 mg/dl

Eritrosedimentación: 8 mm/1º hora

Proteína C reactiva: 35.51 mg/L (valor normal hasta 5.00)

Recuento de plaquetas: 419.000/ mm³

GOT: 35 U/L (valor normal 5-34)

GPT: 72U/L (valor normal hasta 55)

Fosfatasa alcalina: 134 U/L (valor norma 40-150)

Glutamiltranspeptidasa: 94 U/L (valor normal 9-36)

LDH: 352 U/L
Colesterol: 172 mg/dl
Gases en sangre:
pH: 7.439
pCO₂: 41.5 mmHg
pO₂: 76.0 mmHg
sO₂: 95.5%
Ionograma sérico: Na: 142.0 meq/L
 K: 3.4 meq/L
 Cl: 105 meq/L

La Proteína C Reactiva bajó a 35, las plaquetas bajaron y se normalizaron. Las enzimas hepáticas comenzaron a bajar, la eritrosedimentación bajo de 14 a 8 mm/1hora, la glutamyltranspeptidasa esta alta 94 U/L, se normalizó el ionograma serico, los leucocitos bajaron.

Se observa una disminución progresiva del hematocrito en los 6 días y sin encontrar una causa por la clínica que lo justifique, hemorragias u otras causas. Podría ser por la misma enfermedad viral de gripe prolongada por mutación que ocasione esta disminución del hematocrito, pero todavía no se puede explicar porque mecanismo se produce esta disminución.

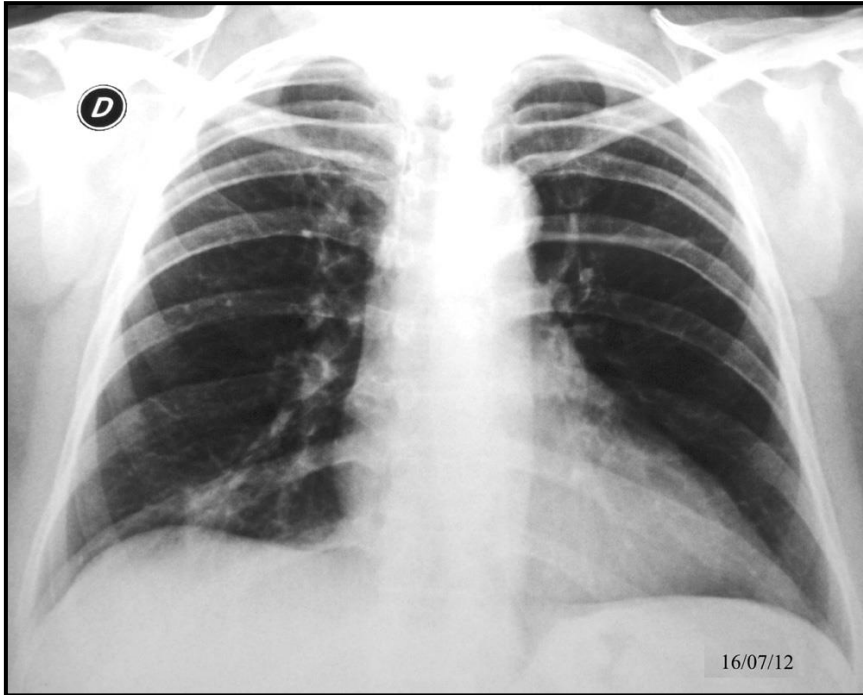
También presenta una disminución progresiva de la creatinina (dentro de los valores normales). También presenta proteínas en orina, indicando esto también una lesión renal transitoria.

Comentario: lo extraordinario de la evolución de esta paciente, es que su diagnóstico de neumonía viral bilateral primaria con insuficiencia respiratoria grave, se recuperó en 24hs. Y una mejora del 90% en tres días de tratamiento con el antiviral oseltamivir. Demostrando esto con pruebas y evidencias que fue por causa etiológica de un virus de gripe mutado de la comunidad.

Se le da el alta médica, el día 6 de julio de 2012, continuando con el antiviral oseltamivir 75mg cada 12 horas por el término de cinco días más.

