

TITULO**GRUPE A Y DISTRES RESPIRATORIO AGUDO. REVISIÓN CLÍNICA****Autores**

Villanueva Gimeno M.M*; Muñoz Mendoza V*; Fonseca López Ch*; Gracia Sánchez M.P*; Ramos Germán F.J**; Vidal Marín M*.

Servicios

Medicina Interna*/ Microbiología Clínica**

Hospital

Obispo Polanco de Teruel

Introducción /Antecedentes:

El virus de la gripe A/California/07/2009 H1N1, aislado por primera vez en 2009, causó la primera pandemia de gripe del siglo XXI. Pese a estar incluido en la vacuna de los últimos años, se asocia a mayor morbimortalidad, afecta a población más joven y ocasionalmente a personas sin patología de base. Hasta el 34% de los pacientes graves ingresan UCI por neumonía vírica primaria y/o evolución a distrés respiratorio (SDRA). El diagnóstico por PCR tiene una especificidad del 98%. La aparición en diciembre de 2013 de varios casos de SDRA por gripe A motivó esta revisión, cuyo objetivo es averiguar si existe un patrón analítico, clínico o radiológico común entre los casos más graves.

Material y Métodos:

Revisión de las Historias Clínicas de los pacientes ingresados en UCI y los que fallecieron con diagnóstico de gripe desde el 01/12/2013 al 28/02/2014 en los hospitales de la ciudad de Teruel, (considerados los casos más graves). Para el diagnóstico se ha utilizado la PCR del virus en frotis nasofaríngeo. De los 50 pacientes con PCR + para gripe en ese período, se incluyen 8 casos: 5 con ingreso en UCI (2 fallecidos), y 3 fallecidos en planta. **C1:** varón, 49 años, hiperuricemia. Presenta tos y Tª 39°C de 5 d. Tto. con antibiótico (ATB) y AINE. Acude por disnea de 5h. que empeora rápido, apareciendo un patrón alvéolo intersticial bilateral en RX tórax. EF: Tª 36,7°C, FR 25 rpm, FC 108 lpm, Sat O2 90% (VMSK 50%). AP: crepitantes bilaterales. A/S: GOT 84 IU/L, LDH 1909 IU/L, CPK 357 IU/L, PCR >90. GSA: Ph 7,34, pO2 35 mmHg, pCO2 85mmHg, Bic 45,9 mmol/L, Lactato 1,6 mmol/L. Leucocitos 2,5.10⁹/L, Hb 16,3 g/dL, PlaQ 111. 10⁹/L. PCR A H1N1 +. En UCI: ventilación mecánica (VM), neumotórax y colonización por *Ps. aeruginosa* resistente. Persistió febril y evolucionó a SDRA a pesar de ATB y Oseltamivir. Exitus 26 d. **C2:** varón, 45 años, prolapso ligero de la válvula mitral. Con Tª 40°C, artromialgias, diarrea y tos de 4d. Acude por disnea de 5h. EF: FC 120 lpm. FR 40 rpm, Sat O2 90% (VMSK / reservorio). AP: hipoventilación. A/S: Leu 2,3 10⁹/L. Hb 13,7 g/dl, PlaQ. 51 10⁹/L. GOT 95 IU/L, PCR 163,2 mg/L, GSA: pH 7,46 pO2 56 mmHg, pCO2 35 mmHg Bic 27,2 mmol/L. RX tórax: infiltrado retrocardíaco LII y parahiliar D→ bilaterales. PCR A H1N1 +. En UCI: precisó VM, Traqueostomía, vasopresores y Hemodiálisis. Múltiples infecciones. Evolución tórpida: neumonía por Gripe A, SDRA. Recibió ATB, Antifúngicos y Oseltamivir. Exitus 30 d. **C3:** mujer, 44 años, asma. Tª 39,5°C, artromialgias, astenia y tos de 3 d. Acude por disnea de 6 h. EF: FR 40 rpm, SatO2 95% (VMSK 50%). AP: hipofonesis. A/S: leucos 6,4 10⁹/L, Hb 13,2, plaquetas 154 10⁹/L, PCR>90 mg/L, GOT 50 IU/L, CPK 361 IU/L, LDH 667 IU/L, GSA (FiO2 28%): pH 7,5, pO2 58 mmHg, pCO2 33 mmHg, Bic 25,7 mmol/l. PCR A H1N1 +. En 24h empeoró su disnea y RX precisando VM. Buena evolución. **C4:** mujer, 35 años, gestante de 8 m, diabetes