

Influenza N1H1, experiencia en los primeros días de epidemia en un Servicio de Nefrología de un Hospital de alta complejidad.

Desde el inicio de la epidemia de Influenza N1H1, el Hospital Nacional Prof. A. Posadas de Morón Prov. De Bs. As., recibió un importante número de consultas de pacientes con cuadros compatibles con infección viral.

De ellos se internaron los más graves, requiriendo muchos de ellos asistencia respiratoria mecánica

El cuadro de presentación, al igual que en México, fue de fiebre y síntomas generales de pocas horas de evolución (mialgias, astenia, disnea, ***rales crepitantes***). Al realizar radiografía de tórax se aprecian infiltrados bilaterales y en los casos más severos desaturación marcada.

Llamativamente, y al igual que en la epidemia en México, los casos severos se vieron más en adolescentes y adultos jóvenes, muy pocos en personas de más de 50 años, varios en embarazadas y también en pacientes inmunocomprometidos (incluidos IRC 3,4 y 5)

De los que ingresaron a TI y fueron ventilados, algunos tuvieron CPK elevadas (2.000 a 30.000 UI/ml)

Nuestro Servicio recibió varias consultas por cuadros severos de falla renal, llegando a hemodializar a siete pacientes (cinco fallecieron, dos están en muy mal estado). Otros dos casos murieron antes de poder hemodializarlos. Algunos tienen PCR positiva mientras que otros aun aguardan resultados ya que se enviaron al Instituto Malbran de Bs As ya que recién a partir del 1-7-2009 se realiza PCR on line en el Laboratorio de nuestro Hospital lo que nos permite tener en horas la confirmación.

En todos los casos el equipo de cuidados intensivos restringió al principio el aporte hidrosalino, indicando en algunos casos diuréticos de asa por considerar que los pacientes estaban en un estado de inflamación sistémica. A partir de la mala evolución de los primeros pacientes, consensuamos un mayor aporte parenteral (fundamentalmente en aquellos con CPK elevada). Todavía no tenemos evidencia de que haya cambiado el patrón evolutivo pues aun no tenemos datos suficientes.

Ante la aparición de estos pacientes, realizamos consulta con el Dr. Sotelo Morales (Coordinador de los Institutos de la Salud de México para la epidemia de influenza) quien nos respondió:

Tal y como ha sido informado, los virus de la influenza, además de su efecto citopático y su virulencia intrínseca, son potentes inductores de inflamación, y en individuos susceptibles pueden inducir una tormenta de citocinas que parecer ser la responsable de las complicaciones y la gravedad. El cuadro se comporta como una auténtica sepsis con la disfunción multiorgánica consecuente. Entre los casos informados en otras epidemias, hasta una cuarta parte de los pacientes graves han desarrollado disfunción renal. Entre los 77 casos que se hospitalizaron en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 9 desarrollaron insuficiencia renal (casi 12%) pero prácticamente todos los que fallecieron (20 por influenza confirmada) tenían falla renal como parte de la disfunción orgánica múltiple.

El Jefe de Cuidados Intensivos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, que estuvo con nosotros esta semana, nos confirmó esto, aclaró que ellos fueron más permisivos con los planes de hidratación y se sorprendió del número de ventilados en

nuestro Hospital (56 el día que nos visito) ya que ellos no llegaron a más de 20 simultáneos. La mortalidad que tuvieron fue 50% de los internados en TI.

Además de estos pacientes agudos, hemos tenido internados 4 enfermos en plan de hemodiálisis crónica y que ingresaron con neumonía bilateral (sin necesidad de asistencia respiratoria mecánica aun)

Todos los pacientes agudos y crónicos recibieron dosis altas de oseltamivir por considerarse que la gravedad de su cuadro justificaba superar lo recomendado por la bibliografía.

En casos de menor gravedad, la dosis recomendada es: 30 mg postHD x 3 sesiones en pacientes en HD intermitente, 30 mg en dosis única para pacientes en DPCA según se desprende de la bibliografía:

(<http://ndt.oxfordjournals.org>)

The pharmacokinetics and tolerability of oseltamivir suspension in patients on haemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis

Hemos decidido realizar punciones renales post-mortem a fin de poder evaluar los motivos de falla renal, el Servicio de Anatomía Patológica está en condiciones de procesar material remitido por cualquier Servicio del país (incluyendo microscopia electrónica). Para este fin solo deben comunicarse con nuestro Servicio (11-44699200 int 1500-1501-1502 o galemano@yahoo.com o galemano@intramed.net.ar)

Estamos convencidos que es necesario mantener una red de información entre nuestra comunidad nefrológica ya que no existen hasta el momento informaciones oficiales que puedan ayudarnos. Consideramos que la Sociedad Argentina de Nefrología debe ser uno de los puntos centrales de conexión entre los Nefrólogos comprometidos con esta problemática, por lo que sugerimos informar a través de la misma la experiencia de cada uno de nosotros.