Evolución: día 16 de julio del 2012: Paciente vuelve a la consulta completando los diez días de tratamiento en total con el antiviral oseltamivir, al examen físico realizado se encuentra una paciente en buen estado general, tensión arterial 150/90, afebril, en aparato respiratorio buena ventilación pulmonar sin ruidos agregados ni brocoesposmo. La paciente refiere una curación del 100% y clínicamente también se observa una curación del 100%.

Electrocardiograma del día 16/07/12 se encuentra normal.



Rx de tórax: Día 16 de julio de 2012. Desapareció el infiltrado intersticio alveolar de ambas bases pulmonares, imagen secuelar de la neumonía de menor tamaño y forma redondeada en base derecha. Desapareció la congestión broncovascular.

Comentario:

La paciente presenta también las siguientes afecciones a destacar: una leucocitosis de 16.000 blancos a predominio neutrofilos.

Una respuesta inflamatoria intensa, por Proteína C Reactiva muy alta.

Alteración de los gases en sangre con insuficiencia respiratoria grado IV.

Una pericarditis por la clínica.

Plaquetas elevadas (aumento del estado de coagulación, con los riesgos de trombosis).

Leve afección hepática.

Leve inflamación pancreática.

Leve afección renal transitoria.

Alteración hidroelectrolítica con valores bajos de sodio, potasio y cloro por uso crónico de hidroclorotiazida.

Hemocultivos todos negativos, indicando que no fue una neumonía de origen bacteriana.

La tomografía computada de tórax con contraste corrobora el diagnóstico de neumonía y lo correlaciona con la clínica. Pero lo destacable es que detecta infiltrados intersticio alveolar en campo superior de pulmón derecho y campo medio y superior de pulmón izquierdo, diagnosticando así que la afección viral se extendió por todos los dos pulmones en su totalidad, también presentó dos focos de neumonía más pequeños en pulmón izquierdo no diagnosticado por la radiografía.

Estos datos de la tomografía computada con contraste, son muy importantes a tener en cuenta ya que ofrece más precisión diagnóstica de la presentación y extensión de la neumonía en los dos pulmones. Por lo que se recomienda solicitar en toda neumonía viral.

La curación rápida de estos casos de Neumonía Bilateral Vírica Primaria es por el Antiviral Oseltamivir, que es prueba y evidencia contundente. Confirmado por la clínica y la respuesta efectiva al tratamiento. También que la Gripe Prolongada por Mutación es una enfermedad viral por un nuevo virus de gripe mutado, adquirido de la comunidad.

Este es otro caso más de Gripe Prolongada por Mutación del año 2012 confirmado como prueba y evidencia. Además esta nueva forma clínica de gripe está instalada en forma permanente y cada vez más desplazando a la gripe común en la Argentina y en todo el mundo.

Es preocupante saber que se oculta internacionalmente esta nueva enfermedad por organismos internacionales que no dan a conocer ocasionando millones de muertos.

A fin de seguir difundiendo esta nueva forma clínica de Gripe Prolongada por Mutación, para lograr su reconocimiento, diagnóstico y tratamiento, es el motivo principal para salvar millones de personas.

CASO CLINICO N° 7

GRUPE PROLONGADA POR MUTACIÓN

**"Gripe Prolongada por Mutación",
complicada con Neumonía bilateral vírica primaria
y con Insuficiencia respiratoria grado II
Curado rápidamente con Oseltamivir**

(Neumonía adquirida de la comunidad)

HISTORIA CLINICA: AÑO 2015

1) Datos personales:

Sexo: Masculino

Edad: 68 años

Domicilio: Posadas

Ocupación: Construcción

Nacionalidad: Argentina

2) Motivo de consulta: Disnea grado II, mal estado general, astenia marcada, tos intensa, dolor de espalda.

3) Antecedentes de la enfermedad actual: Paciente previamente sano, que comienza 60 días atrás con poca fiebre, astenia, dolor de garganta, muchos estornudos, rinitis profusa con secreción mucoserosa, tos intensa con expectoración mucoserosa (poca cantidad) que luego de 10 días se hace mucopurulenta, broncoespasmo, hiporexia. El paciente presenta disnea grado II a los 20 días de comenzado el cuadro, persistiendo permanentemente durante 40 días más, hasta el día de la consulta.