gestacional. Ingresó con fiebre, artromialgias, tos y astenia de 2 d. Remitida por disnea de 3 h. EF: FR 25 rpm, Tª 37,3°C, Sat O2 98% basal. AP: normoventilación. A/S: PCR 71 mg/L, CPK 75 IU/L, LDH 428 IU/L, Leucos 7,6 10⁹/L, Hb 11 gr/dl. Plaquetas 200 10⁹/L. GSA (FiO2 21%): pH 7,45, pCO2 33 mmHg, Bic 20,2 mmol/l. RX tórax anodina. Ingresó en UCI por gestación. Buena evolución, con Oseltamivir y ATB. PCR A H1N1+. **C5:** varón, 86 años, exfumador, enolismo, ulcus, disfagia, fibrosis pulmonar idiopática. Astenia, hipoorexia de 15 d. y caída con pérdida de conciencia 5 min. el día del ingreso. EF: FC 92 lpm, Tª 36,2°C, Sat O2 80% basal. AP: crepitantes bilaterales. A/S: leu 13,8 10⁹/L, Hb 16,7 g/dl, PlaQ 207 10⁹/L. GOT 174 IU/L, LDH 484 IU/L, PCR 74 mg/L, CPK 87 IU/L. GSA: pH 7,29 PO2 53 mmHg PCO2 39 mmHg Bic 18,8 mmol/L. RX: patrón en vidrio deslustrado bilateral. PCR A (No H1N1) +. Inicia ATB y Oseltamivir. Exitus 13 d. **C6:** varón, 56 años, fumador. Nódulo pulmonar en estudio. Tª 39°C, astenia, tos y artromialgias de 4 d. Acudió por disnea. FC 73 lpm, Sat O2 92% con FiO2 24%, FR 35 rpm. Caquexia. AP: crepitantes bilaterales. A/S: Leu 6,3 10⁹/L, Hb 11,7 g/dl, PlaQ. 103 10⁹/L, GOT 771 IU/L, LDH 1054 IU/L, PCR >90 CPK 35 UI/l. GSA: pH 7,47, pO2 52 mmHg, PCO2 35 mmHg, HCO3 24,7 mmol/l. RX tórax: infiltrado alveolo intersticial bilateral. PCR A H1N1 +. Preciso VM y traqueostomía. Persistió febril. Recibió ATB y Oseltamivir. Alta tras 24 d: IRA + Neumonía por gripe A. **C7:** varón, 50 años, SAOS, HTA, fumador, Esquizofrenia. En UCI por IRA y fiebre 39°C de 24h. EF: Sat O2 93% con VMSK + reservorio, sudoroso, FC 90 lpm, TA 120/76 mmHg, FR 35 rpm. AP: sibilantes. A/S: Leu 128 10⁹/L, Hb 16 g/dl, PlaQ 171 10⁹/L. PCR 173,4 mg/L, GOT 41 IU/L, LDH 778 IU/L, CPK 1045 IU/L, GSA: pH: 7,2, pO2 52 mmHg, pCO2 73 mmHg, Bic 28,5 mmol/L. RX tórax: infiltrado intersticial bilateral. PCR AH1N1 +. Preciso VM, traqueostomía, vasopresores. En piel *Ps. aeruginosa* resistente. Diagnóstico: IRA y neumonía bilateral por gripe A. Alta 27d. **C8:** varón, 58 años, carcinoma escamoso de mucosa retromolar en progresión locoregional. En tratamiento quimioterápico. Ingresó por fiebre, artromialgias, tos 2d. A/S: leu 2,8 10⁹/L, Hb 12,2 mg/dL. PlaQ 88 10⁹/L. GOT 38 IU/L, LDH 936 IU/L, PCR >90 mg/L. GSV: pH 7,38, pCO2 46 mmHg, Bic 27,2 mmol/l. RX torax: condensación LII → infiltrados alveolointersticiales bilaterales. PCR Flu A + (No H1N1). Falleció a los 7d. por Neumonía y SDRA.

Discusión/Conclusiones:

La disnea es el síntoma que motivó la consulta de estos pacientes graves, pero en ocasiones aparece a partir del 4º día, cuando el inicio del tratamiento con Oseltamivir ya no es tan eficaz. Los casos más graves de Gripe A que evolucionaron a SDRA o que fallecieron presentaron leucopenia o fórmula normal, trombopenia o plaquetas normales, elevación moderada de transaminasas, LDH, CPK, PCR e Insuficiencia Respiratoria. En 6 casos, la PCR fue + para gripe A/California/07/2009 H1N1, y en 2 casos + para A no H1N1. El empeoramiento de la disnea se relaciona en nuestra serie con la aparición de un patrón radiológico alvéolo intersticial difuso que evoluciona en la mitad de los casos a SDRA.

Preferencia de presentación

Póster