Todos los síntomas persistieron permanentemente durante los dos meses de evolución.

4) Antecedentes de importancia:

La esposa del paciente se enferma al mismo tiempo, del mismo cuadro viral respiratorio de gripe. Siendo esto un contagio con Epidemiología Familiar.

5) Exámen físico:

6) Diagnósticos de ingreso:

1- Neumonía bilateral vírica primaria.

2- Insuficiencia respiratoria grado III- IV.

3- Gripe Prolongada por Mutación (de 15 días de evolución)

4- Neumonía por virus de Gripe Mutado.

5- Neumonía adquirida de la comunidad.

6- Síndrome viral respiratorio prolongado.

Diagnóstico presuntivo: Pericarditis vírica.

Otros diagnósticos: Hipertensión arterial.

7) Tratamiento:

- 1- Antiviral: Oseltamivir 75mg. Cada 12 horas (vía oral)
- 2- Dexametasona de acción rápida y lenta. Una sola inyección intramuscular.
- 3 - Medidas generales de reposo absoluto, y dieta liviana.

8) Métodos complementarios:

Laboratorio

Hematocrito: 36%

Hemoglobina: 11.9 gr/dl

Leucocitos: 16.100 mm³

Neutrófilos en cayado: 0%

Neutrófilos seg.: 80%

Linfocitos: 12.6%

Eosinófilos: 0.2%

Basófilos: 0.3%

Monocitos: 6.5%

Glucemia: 107 g/L

Creatinina: 0,75 mg/dl

Eritrosedimentación: 14 mm/1ºhora

Proteína C reactiva: 226.41 mg/L (valor normal hasta 5.00)

Recuento de plaquetas: 465.000/ mm³ (valor normal 150 mil hasta 450mil)

GOT: 48 U/L (valor normal 5-34)

GPT: 86 U/L (valor normal hasta 55)

Fosfatasa alcalina: 169 U/L (valor normal 40-150)

CPK: 63 U/L

CPK MB: 0.30 ng/ml

LDH: 355 U/L

Troponina I: 0.000 ng/ml

Orina completa:

Proteínas contiene (+)

Células Epiteliales: 4 por campo

Leucocitos: 2-3 por campo

Amilasa: 71 U/L

Colesterol: 175 mg/dl

Ionograma serico: Na: 138 meq/L

K: 2.7 meq/L

Cl: 99 meq/L

Lactato: 2.7 mmol/L (valor normal 0.5 – 1.6)

Gases en sangre:

pH: 7.493

pCO₂: 34.2 mmHg

pO₂: 53.8 mmHg

sO₂: 88.6 %

Virus respiratorio: Hisopado nasofaríngeo.

Método: inmunofluorescencia directa

Influenza A: negativo

Influenza B: negativo

Parainfluenza: 1, 2, 3: negativo
Sincicial respiratorio: negativo
Adenovirus: negativo

Rayos X de torax

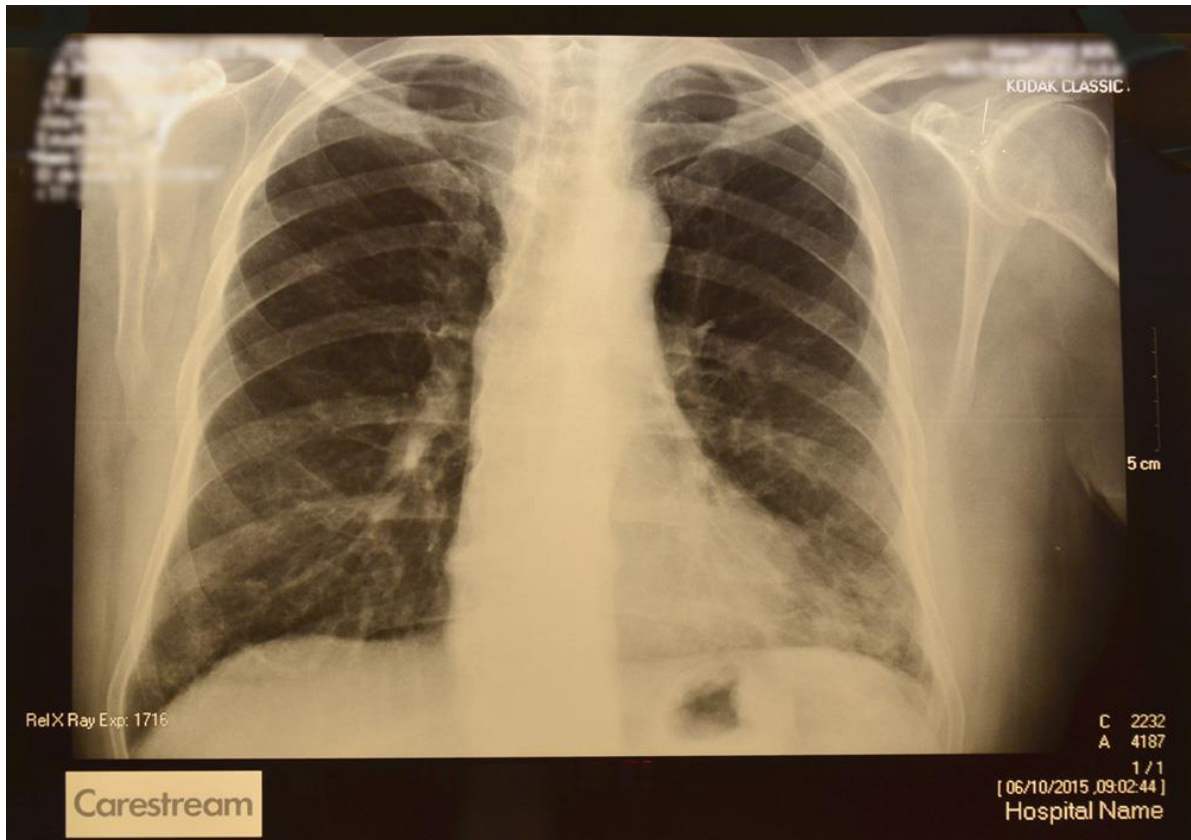


Fig.1: Fecha: 06/10/15

Infiltrados alveolares en ambas bases pulmonares a predominio de base izquierda
Velamiento de seno costofrenico izquierdo
Índice Cardio-Toraxico Normal

Evolución: El paciente vuelve a los 3 días refiriendo una mejora en un 70% a las 12hs de iniciado el tratamiento, y en tres día mejora un 90%. A los 7 días un 100%.

Tomografía computada de torax con contraste

FECHA: 09/10/2015

TÉCNICA:

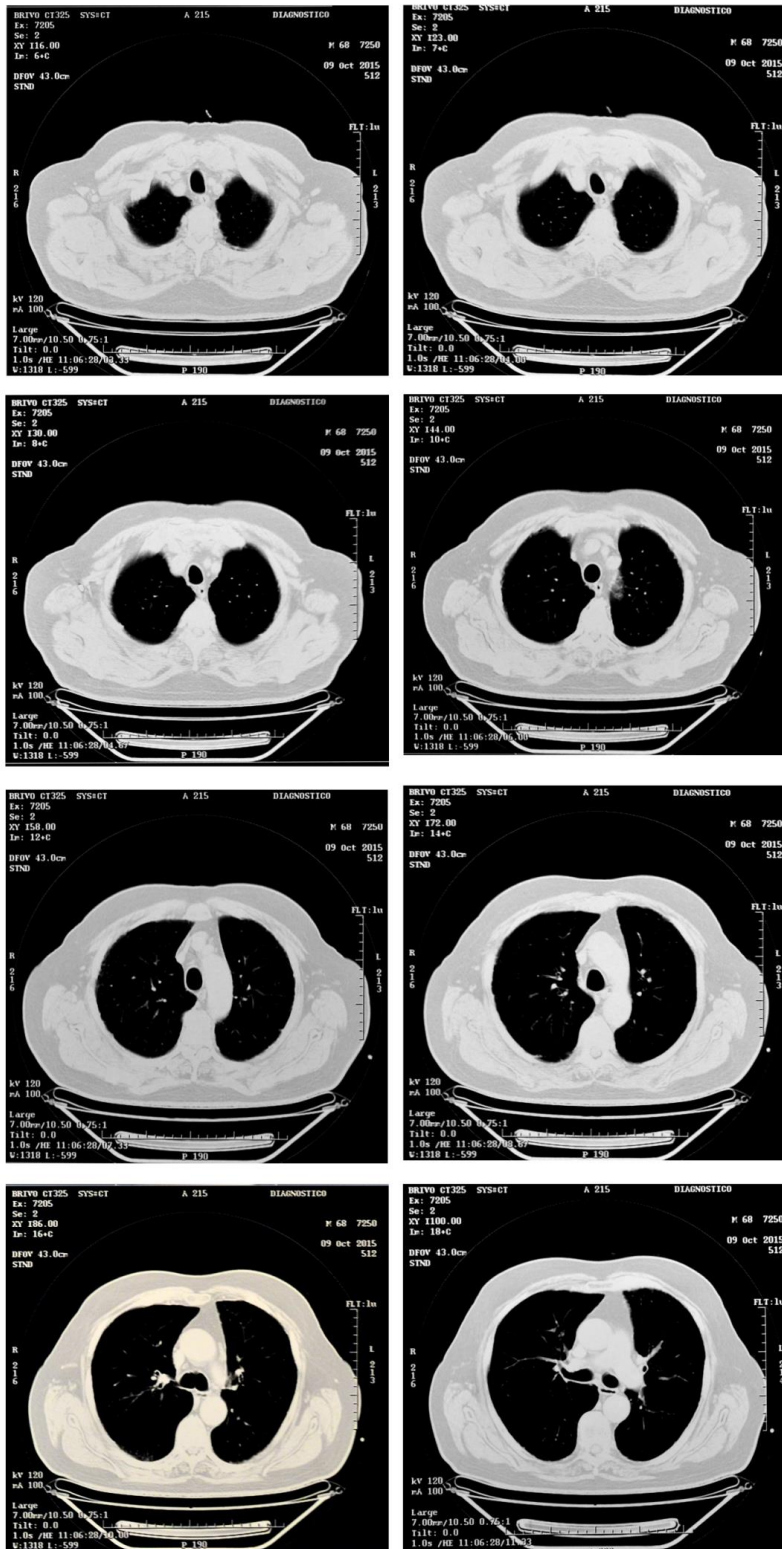
Se realizó una tomografía de tórax con 5mm de espesor e incremento programados en una radiografía digital previa. Luego de administrarse sustancia de contraste.

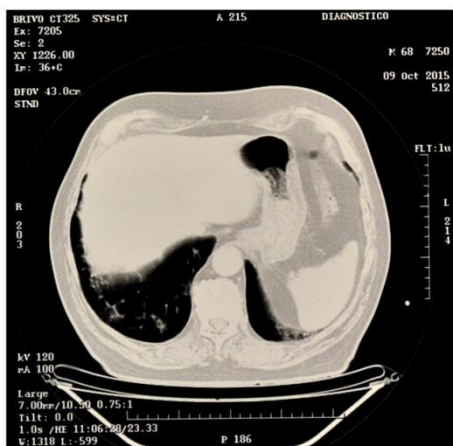
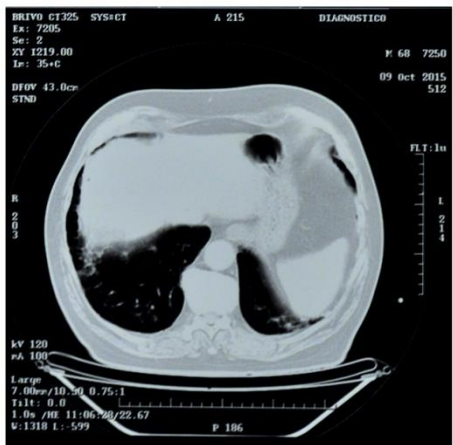
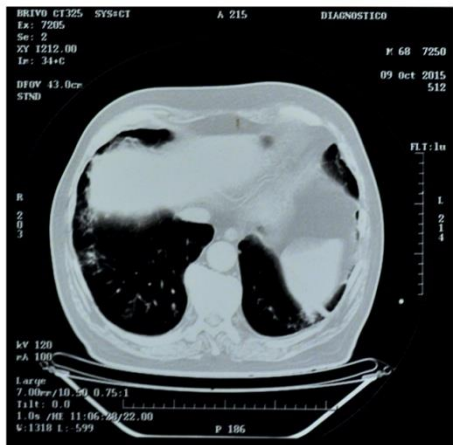
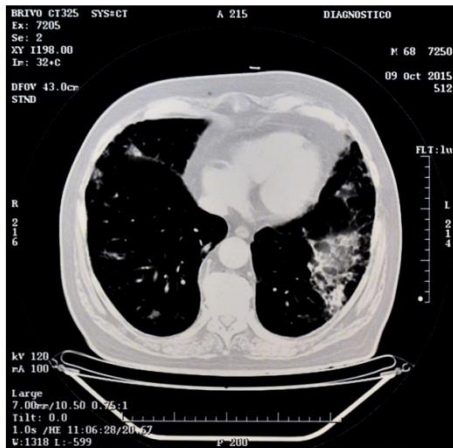
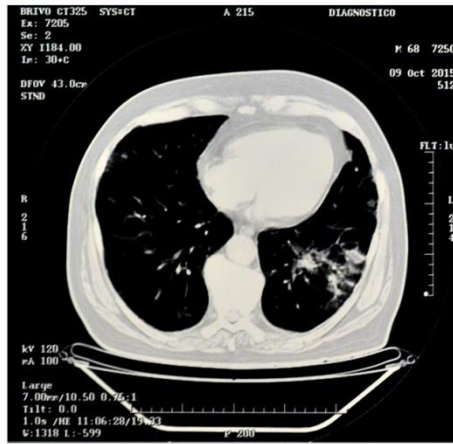
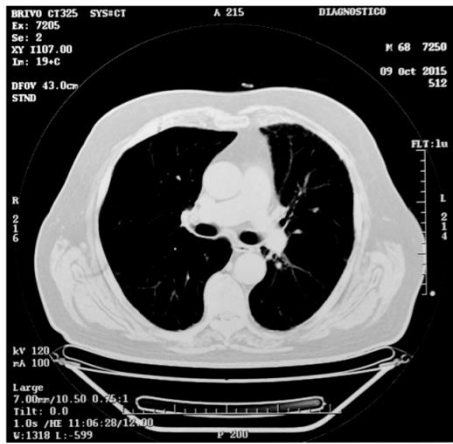
INFORME: En las partes blandas y óseas de la caja torácica no se observan alteraciones.

El mediastino, la tráquea, la carina, el esófago y las estructuras vasculares pulmonares, no muestran alteraciones. El corazón no muestra imágenes patológicas. No se observan adenomegalias en el mediastino.

Se advierten áreas parcheadas de consolidación que compromete a ambas bases pulmonares, siendo esto más evidente a nivel del lóbulo inferior izquierdo.

Así también se advierte una ligera atenuación del intersticio interlobulillar subpleural bilateral.





NOTA DEL AUTOR SOBRE NUEVOS CASOS CLÍNICOS

Debido ya a los miles de Casos Clínicos registrados de Gripe Prolongada Epidémica, se hace imperativo a partir de esta 7ma Edición de este libro (Marzo 2018), presentar los nuevos Casos Clínicos únicamente en forma de Síntesis, a fin de seguir aportando evidencias y pruebas Médico Científicas, para una mayor divulgación a nivel mundial de esta enfermedad Epidémica.

AGRADECIMIENTOS

- A Dios por sobre todo, por estos 20 años de guía permanente. Pido y ruego a DIOS Y JESUCRISTO para que nos ayuden a solucionar esta grave situación, lo más urgente posible.
- A todos los pacientes afectados, que pudieron relatar sus testimonios y a los familiares que también ayudaron con sus testimonios en la investigación.
- A los médicos, enfermeras y todo el personal de salud que ayudaron con sus testimonios y experiencias en la investigación.
- A todas las personas, que de una u otra manera ayudaron en esta investigación.
- Para mi esposa y mis hijos que me acompañaron, apoyaron y soportaron valerosamente todas las dificultades en estos últimos 20 años.
- Para Andrés, Gabriel y Claudia, quienes en los últimos años con sus valiosas ayudas permitieron seguir y difundir esta investigación.

Jorge A. Derna

BIBLIOGRAFIA

• Biblioteca personal del autor, como fuente principal.

- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. «Enfermedades infecciosas, principios y prácticas». ED. Elsevier, Madrid, 2006.
- Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. «Enfermedades infecciosas, principios y prácticas». ED. Panamericana, Buenos Aires, 1997.
- Osborn AG. «Neurorradiología diagnóstica». ED. Harcourt-Brace.
- Farreras VP, Rozman C. «Medicina interna». ED. Marín S.A. Barcelona, 1978.
- Braunwald E. «Tratado de cardiología». ED. Interamericana, México, 1984.
- Lozada B, Dussaut A. «Marcapasos cardíacos». ED. Celsius, España, 1982.
- Schaposnik F. «Semiología». ED. El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
- Mazzei ES, Rozman C. «Semiología y Fisiopatología». ED. El Ateneo, Buenos Aires, 1980.
- Robbins SL. «Patología estructural y funcional». ED. Interamericana, México, 1976.
- Lagman J. «Embriología médica». ED. Interamericana, México, 1976.
- West JB. «Fisiología respiratoria». ED. Panamericana, Buenos Aires, 1981.
- Bonduel AA, Elizalde F, Murtagh J, Rivarola JE. «Manual de medicina infantil». ED. El Ateneo, Buenos Aires, 1979.
- Thompson V, Bertelli J, Zubizarreta J, Campos JR. «Compendio de otorrinolaringología». ED. El Ateneo, Buenos Aires, 1977.
- Internet: Diversas informaciones médicas, científicas sobre virus de gripe, virus de gripe aviar, vacuna antigripal, antivíricos para virus de gripe, antivírico Oseltamivir, epidemias y pandemias.

BIOGRAFÍA DEL AUTOR

Jorge Alberto Derna nació el 6 de abril de 1957, en la ciudad de Oberá, Provincia de Misiones, Argentina. Se recibió de médico en la Universidad Nacional de La Plata el 4 de junio de 1981.

Realizó la especialidad de clínica médica y luego la especialidad de cardiología. Realizó 87 cursos de perfeccionamiento, 5 trabajos de investigación. Dictó 9 conferencias, sobre "Gripe Prolongada", "Complicaciones de la vacuna antigripal" y "Descripción de una Nueva Enfermedad Desconocida hasta la fecha", "Gripe Prolongada" y "Gripe Prolongada por Mutación", en los años 2005, 2006, 2007, 2010 y 2016.

Investigación de la enfermedad de gripe y de la vacuna antigripal desde el año 1998 hasta el año 2013 y continuando con mayor incidencia Epidémica, Pandémica y Endémica desde el año 2013 al 2018.

Describió una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha, que es la "Gripe Prolongada", alertó sobre la mutación inminente de esta enfermedad contagiosa con el virus de gripe común y su epidemia en personas no vacunadas en el año 1998. Esta mutación se produjo en el año 2000 presentándose la enfermedad en personas sanas no vacunadas con la antigripal, la cuál se llama "Gripe Prolongada por Mutación". Siendo ya una epidemia en el año 2004, 2005, 2006, 2007 al 2013 y continuando con mayor incidencia Epidémica, Pandémica y Endémica desde el año 2013 al 2018 en toda la Argentina y otros países del mundo.

Continúa alertando desde el año 1998 hasta la actualidad año 2018, a todas las autoridades nacionales e internacionales, sin que estas se ocupen de la gravedad de esta enfermedad, Epidémica, Pandémica y Endémica Mundial.

jorgederna@gmail.com

La razón fundamental de la publicación de este libro es dar a conocer una nueva enfermedad desconocida hasta la fecha, la cual no está informada en la literatura médica mundial.

En este libro se realiza una descripción de esta enfermedad desconocida, para que pueda ser conocida y reconocida, por los médicos, para así llegar a su diagnóstico y realizar el tratamiento indicado, a fin de curar, mejorar, prevenir o disminuir complicaciones y salvar la vida a millones de personas.

Así también para que la conozcan todo el sistema de salud y otras personas interesadas en esta enfermedad.

Esta es una nueva enfermedad viral prolongada, que afecta principalmente al sistema respiratorio, otros órganos y sistemas.

Se llama "Gripe Prolongada", porque es igual a la gripe pero con mayor intensidad en su afección y con mayor tiempo de duración, hasta 30, 60, 90 días o más y con recaídas.

La "Gripe Prolongada" fue descrita en el año 1998 y su mutación, a la que se llama "Gripe Prolongada por Mutación", en el año 2000.

Esta "Gripe Prolongada por Mutación" ha ocasionado un aumento del número de casos produciendo la aparición de una epidemia en los años 2004 y 2005 permaneciendo así hasta el 2013 y continúa, desplazando a la gripe común hasta este año 2018., desplazando a la gripe común.

Esta enfermedad se produce por la acción del virus de la vacuna antigripal en el 30% o más de las personas vacunadas. A los pocos días de la vacunación se produce la "Gripe Prolongada", que dura mucho tiempo, con complicaciones y que puede ocasionar la muerte, además de producir contagio (poco). También su mutación, producida por la combinación con el virus de gripe común, produjo un nuevo virus mutado y más contagioso con una nueva presentación clínica, llamada "Gripe Prolongada por Mutación".

Por su mayor efecto contagioso a desplazado y superado a la gripe común, estando ya instalada en la comunidad.

Esto es muy grave, ya que estamos padeciendo hace varios años una epidemia que puede llegar a ocasionar una pandemia, instalándose definitivamente el virus en el mundo.

(TEXTO ORIGINAL DE LAS DOCUMENTACIONES PRESENTADAS EN EL AÑO 1998 y SUCESIVOS, ANTE LAS AUTORIDADES NACIONALES Y MUNDIALES. TEXTO ORIGINAL DEL LIBRO PUBLICADO EN 2007.)

A partir del año 2013 el número de casos de Gripe Prolongada por Mutación o Epidémicas siguió aumentando exponencialmente, expandiéndose a todos los países del mundo con la consecuencia de Epidemia con Pandemia y Endemia, hecho de extrema gravedad, hasta este año 2018. Siendo notificados fehacientemente todas las autoridades y los organismos de Salud Pública Nacionales e Internacionales, OMS, ONU, como así también la Iglesia Católica, el Vaticano y otros Organismos Internacionales. **Ver Notas de Alerta Presentadas en www.GripeProlongada.com/#notasdealerta**

Es **inminente** que también se va a producir **una nueva mutación con el virus de la "Gripe aviar"**, aumentando el contagio y la duración de este, generando un aumento tanto en su efecto patógeno como en la mortalidad, la que

del 50% va a pasar al 80% o 90%, produciendo nuevas epidemias y pandemia con millones de muertos y con la instalación definitiva en el mundo de un nuevo virus de "Gripe aviar" más patógeno y letal, con las consecuencias de todo tipo que va a ocasionar, como ser pérdidas económicas, sociales, políticas, geográficas, estratégicas y otras imposibles todavía de definir.

Por eso, este libro está dedicado a salvaguardar la vida por sobre todo.

Se vuelve a poner en conocimiento para seguir alertando a las autoridades nacionales y mundiales sobre esta enfermedad, con su mutación ya instalada, para que se tomen las medidas sanitarias y otras en forma urgente a fin de detener y solucionar esta Epidemia, Pandemia y Endemia.

EL INTERROGATORIO ES MUY IMPORTANTE PARA EL DIAGNÓSTICO DE ESTAS ENFERMEDADES

En este libro la Descripción Médica de esta enfermedad está basada fundamentalmente por la Clínica Médica y la Epidemiología.

Esta Descripción Clínica es importante, completa, amplia y detallada y se basa fundamentalmente en el **interrogatorio**, lo cual requiere del **tiempo necesario** o de **un mayor tiempo del interrogatorio al paciente o familiar**, logrando así un **95% de exactitud en el diagnóstico.**

Además, la **Insistencia** del Interrogatorio, debe seguirse durante el segundo, tercer o más días al paciente o familiares, para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento del paciente.